



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**EL PAPEL DEL PSICÓLOGO Y LA IMPORTANCIA DE LA
PREVENCIÓN COMO ESTRATEGIA DE SALUD EN EL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
NORMA ANGÉLICA CERVANTES AGUILAR**

**COMISIÓN DICTAMINADORA:
LIC. JUANA OLVERA MÉNDEZ.
MTRA. ESTHER MARÍA MARISELA RAMÍREZ GUERRERO.
MTRO. ENRIQUE BERNABÉ CORTES VÁZQUEZ**

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO. 2005





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.

A Jehová, mi Dios: Porque es él el que me permite vivir todos los días con una esperanza, porque gracias a su bondad estoy viva para poder disfrutar de una meta más, que me permitirá servirle eternamente, tratando de demostrarle el amor que él me muestra día a día.

*A mis padres: Por permitirme lograr un sueño más en mi vida; por su apoyo y comprensión; por su paciencia y esfuerzo; por creer en mí y demostrarme su amor a cada paso que doy y en cada momento de mi vida.
LOS AMO.*

A mis hermanos: Por que son parte importante de mi vida y de mis afectos; porque he sentido su apoyo en todo momento y porque sin ustedes mi hogar y mi familia no estarían completos.

A Ángeles, mi amiga: Gracias por estar ahí para caer conmigo en los momentos difíciles y para ofrecermme tu mano para continuar caminando, disfrutando de todo lo que la vida tiene para darnos.

A todos los que hicieron posible que lograra concretar un sueño más, que es el inicio de muchos sueños y metas por venir. GRACIAS.

ÍNDICE

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Capítulo 1	
Salud-enfermedad.....	11
1.1 Definiciones de salud.....	11
1.2 Proceso salud-enfermedad.....	13
1.3 Modelos de salud.....	15
1.4 Enfermedades Crónico-Degenerativas.....	17
Capítulo 2	
Psicología de la Salud.....	46
2.1 Definición de la Psicología de la Salud.....	46
2.2 La Psicología de la Salud y otras disciplinas.....	48
2.3 Antecedentes y surgimiento de la Psicología de la Salud.....	51
2.4 La Psicología de la Salud en América Latina.....	54
2.5 La Psicología de la Salud en México.....	55
2.6 El papel del Psicólogo	56
2.7 Modelos en Psicología de la Salud.....	58
Capítulo 3	
La importancia de la prevención como estrategia en la salud pública.....	63
3.1 La Salud pública.....	68
3.2 La prevención y su importancia dentro de la salud pública.....	70
3.2.1 La promoción de la salud como estrategia de prevención.....	76

3.2.1.1 La educación para la salud como herramienta en la promoción de la salud.....	80
Capítulo 4	
El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y su participación en el área de la salud preventiva.....	83
4.1 La transición institucional.....	83
4.2 PREVENIMSS.....	88
4.2.1 Justificación.....	88
4.2.2 Antecedentes.....	89
Capítulo 5	
El papel del psicólogo dentro del programa PREVENIMSS.....	96
CONCLUSIONES.....	132
BIBLIOGRAFÍA.....	137

RESUMEN

La realización del presente Reporte de Trabajo Profesional versa sobre el desempeño laboral del psicólogo egresado de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el programa PREVENIMSS. En la primera parte del presente se integra una recopilación de los conceptos de salud y enfermedad junto con los cambios sufridos por éstos a través del tiempo debido a múltiples factores culturales, sociales e históricos; se resalta el interés por el ser humano para explicarse dichos fenómenos debido a la gran importancia relacionada con la sobrevivencia del mismo. Posteriormente, se destaca el papel de la Psicología de la Salud como área de la Psicología, la cual ha hecho diversas aportaciones al área de la salud; se destaca la necesidad de la difusión de dicha área como una estrategia viable para la prevención de problemas de salud pública; su definición y surgimiento, su desarrollo tanto en América latina como en nuestro país, su relación con disciplinas afines y el papel del psicólogo de la salud, así como las áreas de acción del mismo dentro de la salud pública, en particular.

Al abordar los problemas de salud desde la perspectiva de la salud pública, se hizo necesario destacar las herramientas propuestas por ella para la elaboración de planes de acción a nivel preventivo, para la incidencia en los problemas de salud actuales, tales como las enfermedades crónico-degenerativas. Estas estrategias están relacionadas con las habilidades desarrolladas por el psicólogo en una de sus áreas de acción y de ahí la importancia de su participación en la elaboración, planeación y mantenimiento de programas dirigidos a la adquisición de hábitos de vida saludable, entre otras alternativas, que tienen como objetivo el mantenimiento del estado de salud de las personas.

Por último, se destaca la participación de una institución de salud pública como lo es el Instituto Mexicano del Seguro Social, en la aportación de una estrategia de acción a nivel preventivo en los problemas de salud, como son los Programas Preventivos de Salud (PREVENIMSS), los cuales son una estrategia de prestación de servicios, que tiene como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades, y la salud reproductiva, ordenándolas por grupos de edad; así como la participación que el psicólogo tuvo en el instituto, y en los Programas Preventivos de Salud.

INTRODUCCIÓN

A través de la historia, la salud ha sido un tema de interés común, pues al hombre le ha interesado entender y comprender el proceso salud-enfermedad ya que dichos conceptos están relacionados directamente con su naturaleza y con la capacidad de sobrevivir.

La definición que se tiene tanto de la salud como de la enfermedad ha ido cambiando a través del tiempo, ello ha sido la causa de múltiples factores tales como los sociales y culturales, los aspectos económicos, sociopolíticos, religiosos, etcétera, que se han ido desarrollando a la par de dichos conceptos en cada época y en diferentes culturas.

En la actualidad, el interés por estudiar el proceso salud-enfermedad ha cobrado gran auge, destacando la importancia que tienen los estilos de vida y las conductas de las personas en el equilibrio y mantenimiento de los estados de salud o en el detrimento de los mismos.

Es aquí, donde se resalta la importancia de la participación de la Psicología y en especial el papel que desempeña la psicología de la salud, la cual aporta diversas estrategias de análisis y acción al campo de la salud; ya que ésta ha enfatizado la relación entre los aspectos emocionales y afectivos; así como los conductuales con el proceso de la salud. Dando como consecuencia el surgimiento de un campo específico encargado de analizar dicha relación y resaltando la importancia de la participación del psicólogo de la salud.

Se pueden identificar los inicios de la psicología de la salud a finales de la década de los setentas, cuando un número de disciplinas de la psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, etcétera.), con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud, se reúnen para formar la División de la Psicología de la

Salud de la American Psychological Association naciendo así formal, institucional y profesionalmente la psicología de la salud (Oblitas, Becoña, Vázquez, 2000).

Es importante destacar que el surgimiento de la Psicología de la Salud, resulta de la necesidad de dar contestación a las peticiones socio-sanitarias, creadas a partir de un modelo de salud biopsicosocial, en donde se identifica la participación de diversos factores psicológicos en el origen y mantenimiento de las enfermedades crónico-degenerativas.

Es evidente que en las últimas décadas, los problemas de salud han experimentado cambios particulares que han incrementado, considerablemente las enfermedades crónico-degenerativas, dejando atrás, en nivel de incidencia, a las enfermedades infecto-contagiosas.

Como ya se ha mencionado, los estilos de vida, el comportamiento individual, familiar y comunitario, contribuyen al proceso de salud-enfermedad, tal como lo explica el modelo de salud biopsicosocial, que incorpora además del aspecto biológico, los aspectos psicológico y social; por lo que, entendidos desde dicha perspectiva, los problemas de salud se vuelven prevenibles.

Por esta razón, se hace necesaria la contribución de las disciplinas afines al campo de la salud, en la dotación, planeamiento y realización de acciones que permitan lograr el objetivo de la prevención en el ámbito de las enfermedades; de ahí que se destaque la importancia de las contribuciones de la Psicología de la salud en dicho campo y se resalte la necesidad de la intervención del psicólogo en las actividades correspondientes a la prevención de enfermedades.

De esta manera, la prevención, la promoción y la educación de la salud cobran importancia en el desarrollo de las actividades del psicólogo mismas que se enmarcan en el contexto de la salud pública.

De acuerdo a lo anterior y tomando en cuenta que la Psicología ha incrementado su participación en el área de la salud, adaptando para ello sus técnicas y herramientas para generar nuevas estrategias de aplicación, tanto en la prevención, la promoción y la rehabilitación de la salud, es importante destacar el papel imprescindible que puede desempeñar el psicólogo en dicha área.

De acuerdo con los planteamientos anteriores, el objetivo del presente reporte de trabajo, es analizar la participación del psicólogo egresado de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, dentro del programa PREVENIMSS en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la Unidad de Medicina Familiar Número 20 ubicada en Calzada Vallejo Número 675 Col. Magdalena de las Salinas, delegación Gustavo A. Madero.

Para facilitar el análisis de la importancia de la participación del psicólogo y de los aportes realizados al área de la salud por la Psicología de la Salud, en el primer capítulo, se abordan algunos de los conceptos importantes que tienen que ver con el proceso salud-enfermedad. Se define salud y enfermedad y se rescatan los cambios conceptuales que se han reportado a través del tiempo para dichos conceptos. En el capítulo dos se aborda a la Psicología de la Salud como un área que ha hecho grandes aportaciones al campo de la salud, a pesar de ser de surgimiento reciente, lo que ha permitido el impulso de su desarrollo y el destacar la importancia de dichas aportaciones, lo que redundará en la necesidad de una mayor difusión de ésta área como una estrategia viable para la prevención de problemas de salud pública.

Debido a ello, se presentan algunas definiciones propuestas para ésta disciplina y se revisa el surgimiento de la Psicología de la Salud, así como su relación con algunas otras disciplinas. También, el papel que ésta ha tenido en América Latina, así como en nuestro país. Un punto importante que se destaca también en este capítulo es el papel del psicólogo de la salud; las estrategias y habilidades que dicho profesional posee y que brindan a otros profesionales de la salud tales como

médicos, trabajadores sociales, enfermeras, etcétera, la oportunidad de desarrollar un trabajo multidisciplinario en pro del bienestar de la población por ellos atendida. El psicólogo de la salud cuenta con útiles herramientas, conocimientos y habilidades que le permiten poner en práctica estrategias encaminadas a la promoción de hábitos de vida saludables, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la educación para la salud.

Son, precisamente estos últimos ámbitos, en los que se centra el capítulo tres, en donde se destaca la importancia e incidencia de los problemas de salud en la población en general, debido al cambio en la naturaleza de las enfermedades pasando de ser infecto-contagiosas a ser crónico-degenerativas, convirtiéndose entonces en ámbito de estudio y abordaje por parte de la Salud Pública, la cual elabora y promueve el uso de estrategias de prevención tales como la promoción de la salud y la educación de la salud para lograr incidir en las enfermedades de mayor ocurrencia en la población en general, actividades que coinciden con la aportación del psicólogo en materia de prevención.

Es, precisamente en la Salud pública, en la que se abordan los problemas de interés para las personas que acceden al servicio público de salud, por lo que se destaca la necesidad de recurrir a nuevas estrategias de acción, por parte de las instituciones públicas, que incidan, de manera significativa, en la prevención y control de enfermedades de su población. De ahí que en el capítulo cuatro se destaque la aportación que sobre el tema hace el Instituto Mexicano del Seguro Social mediante la integración al servicio de salud de los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) los cuales hacen referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de los derechohabientes y es parte del proceso de mejora de atención médica.

Los Programas Integrados de Salud son una estrategia de prestación de servicios, que tiene como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la

prevención, detección y control de enfermedades, y la salud reproductiva, ordenándolas por grupos de edad. (IMSS, 2003)

Es en el contexto de dicha institución y mediante la aplicación de los Programas Integrados, que el presente reporte expone, en el capítulo 5, las actividades realizadas por el psicólogo en el área de la promoción de la salud, destacando la importancia que tiene dicho profesional en la participación multidisciplinaria de los programas preventivos, no obstante, que el mismo Instituto no reconoce explícitamente la aportación de dicho profesional. Esto se ve reflejado en la nula creación de plazas o áreas de trabajo para el espacio de la Psicología de la Salud y, por ende, de la participación del psicólogo en la institución.

CAPÍTULO 1

SALUD-ENFERMEDAD

Uno de los grandes valores individuales y colectivos al que las personas e instituciones dedican una parte importante de sus recursos, tanto materiales como intelectuales, es la salud (Colomer, Álvarez, Díaz, 2001), y ésta ha sido definida desde diferentes perspectivas y en diferentes momentos; ya que como menciona San Martín (1981) “el concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época y más exactamente con las condiciones de vida de las poblaciones y las ideas de cada época (relaciones de producción)” (Págs. 10-11)

Lo cierto es que siempre se le ha otorgado un valor fundamental y es por ello que se ha puesto especial interés en definirla para poder incidir en ella y así, poder mantener y conservar un estado de salud.

1.1 Definiciones de salud.

Existen múltiples y diferentes definiciones de “salud” que han sido propuestas a través del tiempo y desde diferentes enfoques teóricos y conceptuales, ya que el concepto de salud varía según la perspectiva de diversas ciencias (Gómez y Saburido, 1996); aquí se presentan algunas de dichas definiciones:

- En su origen etimológico, salud proviene del latín *salus*, “condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”.
- Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente sus funciones. (Diccionario de la lengua Española, 1992)
- La salud puede Interpretarse como producto de la armónica interrelación entre el organismo y el ambiente que lo rodea. (Vega, 1985)

- La salud es un estado de relativo equilibrio de la forma y la función corporal, el cual resulta del adecuado ajuste dinámico del organismo con las fuerzas que tienden a alterarlo. No es, pues, una pasiva interrelación entre las sustancias que integran el organismo y los factores que pretenden romper la armonía, sino una respuesta activa de las fuerzas corporales que funcionan estableciendo el ajuste. (Perkins, en Vega, 1985)
- “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo y no solo la ausencia de enfermedad”. (OMS,1946 en Brannon, Feist, 2001)
- La salud entendida como un estado integral de bienestar es algo más que la mera ausencia de enfermedad. Por tanto, salud implica sentirse bien, tanto consigo mismo como en las relaciones con el entorno social y ambiental. (Buela, Caballo, Sierra, 1996)
- Se puede definir desde una concepción negativa entendiéndola como el estado de invalidez, o desde una concepción positiva, la cual define a la salud en diferentes dimensiones, las cuales implican el bienestar, el ajuste psicosocial, la calidad de vida, el funcionamiento cotidiano, el desarrollo personal, etcétera. (Trejo, 2001)
- Salud es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo, como la manifestación de un proceso mórbido. (San Martín, 1981)

Tal como puede apreciarse, las definiciones del término suelen ser muchas y muy variadas, no obstante, a través del tiempo se ha pasado de la concepción de la salud como ausencia de la enfermedad hasta llegar a considerarla como un estado de bienestar positivo. Como mencionan Buela, Caballo y Sierra (1996), salud implica sentirse bien, tanto consigo mismo como en las relaciones con el entorno social y ambiental y depende de una relación de equilibrio entre tres factores: organismo, conducta y ambiente.

Esta definición de salud permite ver al individuo como participante y responsable directo de su estado de bienestar y rescata la participación en dicho estado de factores que inciden en el mantenimiento o detrimento del mismo, por lo que no se considera a la salud, desde esta perspectiva como la simple ausencia de la enfermedad, ni al individuo como un espectador pasivo de su propia condición física, psicológica y social.

Un concepto que está sumamente ligado al de salud es, por supuesto, el de enfermedad, y esto se debe a que la salud y la enfermedad son el resultado de un proceso de interacción permanente del ser humano con el medio en que vive, tratando de adaptarse a éste. (Álvarez, 1998)

1.2 Proceso salud-enfermedad.

La enfermedad, al igual que la salud, es un concepto que ha ido cambiando a través del tiempo y para el cual se han dado múltiples explicaciones.

Es así, por ejemplo, que en las primeras sociedades, la enfermedad se debía a que los demonios u otras fuerzas espirituales tomaban posesión y controlaban a la persona. La recuperación requería que los espíritus malignos fueran exorcizados del cuerpo afligido. Los griegos estuvieron entre los primeros en comprender la enfermedad como fenómeno natural. El ejemplo paradigmático de esta medicina es la teoría hipocrática de los humores: la enfermedad surgía como consecuencia de un desequilibrio entre los humores que circulaban por el cuerpo. La recuperación conllevaba buscar el equilibrio de los mismos.

Durante la Edad Media la comprensión de la enfermedad se sustentó en términos espirituales. La violación de las leyes divinas desembocaba en enfermedad. En el Renacimiento se retoman las explicaciones naturales de la enfermedad. (Oblitas, Becoña, Vázquez, 2000)

El estudio de las matemáticas, química y física, la invención del microscopio, los trabajos de Morgani en autopsia, los de Virchow en patología y los de Pasteur en bacteriología, preparan el camino para los avances médicos, siendo los cimientos de la medicina moderna. (Álvarez, 1998)

Como puede notarse, la concepción de enfermedad tampoco ha permanecido estática, y aún ahora su definición varía de acuerdo al modelo teórico que haga referencia de ella y de acuerdo al concepto de salud con el que sea utilizada; por tanto, podemos encontrar definida a la enfermedad como:

- Alteración más o menos grave de la salud. (Diccionario de la lengua española, 1992)
- Anormalidad dañosa en el funcionamiento de una institución, colectividad, etcétera. (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1992)
- Alteración más o menos grave del funcionamiento del organismo (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1992)
- Proceso de daño físico dentro del cuerpo que puede identificarse mediante una comprobación médica y un debido diagnóstico. (Brannon, Feist, 2001)
-

Es así que tanto la salud como la enfermedad han estado presentes a lo largo de toda la vida del hombre, por lo tanto, éstos han sido causa constante de su preocupación y estudio, ya que están íntimamente relacionados con su naturaleza y su supervivencia.

Sobre la base de los avances médicos, científicos y tecnológicos, se ha podido determinar, que tanto la salud como la enfermedad no tienen una causa única, ocurren por la combinación de diferentes factores.

Los factores psicológicos, culturales y sociales relacionados con la salud y la enfermedad, aunque son conocidos, son menospreciados con frecuencia, a pesar de las consecuencias que producen: la pobreza, la incultura, la ignorancia y la

urbanización e industrialización causan trastornos físicos y mentales importantes tales como estrés, neurosis, conductas antisociales, etcétera. Siendo tan numerosos los factores que intervienen en la salud y en la enfermedad y tan variadas las respuestas del organismo, no puede pensarse que obedezcan a una sola causa. Se ha establecido el principio de multicausalidad que orienta para actuar, tanto sobre los factores específicos, como sobre los predisponentes, a fin de promover la salud y evitar la enfermedad. (Álvarez, 1998)

Debido, entonces, a que los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad son muchos y muy variados, se requiere una alternativa teórica y metodológica que permita intervenir en distintos niveles, para obtener diferentes estrategias que permitan la conservación de la salud en la vida del individuo haciendo a éste participante y responsable de su propio estado de salud.

Así pues, se resalta la necesidad de explicar, sobre la base de un modelo teórico, las alternativas que brindaran al ser humano la oportunidad de disfrutar del equilibrio tan buscado a lo largo del tiempo con respecto a su salud.

1.3 Modelos de salud.

Del mismo modo en que el concepto de salud y el origen de las enfermedades han experimentado cambios a través del tiempo, también se han hecho necesarios diferentes modelos que expliquen la salud desde las diferentes perspectivas.

Los modelos son representaciones formales que nos facilitan el estudio de realidades complejas como la salud y sus determinantes. Estos modelos deben incluir todos los determinantes conocidos de la salud, y han de servir para orientar la formulación de políticas de la salud. (Colomer, Álvarez, Díaz, 2001)

A lo largo del tiempo se han desarrollado algunos modelos en el ámbito de la salud, como los siguientes:

- **Modelo biomédico tradicional:** Este modelo consta de tres componentes: el agente, el huésped y el entorno o ambiente. Entre los agentes de la enfermedad se encuentran los biológicos, como los microorganismos infecciosos; los físicos como el frío o el calor, y los químicos como los tóxicos. Los factores del huésped son elementos intrínsecos que influyen en la susceptibilidad del individuo a los agentes anteriores. Por último, el entorno está formado por elementos extrínsecos que influyen en la exposición al agente. La interacción entre los tres elementos de esta cadena determina, según este modelo, la aparición de la enfermedad. (Colomer, Álvarez, Díaz, 2001)

A lo largo del siglo XX, el modelo biomédico ha permitido a la medicina conquistar o controlar muchas de las enfermedades que han asolado a la Humanidad. La noción de que las enfermedades están causadas por un agente patógeno específico, un organismo causante de la enfermedad, estimuló el desarrollo de fármacos sintéticos y tecnología médica que, a su vez, potenció la creencia de que muchas enfermedades pueden curarse. Sin embargo, la creencia de que la enfermedad resulta rastreable hasta encontrar un agente específico pone todo el énfasis en la enfermedad en lugar de hacerlo en la salud. Además, este modelo define la salud exclusivamente en términos de ausencia de enfermedad. (Brannon, Feist, 2001)

- **Modelo biopsicosocial:** La idea de este modelo no es desatender las influencias biomédicas, sino extender dicho modelo para incluir los factores importantes que desde la perspectiva médica no son importantes en la explicación y el mantenimiento de la salud. (Sheridan, Radmacher, 1992) El modelo biopsicosocial incorpora no sólo los factores biológicos, sino también los psicológicos y sociales. En este modelo, una vez más, la salud es contemplada como una condición positiva. Si bien el modelo biomédico ha formado parte de la visión predominante en la medicina, el modelo biopsicosocial defiende un enfoque holístico, es decir, tiene en cuenta los

aspectos sociales, psicológicos, fisiológicos e incluso espirituales de la salud de una persona.

La aparición del modelo biopsicosocial se debe a diferentes causas; los cambios en la sociedad mexicana han servido para el mejoramiento de las condiciones generales de vida de la población en general. Junto con los avances en materia de comunicaciones, servicios como: la luz, el agua potable, el drenaje, el acceso a más y mejores viviendas, la garantía de una educación básica y mejores oportunidades de empleo, fueron modificando el perfil de morbilidad. Fue así como las enfermedades infecciosas se fueron desplazando de las primeras causas de muerte en el país y las enfermedades crónico-degenerativas, los accidentes y violencias se han ido incorporando como las causas de mayor peso en el patrón de mortalidad. (De la Fuente, 1996)

La etiología de las enfermedades crónico-degenerativas está más ampliamente relacionada con actitudes y conductas propias del paciente que pueden ser prevenibles, y en el marco explicativo del modelo biomédico tradicional, los factores psicológicos y socioculturales de la enfermedad no eran tomados en cuenta; de ahí la importancia del modelo biopsicosocial como una alternativa para la explicación, prevención e intervención en el nuevo enfoque de las enfermedades crónico-degenerativas.

1.4 Enfermedades Crónico-Degenerativas.

Existen muchas enfermedades que pueden considerarse crónico-degenerativas, no obstante, se destacan algunas de ellas por el alto índice de mortalidad que presentan.

HIPERTENSIÓN.

Hipertensión significa presión sanguínea alta y generalmente quiere decir que:

- La presión sanguínea sistólica (el número "superior" de la medición de la presión sanguínea que representa la presión generada cuando el corazón late) constantemente es mayor a 140.
- La presión sanguínea diastólica (el número "inferior" de la medición de la presión sanguínea que representa la presión en los vasos cuando el corazón está en reposo) está constantemente por encima de 90.

Uno o ambos números pueden estar demasiado altos. La prehipertensión es cuando la presión sanguínea sistólica está entre 120 y 139 o la presión sanguínea diastólica está entre 90 y 99 en múltiples lecturas. La persona que presenta prehipertensión tiene la probabilidad de desarrollar presión sanguínea alta en algún momento. Por lo tanto, el médico recomendará los cambios que deben hacerse en el estilo de vida para reducir la presión sanguínea al nivel normal.

Causas, incidencia y factores de riesgo.

La presión sanguínea está determinada por la cantidad de sangre bombeada por el corazón y por el tamaño y condición de las arterias. Hay muchos otros factores que pueden afectar la presión sanguínea, entre ellos: el volumen de agua en el organismo, la cantidad de sal en el cuerpo, la condición de los riñones, del sistema nervioso o de los vasos sanguíneos y los niveles de las diferentes hormonas en el cuerpo.

La hipertensión "esencial" no tiene causa identificada; puede ser ocasionada por factores genéticos y factores ambientales, como el consumo de sal, entre otros. La hipertensión esencial comprende más del 95% de todos los casos de hipertensión.

La hipertensión "secundaria" es la presión sanguínea alta causada por algún otro trastorno, como:

- Tumores de las glándulas suprarrenales
- Síndrome de Cushing
- Trastornos renales

- glomerulonefritis (inflamación de los riñones)
- obstrucción vascular renal o estrechamiento
- insuficiencia renal
- Uso de medicamentos, drogas u otras sustancias químicas
- Uso de anticonceptivos orales
- Síndrome hemolítico-urémico
- Púrpura Henoch-Schonlein
- Periarteritis nudosa
- Enteritis por radiación
- Fibrosis retroperitoneal
- Tumor de Wilms
- Otros trastornos

Síntomas.

Generalmente, no se presentan síntomas, pero, ocasionalmente, la persona puede experimentar un dolor de cabeza leve. Si el dolor de cabeza es fuerte o si la persona experimenta cualquiera de los síntomas que aparecen a continuación, debe consultar de inmediato con un médico, ya que puede ser un signo de presión sanguínea peligrosamente alta (llamada hipertensión maligna) o una complicación de dicha presión sanguínea alta.

- Cansancio.
- Confusión.
- Cambios en la visión.
- Dolor de pecho tipo angina (dolor en el pecho opresivo).
- Insuficiencia cardíaca.
- Sangre en la orina.
- Hemorragia nasal.
- Latidos cardíacos irregulares.

- Zumbido o ruido en el oído.

Signos y exámenes.

Se puede sospechar la presencia de hipertensión cuando la presión sanguínea está alta en una sola medición y se confirma a través de mediciones repetitivas durante un tiempo. Se considera que es hipertensión cuando hay una presión sanguínea constantemente elevada; es decir, la sistólica por encima de 140, o la diastólica por encima de 90. El médico buscará signos de complicaciones para el corazón, los riñones, los ojos y otros órganos en el cuerpo.

La presión sanguínea sistólica constantemente entre 130 y 139 o la presión sanguínea diastólica constantemente entre 80 y 89 se denomina prehipertensión. El médico debe recomendar e invitar a la persona afectada para que haga cambios en el estilo de vida, incluyendo pérdida de peso, ejercicio y cambios nutricionales.

Se pueden realizar pruebas cuando se sospeche de causas o complicaciones, de acuerdo con los síntomas que se presenten, los antecedentes y los resultados del examen físico.

Tratamiento.

El objetivo del tratamiento es reducir la presión sanguínea a un nivel donde se pueda disminuir el riesgo de complicaciones y éste puede realizarse en casa con una estricta supervisión médica o en un hospital.

Se pueden utilizar medicamentos tales como los diuréticos, bloqueadores beta, bloqueadores alfa, bloqueadores de los receptores de angiotensina, bloqueadores alfa, bloqueadores de los canales de calcio e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA). Si la presión sanguínea es muy alta, se pueden requerir medicamentos como la hidralazina, minoxidil, diazoxida o nitroprusida.

La presión sanguínea debe verificarse a intervalos regulares (con la frecuencia recomendada por el médico). Los cambios en el estilo de vida que pueden reducir la presión sanguínea alta son la pérdida de peso, el ejercicio y los ajustes en la dieta.

Expectativas (pronóstico).

La hipertensión puede ser controlada con tratamiento, pero requiere observación y el tratamiento en sí puede requerir de ajustes periódicos.

Complicaciones.

- enfermedad cardíaca hipertensiva.
- ataques cardíacos.
- insuficiencia cardíaca congestiva.
- daño en los vasos sanguíneos (arteriosclerosis).
- disección aórtica.
- daño a los riñones.
- insuficiencia renal.
- apoplejía.
- daño cerebral.
- pérdida de la visión.

Prevención.

Los cambios en el estilo de vida pueden ayudar a controlar la presión sanguínea alta:

- Se debe perder peso, en caso de tener sobrepeso, ya que este exceso le agrega tensión al corazón. En algunos casos, la pérdida de peso puede ser el único tratamiento necesario.
- Se debe realizar ejercicio para ayuda a mejorar la condición cardíaca.
- Se deben hacer ajustes en la dieta en la medida de lo necesario. Se recomienda disminuir la ingesta de grasa y sodio (contenido en la sal, el

glutamato monosódico y el bicarbonato sódico). Igualmente se recomienda el consumo de frutas, hortalizas y fibra.

- Se deben seguir las recomendaciones del médico para modificar, tratar y controlar las posibles causas de hipertensión secundaria. (20-Junio-2004, Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.htm>)

DIABETES.

Es una enfermedad vitalicia caracterizada por niveles de azúcar altos en la sangre. Puede ser causada por muy poca producción de insulina (una hormona producida por el páncreas para regular el azúcar sanguíneo), resistencia a la insulina o ambas.

Causas, incidencia y factores de riesgo.

Para comprender la diabetes, es importante entender primero el proceso normal de metabolismo de los alimentos. Varios procesos suceden durante la digestión:

- La glucosa, un azúcar que es fuente de combustible para el cuerpo, entra en el torrente sanguíneo.
- El páncreas produce la insulina, cuya función es transportar la glucosa del torrente sanguíneo hasta los músculos, grasa y células hepáticas, donde puede utilizarse como combustible.

Las personas con diabetes presentan altos niveles de glucosa, debido a que su páncreas no produce suficiente insulina o sus músculos, grasa y células hepáticas no responden de manera normal a la insulina, o ambos.

Hay tres grandes tipos de diabetes:

- Diabetes tipo 1: generalmente se diagnostica en la infancia. El cuerpo no produce o produce poca insulina y se necesitan inyecciones diarias de ésta para sobrevivir y, de no hacerse apropiadamente, se pueden presentar emergencias médicas.

- Diabetes tipo 2: es mucho más común que el tipo 1 y corresponde aproximadamente al 90% de todos los casos de diabetes y generalmente se presenta en la edad adulta. El páncreas no produce suficiente insulina para mantener los niveles de glucosa normales en la sangre, a menudo, debido a que el cuerpo no responde bien a la insulina. Muchas personas con este tipo de diabetes, incluso no saben que la tienen, a pesar de ser una condición grave. Este tipo de diabetes se está volviendo más común debido al creciente número de estadounidenses mayores, el aumento de la obesidad y la falta de ejercicio.
- Diabetes gestacional: consiste en la presencia de altos niveles de glucosa en la sangre que se desarrolla en cualquier momento durante el embarazo en una persona que no tiene diabetes.

La diabetes afecta a unos 17 millones de estadounidenses y entre los muchos factores de riesgo se pueden mencionar los siguientes:

- Antecedentes familiares de diabetes (uno de los padres o hermanos).
- Obesidad.
- Edad superior a 45 años.
- Ciertos grupos étnicos (particularmente afroamericanos e hispanoamericanos).
- Diabetes gestacional o parto de un bebé con un peso mayor a 4 Kg.
- Presión sanguínea alta.
- Niveles altos de triglicéridos en la sangre (un tipo de molécula grasa).
- Nivel alto de colesterol en la sangre.

La Asociación Estadounidense de Diabetes (*American Diabetes Association*) recomienda que todos los adultos se sometan a un examen para diabetes al menos cada tres años y con una frecuencia mayor para las personas que se encuentran en alto riesgo.

Síntomas.

Los niveles altos de glucosa en la sangre pueden causar diversos problemas incluyendo necesidad frecuente de orinar, sed excesiva, hambre, fatiga, pérdida de peso y visión borrosa; sin embargo, debido a que la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente, algunas personas con niveles altos de azúcar en la sangre son completamente asintomáticas.

Los síntomas de la diabetes tipo 1 son:

- Aumento de la sed.
- Aumento de la micción.
- Pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito.
- Fatiga.
- Náuseas.
- Vómitos.

Los síntomas de la diabetes tipo 2 son:

- Aumento de la sed.
- Aumento de la micción.
- Aumento del apetito.
- Fatiga.
- Visión borrosa.
- Infecciones que sanan lentamente.
- Impotencia en los hombres.

Signos y exámenes.

Se puede utilizar un análisis de orina para detectar glucosa y cetonas producto de la descomposición de las grasas. Sin embargo, una prueba de orina no diagnostica diabetes por sí sola. Para este diagnóstico se utilizan las siguientes pruebas de glucosa en sangre:

- Nivel de glucosa en sangre en ayunas: se diagnostica diabetes si el resultado es mayor de 126 mg/dl en dos oportunidades.

- Nivel de glucosa en sangre aleatoria (sin ayuno): se sospecha la existencia de diabetes si los niveles son superiores a 200 mg/dl y están acompañados por los síntomas típicos de aumento de sed, gasto urinario y fatiga (esta prueba se debe confirmar con otra de nivel de glucosa en sangre en ayunas).
- Prueba de tolerancia a la glucosa oral: se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa es superior a 200 mg/dl luego de 2 horas (esta prueba se usa más para la diabetes tipo II).

Los pacientes con la diabetes tipo I generalmente desarrollan síntomas en un período de tiempo corto y la condición frecuentemente se diagnostica en un centro de atención de emergencia. Además de tener los niveles altos de glucosa, los diabéticos de tipo 1 con la enfermedad en estado agudo tienen altos niveles de cetonas. Las cetonas son producidas por la descomposición de la grasa y el músculo y son tóxicas en altos niveles. Las cetonas en la sangre ocasionan una condición llamada "acidosis" (bajo pH en la sangre). Con las pruebas de orina se detectan tanto los niveles de glucosa como de cetonas. Los niveles de glucosa también son altos.

Tratamiento.

La diabetes no es curable. El objetivo inmediato del tratamiento es estabilizar el azúcar en la sangre y eliminar los síntomas producidos por el alto nivel de azúcar en la sangre. El objetivo, a largo plazo, es prolongar la vida, mejorar la calidad de vida, aliviar los síntomas y prevenir las complicaciones a largo plazo como la enfermedad cardíaca y la insuficiencia renal.

SE RECOMIENDA APRENDER ESTAS HABILIDADES:

Las habilidades básicas para el manejo de la diabetes ayudarán a prevenir la necesidad de atención de emergencia y entre ellas se encuentran:

- Cómo reconocer y tratar los niveles bajos (hipoglucemia) y altos (hiperglucemia) de azúcar en la sangre.
- Qué comer y cuándo comer.
- Cómo tomar la insulina o los medicamentos orales.
- Cómo medir y registrar la glucosa en sangre.
- Cómo probar las cetonas en la orina (únicamente para la diabetes tipo 1).
- Cómo ajustar la insulina y/o el consumo de alimentos o ambos según los cambios en los hábitos alimenticios y de ejercicio.
- Cómo manejar el malestar.
- Dónde comprar suministros para diabéticos y cómo almacenarlos.

Dieta.

El diabético debe trabajar estrechamente con su médico para aprender cuántas grasas, proteínas y carbohidratos necesita para su dieta. Los planes específicos de comida deben estar adaptados a sus hábitos y preferencias. Las personas con diabetes tipo I deben comer alrededor de la misma hora todos los días y tratar de ser consistentes con el tipo de alimentos que eligen. Esto ayuda a prevenir que los niveles de azúcar se eleven o caigan demasiado. Los diabéticos tipo III deben seguir una dieta bien balanceada y baja en grasas. Un dietista certificado puede ayudar en la planificación de las necesidades en la dieta.

El manejo del peso y la dieta balanceada son importantes para lograr el control de la diabetes. Algunas personas con diabetes tipo 2 pueden suspender los medicamentos después de la pérdida de peso intencional, aunque la diabetes aún esté presente.

Cómo administrarse insulina o tomar la medicación oral.

Los medicamentos para tratar la diabetes incluyen la insulina y las píldoras para reducir los niveles de glucosa, denominados hipoglicémicos orales. Los cuerpos de las personas con diabetes tipo 1 no pueden producir su propia insulina, por lo

que tienen que inyectarse la insulina todos los días. Los cuerpos de las personas con la diabetes tipo 2 producen la insulina, pero no la utilizan de manera efectiva. La insulina no está disponible en forma oral. Se suministra mediante inyecciones que por lo general, se requieren de una a cuatro veces por día. Algunas personas usan una bomba de insulina que se lleva permanentemente y entrega un flujo estable de insulina durante todo el día.

Hay diversos tipos de preparaciones de insulina, los cuales se diferencian en la manera rápida como comienzan a hacer efecto y la duración del efecto. Algunas veces, se mezclan diferentes tipos de insulina en una sola inyección. El médico experto es quien debe determinar el tipo de insulina a utilizarse, las dosis y el número de inyecciones diarias.

A las personas que necesitan insulina se les enseña la manera de aplicarse las inyecciones ellos mismos, por parte de médicos o educadores en diabetes.

A diferencia de la diabetes tipo 1, la diabetes tipo 2 puede responder al tratamiento con ejercicio, dieta y/o medicamentos orales. Existen varios tipos de agentes hipoglicemiantes orales que reducen el nivel de glucosa en la diabetes tipo 2.

La mayoría de los diabéticos tipo 2 requerirán más de un medicamento para un buen control del azúcar en la sangre en los tres primeros años de comenzar el medicamento. Se pueden combinar diferentes grupos de medicamentos orales o se puede utilizar insulina junto con medicamentos orales.

A veces, las personas con diabetes tipo 2 ya no necesitan medicamentos si pierden peso y aumentan su actividad debido a que cuando alcanzan su peso ideal, su propia insulina y una dieta cuidadosa pueden controlar sus niveles de glucosa sanguínea.

No se sabe que los agentes hipoglicémicos orales sean seguros para su uso durante el embarazo; las mujeres que padecen diabetes tipo 2 y toman estos medicamentos deben cambiar a insulina durante el embarazo y mientras estén lactando. La diabetes gestacional se trata con dieta e insulina.

Autoexámenes:

El automonitoreo de la glucosa en la sangre se hace verificando el contenido de glucosa en una gota de sangre. La prueba regular le informa al paciente qué tan bien están funcionando la dieta, el ejercicio y los medicamentos para controlar la diabetes.

Los resultados pueden servir para ajustar las comidas, la actividad o los medicamentos a fin de mantener los niveles de azúcar en sangre dentro de un rango apropiado. Además, dichos resultados le suministran información valiosa al médico e identifican los niveles bajos y altos de azúcar en sangre antes de que se desarrollen problemas serios.

La Asociación Estadounidense para la Diabetes (American Diabetes Association) recomienda que los niveles de azúcar en la sangre previos a las comidas bajen a un rango de 80 a 120 mg/dl, los niveles de azúcar en la sangre a la hora de dormir bajan a un rango de 100 a 140 mg/dl. El médico puede adaptar esto dependiendo de las circunstancias de cada paciente.

El paciente también debe preguntarle a su médico con cuánta frecuencia controlarse el nivel de la hemoglobina (HbA1c). La HbA1c es una medida del promedio de glucosa en sangre durante los dos o tres meses previos. Es un modo muy útil de controlar la respuesta general del paciente al tratamiento para la diabetes a lo largo del tiempo. Una persona sin diabetes tiene un nivel de HbA1c de alrededor del 5%. Las personas con diabetes deben tratar de mantenerlo por debajo del 7%.

La prueba de cetonas es una segunda prueba que suele utilizarse en los diabéticos tipo 1. Las cetonas se acumulan en la sangre cuando no hay suficiente insulina en la diabetes tipo 1 y finalmente se "vierten" en la orina. La prueba de cetonas se hace en una muestra de orina. Los niveles altos de cetonas pueden producir una condición grave llamada cetoacidosis. La prueba de cetona suele realizarse bajo las siguientes circunstancias:

- Cuando el nivel de azúcar está por encima de 240 mg/dl.
- Durante una enfermedad (como neumonía, ataque cardíaco, apoplejía).
- Cuando se presentan náuseas o vómitos.
- Durante el embarazo.

Actividad física.

El ejercicio regular es particularmente importante para las personas diabéticas, porque ayuda a controlar la cantidad de azúcar en la sangre, a perder peso y controlar la presión sanguínea alta. Los diabéticos que hacen ejercicio tienen menos probabilidades de experimentar un ataque cardíaco o una apoplejía que los que no lo hacen regularmente. Antes de iniciar un programa de ejercicios, el diabético debe ser evaluado por un médico.

Algunas consideraciones acerca del ejercicio son:

- Escoger una actividad física que el paciente pueda disfrutar y que sea apropiada para su nivel de salud actual.
- Ejercitarse en lo posible todos los días y a la misma hora.
- Monitorear los niveles de glucosa en sangre, antes y después del ejercicio.
- Llevar alimentos que contengan un carbohidrato de acción rápida en caso de que el paciente se ponga hipoglicémico durante o después del ejercicio.
- Portar una tarjeta de identificación como diabético y un teléfono portátil o monedas para hacer una llamada en caso de emergencia.
- Beber líquidos adicionales que no contengan azúcar antes, durante y después del ejercicio.

Los cambios en la intensidad y duración del ejercicio pueden exigir modificaciones en la dieta o en los medicamentos para mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de un rango apropiado.

Cuidado de los pies:

Las personas con diabetes están en riesgo de sufrir lesiones en los pies debido a la probabilidad de daño a los vasos sanguíneos y a los nervios, y a la disminución de la capacidad para combatir la enfermedad. Los problemas con el flujo sanguíneo y el daño a los nervios pueden hacer que no se perciba una lesión en los pies hasta cuando se desarrolle infección. Puede presentarse muerte de la piel y otro tejido.

Si no se trata, es posible que sea necesario amputar el pie afectado. La diabetes es la condición más común que lleva a amputaciones.

Para prevenir las lesiones en los pies, los diabéticos deben adoptar una rutina diaria de revisión y cuidado de los pies, de la siguiente manera:

- Revisarse los pies cada día e informar de cualquier úlcera, cambio o signo de infección.
- Lavarse los pies todos los días con agua tibia y un jabón suave y luego secarlos muy bien.
- Suavizar la piel seca con una loción o con vaselina.
- Protegerse los pies con zapatos cómodos, que no sean ajustados.
- Ejercitarse a diario para promover una buena circulación.
- Visitar a un podiatra para que identifique problemas en los pies o para que extirpe callos o protuberancias en los mismos.
- Quitarse los zapatos y las medias durante la visita al médico para recordarle que los examine.
- Dejar de fumar, pues el consumo de tabaco empeora el flujo de sangre a los pies.

Complicaciones.

Entre las complicaciones de emergencia se incluye el coma hiperosmolar hiperglicémico diabético.

Las complicaciones a largo plazo incluyen:

- Retinopatía diabética.
- Nefropatía diabética.
- Neuropatía diabética.
- Enfermedad vascular periférica.
- Hiperlipidemia, hipertensión, aterosclerosis y enfermedad coronaria.

Prevención.

El control del peso corporal y un estilo de vida activo pueden ayudar a prevenir el inicio de la diabetes tipo II. Actualmente, no hay forma de prevenir la diabetes tipo I. (20-Junio-2004 Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm>)

CÁNCER

Es el crecimiento descontrolado de células anormales que han mutado de tejidos normales. El cáncer puede causar la muerte cuando estas células impiden el funcionamiento normal de los órganos vitales afectados o se diseminan por todo el cuerpo y dañan otros sistemas esenciales. También es conocido como carcinoma o tumor maligno.

Causas, incidencia y factores de riesgo.

Existen al menos 200 tipos diferentes de cáncer que se pueden desarrollar en casi cualquier órgano, fluido o tejido. Algunos cánceres afectan las células sanguíneas y algunos afectan la piel, mientras que otros afectan los tejidos óseos, musculares y nerviosos.

En términos generales, el cáncer parece ser ocasionado por una regulación anormal en el crecimiento de las células. Característicamente, el crecimiento de las células en el cuerpo está controlado de una manera estricta (se desarrollan nuevas células en la medida de lo necesario para reemplazar las más viejas o

para desempeñar funciones necesarias). Las células mueren cuando resultan dañadas y/o cuando ya no se necesitan, pero si el equilibrio de crecimiento y muerte de células se trastorna, se puede desarrollar un cáncer.

Los problemas en la regulación del crecimiento de células pueden ser ocasionados por anomalías del sistema inmune, el cual en condiciones normales detectaría y detendría el crecimiento anómalo. Otras de las causas potenciales del cáncer son:

- La radiación.
- La exposición a los rayos del sol.
- El tabaquismo.
- Ciertos virus.
- El benceno.
- Ciertos hongos venenosos y las aflotoxinas (un veneno producido por organismos que pueden crecer en la planta de maní).

Los tres tipos de cáncer más comunes en los hombres estadounidenses son: cáncer de próstata, cáncer de colon y cáncer de pulmón; mientras que en las mujeres son el cáncer de mama, colon y pulmón.

Ciertos tipos de cáncer son más comunes en determinadas regiones geográficas; en Japón, por ejemplo, existen muchos casos de cáncer gástrico, mientras que en los Estados Unidos este tipo de cáncer es relativamente poco común. Es posible que esta diferencia tenga relación con las variantes en la dieta. La causa más común de muerte relacionada con cáncer es el pulmonar.

Síntomas.

Los síntomas del cáncer dependen del tipo de tumor y de su ubicación en el cuerpo. Por ejemplo, el cáncer de pulmón puede desencadenar tos, dificultad respiratoria o dolor en el tórax; mientras que el cáncer de colon frecuentemente ocasiona pérdida de peso, diarrea, estreñimiento y heces sanguinolentas.

Aunque algunos tipos de cáncer pueden ser totalmente asintomáticos, los siguientes síntomas son comunes en la mayoría de ellos.

- Fiebre.
- Escalofrío.
- Sudoración nocturna.
- Pérdida de peso.
- Pérdida del apetito.
- Fatiga.
- Malestar general.

Signos y exámenes.

Al igual que sucede con los síntomas, los signos del cáncer varían dependiendo del tipo de tumor y de su ubicación en el cuerpo. Algunos de los exámenes más comunes son:

- TC de:
 - tórax.
 - abdomen.
 - pelvis.
- Conteo sanguíneo completo (CSC).
- Químicas sanguíneas.
- Biopsia del tumor.
- Biopsia de médula ósea (para detectar linfoma o leucemia).
- Radiografías de tórax.

La mayoría de cánceres se diagnostican por medio de una biopsia y dependiendo de la ubicación del tumor, ésta puede ser un procedimiento sencillo o una cirugía delicada. A la mayoría de personas afectadas por un cáncer se les somete a TC para determinar la ubicación exacta del tumor o tumores.

Tratamiento.

El tratamiento también varía de acuerdo con el tipo de cáncer y con su etapa. La etapa del cáncer hace referencia a cuánto ha crecido y al hecho de si el tumor se ha diseminado o no desde su ubicación original.

- Si el cáncer está confinado a un sólo lugar y no se ha diseminado, el objetivo del tratamiento estará orientado hacia la cirugía y la sanación, esto es lo que sucede frecuentemente con los cánceres de piel.
- Si el tumor se ha diseminado sólo a los ganglios linfáticos locales, estos algunas veces también se pueden extirpar.
- Si el cáncer no se puede extirpar totalmente por medio de cirugía, las opciones de tratamiento son: radiación, quimioterapia o ambas. Algunos tipos de cáncer requieren la combinación de cirugía, radiación y quimioterapia.

Expectativas (pronóstico).

El pronóstico para el cáncer varía ampliamente entre sus diferentes tipos. Inclusive entre personas con el mismo tipo de cáncer, los resultados difieren de acuerdo con la etapa del tumor al momento del diagnóstico. Algunos cánceres pueden ser curados e incluso algunos que son incurables pueden someterse a un buen tratamiento y los pacientes pueden vivir durante muchos años con la enfermedad. Otros tipos de cáncer provocan la muerte rápidamente.

Complicaciones.

Una de las complicaciones es la diseminación del cáncer y las otras complicaciones varían de acuerdo con el tipo y etapa en la cual se encuentre el tumor.

Prevención.

Una de las mejores maneras de prevenir el cáncer es evitar el cigarrillo o dejar el hábito en las personas que fuman. Muchos de los tipos de cáncer se pueden

prevenir evitando otros factores de riesgo como la exposición excesiva a los rayos del sol y el uso compulsivo de bebidas alcohólicas.

Los exámenes como la mamografía, examinación de las mamas para cáncer de mama y colonoscopia para cáncer de colon pueden ayudar a detectar estos cánceres en su etapa temprana cuando son más fáciles de tratar. Algunas personas en alto riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer pueden tomar medicamentos para reducir su riesgo. (20-Junio-2004 Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001289.htm>)

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Es la interrupción del suministro de sangre a cualquier parte del cerebro, lo que produce daño al tejido cerebral. También es conocido como enfermedad cerebrovascular; ACV; Infarto cerebrovascular

Causas, incidencia y factores de riesgo.

El accidente cerebrovascular representa 1 de cada 15 muertes en los Estados Unidos y es la tercera causa principal de muerte en la mayoría de los países desarrollados y la principal causa de discapacidad en los adultos. El riesgo se duplica con cada década después de los 35 años.

Si se interrumpe el flujo de sangre en una arteria que irriga el cerebro durante más de unos pocos segundos, las células cerebrales pueden morir, lo que produce daño permanente. La interrupción puede ser provocada ya sea por un sangrado o por coágulos de sangre en el cerebro. La mayoría de los accidentes cerebrovasculares se debe a los coágulos de sangre que obstruyen el flujo sanguíneo. El sangrado en el cerebro se presenta si se rompe un vaso sanguíneo y si hay una lesión considerable.

Coágulos de sangre: Una causa muy común de un accidente cerebrovascular es la aterosclerosis, en la cual se acumulan depósitos de grasa y plaquetas en la pared de las arterias formando placas. Con el paso del tiempo, las placas comienzan a bloquear lentamente el flujo de sangre. La placa en sí puede bloquear la arteria lo suficiente para causar un accidente cerebrovascular.

Con frecuencia, la placa hace que la sangre fluya de manera anómala, lo que produce un coágulo sanguíneo, el cual puede permanecer en el sitio del estrechamiento e impedir que la sangre circule hacia todas las arterias más pequeñas que irriga (este tipo de coágulo que no se desplaza se denomina trombo). En otros casos, el coágulo puede viajar y detenerse en un vaso más pequeño. (Un coágulo que viaja se denomina embolia).

Los accidentes cerebrovasculares causados por embolia tienen como causa más común trastornos cardíacos. Una embolia se puede originar en un vaso sanguíneo grande a medida que se ramifica desde el corazón. Igualmente, un coágulo se puede formar en otra parte del cuerpo por diferentes razones y luego viajar al cerebro y provocar un accidente cerebrovascular.

Las arritmias cardíacas, como la fibrilación auricular, se pueden asociar con este tipo de accidente cerebrovascular y pueden contribuir a la formación de coágulos. Otras causas de accidente cerebrovascular embólico incluyen endocarditis (una infección de las válvulas cardíacas), o el uso de una válvula cardíaca mecánica. Se puede formar un coágulo en la válvula artificial, desprenderse y viajar hacia el cerebro; por esta razón, las personas con una válvula cardíaca mecánica tienen que tomar anticoagulantes.

Sangrado en el cerebro: Una segunda causa importante de accidente cerebrovascular es el sangrado en el cerebro (accidente cerebrovascular hemorrágico), que puede ocurrir cuando pequeños vasos del cerebro se debilitan y

se rompen. Algunas personas tienen defectos en los vasos sanguíneos del cerebro que hacen que esto sea más probable. El flujo de sangre después de la ruptura del vaso sanguíneo daña las células cerebrales.

Riesgos para el accidente cerebrovascular.

El hecho de tener presión sanguínea alta es la razón número uno por la cual una persona podría tener un accidente cerebrovascular. El riesgo para esta condición también se incrementa con la edad, antecedentes familiares de la enfermedad, consumo de tabaco, diabetes, colesterol alto y enfermedad cardíaca.

Ciertos medicamentos favorecen la formación de coágulos y pueden incrementar las posibilidades de un accidente cerebrovascular. Un ejemplo lo constituyen las píldoras anticonceptivas, especialmente si la mujer que las está tomando también fuma y es mayor de 35 años.

Las mujeres tienen riesgo de presentar un accidente cerebrovascular durante el embarazo y en las semanas inmediatamente posteriores a éste; sin embargo, en general, los hombres tienen más accidentes cerebrovasculares que las mujeres. El consumo de cocaína, el consumo de alcohol, un trauma en la cabeza y trastornos de sangrado incrementan el riesgo de sangrado dentro del cerebro.

Síntomas.

Los síntomas del accidente cerebrovascular dependen de qué parte del cerebro esté lesionada. En algunos casos, es posible que las personas ni siquiera se den cuenta de que sufrieron un accidente cerebrovascular.

Los síntomas de accidente son, con más frecuencia, un desarrollo SÚBITO de lo siguiente:

- Debilidad o pérdida de movimiento (parálisis) de cualquier parte del cuerpo, como el brazo, la pierna o un lado de la cara).
- Entumecimiento, hormigueo o disminución de la sensibilidad.

- Disminución o cambio en la visión.
- Dificultades en el lenguaje, incluyendo habla mal articulada, débil y con dificultad, incapacidad para hablar, incapacidad para entender el lenguaje hablado, dificultades para escribir o leer.
- Pérdida de la memoria.
- Vértigo (sensación anormal de movimiento).
- Pérdida del equilibrio o la coordinación.
- Dificultad para deglutir o babeo.
- Cambios en la personalidad.
- Cambios en estados de ánimo/emociones (como por ejemplo, depresión o apatía).
- Somnolencia, letargo o pérdida del conocimiento.
- Movimientos incontrolables de los ojos o caída de los párpados.

Si se presenta uno o más de estos síntomas durante menos de 24 horas, se puede tratar de un ataque isquémico transitorio (AIT), el cual es una pérdida temporal de la función cerebral y un signo de advertencia de un posible accidente cerebrovascular futuro.

Signos y exámenes.

En el diagnóstico de un accidente cerebrovascular, es importante conocer cómo se desarrollaron los síntomas; estos pueden ser severos al comienzo del mismo o pueden progresar o fluctuar durante el primero o segundo día (accidente cerebrovascular en evolución). El accidente cerebrovascular se considera completo cuando no se presenta más deterioro.

Durante el examen, el médico buscará deficiencias neurológicas, motoras y sensoriales específicas, ya que con frecuencia corresponden con precisión a la ubicación de la lesión del cerebro. Un examen puede mostrar cambios en la visión o en los campos visuales, reflejos anormales, movimientos anormales de los ojos,

debilidad muscular, disminución de la sensibilidad y otros cambios. Un "soplo" (un ruido anormal que se escucha con el estetoscopio) puede escucharse en las arterias carótidas del cuello y puede haber signos de fibrilación auricular.

Los exámenes se llevan a cabo para determinar el tipo, la localización y la causa del accidente cerebrovascular y descartar otros trastornos que pueden ser responsables de los síntomas. Dichos exámenes incluyen:

- TC de cabeza o una IRM de cabeza para determinar si el accidente cerebrovascular fue causado por sangrado (hemorragia) u otras lesiones y definir el lugar y extensión del accidente cerebrovascular.
- ECG (electrocardiograma) para diagnosticar problemas cardíacos subyacentes.
- Ecocardiograma si la causa puede ser un émbolo (coágulo sanguíneo) cardíaco.
- Dúplex carotídeo (un tipo de ultrasonido), si la causa puede ser una estenosis de la arteria carótida (estrechamiento de los vasos sanguíneos mayores que suministran sangre al cerebro).
- Se puede utilizar un monitor cardíaco, que se lleva puesto mientras se esté en el hospital o como paciente ambulatorio para determinar si una arritmia cardíaca (como la fibrilación auricular) puede ser responsable del accidente cerebrovascular.
- Se puede realizar una angiografía cerebral (cabeza), de tal manera que el médico pueda identificar el vaso sanguíneo responsable del accidente cerebrovascular y se utiliza principalmente si se está pensando en una cirugía.
- Se puede realizar un análisis de sangre para excluir condiciones inmunes o coagulación anormal de la sangre que puede conducir a la formación de coágulos.

Tratamiento.

Un accidente cerebrovascular es una emergencia médica. Los médicos han comenzado a llamarlo un "ataque cerebral" para enfatizar que la obtención de tratamiento inmediato puede salvar vidas y reducir la discapacidad causada por el accidente cerebrovascular. El tratamiento varía según la gravedad de los síntomas. Para virtualmente todos los accidentes cerebrovasculares se requiere hospitalización, que posiblemente comprende cuidado intensivo y soporte vital.

El objetivo es llevar a la persona a la sala de emergencias, determinar si está presentando un accidente cerebrovascular por sangrado o por un coágulo sanguíneo y comenzar con la terapia apropiada en 3 horas.

Expectativas (pronóstico).

El pronóstico a largo plazo de un accidente cerebrovascular depende de la extensión del daño cerebral, la presencia de problemas médicos asociados y la probabilidad de recurrencia de los accidentes cerebrovasculares.

De aquellos que sobreviven a un accidente cerebrovascular, muchos presentan discapacidades a largo plazo, pero aproximadamente el 10% de ellos recupera la mayoría o todas las funciones. El 50% es capaz de estar en la casa con asistencia médica, mientras que el 40% se convierte en residente de centros de cuidados médicos a largo plazo, como una clínica de reposo.

Complicaciones.

- Problemas provocados por la pérdida de movilidad (contracturas articulares, úlceras por presión).
- Pérdida del movimiento o sensibilidad, en una parte del cuerpo de forma permanente.
- Fracturas óseas.
- Espasticidad muscular.
- Pérdida permanente de las funciones del cerebro.

- Disminución de la comunicación o interacción social.
- Disminución de la habilidad para actuar por sí mismo o cuidar de sí mismo.
- Disminución del período de vida.
- Efectos secundarios de los medicamentos.
- Aspiración.
- Desnutrición.

Prevención.

Para ayudar a prevenir un accidente cerebrovascular:

- Hacerse un examen para presión sanguínea alta al menos cada dos años, especialmente si hay antecedentes familiares de esta condición.
- Se debe tratar la hipertensión, la diabetes, colesterol alto y la enfermedad cardíaca si se presentan.
- Se recomienda hacerse un chequeo para colesterol.
- Se debe seguir una dieta baja en grasas.
- Se debe suspender el hábito de fumar.
- Se debe evitar el consumo excesivo de alcohol (no más de 1 a 2 tragos por día).
- Se debe perder peso en caso de tener sobrepeso.
- Se debe hacer ejercicio de manera regular.

Si la persona ha tenido un AIT o un accidente cerebrovascular en el pasado o actualmente presenta una arritmia cardíaca (como fibrilación auricular), válvula cardíaca mecánica, insuficiencia cardíaca congestiva o factores de riesgo para el accidente cerebrovascular, el médico puede prescribirle aspirina u otros anticoagulantes. Se deben seguir las instrucciones del médico y tomar el medicamento.

Para prevenir accidentes cerebrovasculares por sangrado, se deben tomar medidas para evitar las caídas y las lesiones. (20-Junio-2004 Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000726.htm>, 1/30/2001)

ENFISEMA

Es una enfermedad pulmonar que comprende daño a los sacos aéreos de los pulmones (alvéolos), haciendo que éstos no puedan desinflarse completamente (inflados en exceso) y, por lo tanto, son incapaces de llenarse con aire fresco para garantizar una adecuada provisión de oxígeno al cuerpo.

Causas, incidencia y factores de riesgo.

El consumo de cigarrillos es la causa más común del enfisema. Se cree que el humo del tabaco y otros contaminantes causan la liberación de químicos desde los pulmones que dañan las paredes alveolares. El daño empeora con el paso del tiempo, afectando el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones. Una sustancia que existe naturalmente en los pulmones, llamada alfa 1 antitripsina, puede proteger contra este daño, por lo cual las personas con deficiencia de alfa 1 antitripsina están en mayor riesgo de contraer la enfermedad.

Síntomas.

- Dificultad para respirar.
- Tos crónica con o sin producción de esputo.
- Sibilancias.

Otros síntomas adicionales que se pueden asociar con la enfermedad pueden ser los siguientes:

- Ansiedad.
- Pérdida de peso involuntaria.
- Edema de tobillos, pies y piernas.
- Fatiga.

Signos y exámenes.

Un examen físico puede mostrar disminución de los ruidos respiratorios, sibilancias y/o exhalación prolongada (la exhalación toma más del doble de la

inspiración). El tórax puede presentar un aumento del diámetro desde el frente hacia la espalda (tórax en forma de tonel). Se pueden presentar signos de una insuficiencia crónica de los niveles de oxígeno en la sangre.

Los siguientes exámenes ayudan a confirmar el diagnóstico:

- Pruebas de la función pulmonar.
- Radiografía de tórax.

Esta enfermedad también puede alterar los resultados de los siguientes exámenes:

- Gases arteriales sanguíneos que muestran la reducción del oxígeno.
- Gammagrafía de perfusión y ventilación pulmonar.
- TC de tórax.

Tratamiento.

El tratamiento más efectivo es la suspensión del consumo de tabaco. Sólo el hecho de dejar de fumar puede detener la progresión del daño pulmonar una vez que éste haya comenzado. Los medicamentos utilizados para mejorar la respiración son, entre otros: los broncodilatadores (inhalador de mano o nebulizador), los diuréticos y los corticosteroides. También se pueden recetar antibióticos cuando se presentan infecciones respiratorias. A las personas que presentan esta enfermedad se les recomiendan las vacunas para la influenza (gripe) y el Pneumovax (vacuna para la neumonía).

Se puede utilizar oxígeno de bajo flujo durante el ejercicio, continuamente o en la noche. La rehabilitación pulmonar puede mejorar la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida a corto plazo; mientras que el trasplante de pulmón es una opción para pacientes con enfermedad grave.

Los pacientes seleccionados cuidadosamente pueden ser elegibles para someterse a la cirugía de reducción del pulmón. Durante esta cirugía, se extraen las porciones dañadas del pulmón, permitiendo de este modo que las porciones

normales del mismo se expandan completamente y aprovechen el aumento de la aireación. Cuando se tiene éxito, las personas que se han sometido a esta cirugía han informado que pueden caminar distancias mayores y que su calidad de vida ha mejorado.

Expectativas (pronóstico).

El resultado es mejor para los pacientes con menos daño pulmonar, sin embargo, aquellos que tienen un daño pulmonar más extenso pueden vivir muchos años, por lo que la predicción de un pronóstico es difícil. La muerte puede presentarse debido a insuficiencia respiratoria, neumonía u otras complicaciones.

Complicaciones.

- Infecciones respiratorias recurrentes.
- Hipertensión pulmonar.
- Cor pulmonale (aumento de tamaño y tensión del lado derecho del corazón).
- Eritrocitosis (aumento del conteo sanguíneo).
- Muerte.

Prevención.

Se recomienda evitar el cigarrillo, o dejarlo si es fumador, para disminuir en alto grado el riesgo de desarrollar esta enfermedad. (20 Junio-2004 Disponible en:http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepages/17055.htm)

Como se puede notar, los factores de riesgo y las causas de las enfermedades crónico-degenerativas tienen mucho que ver con conductas e ideas específicas que, sobre los hábitos en salud tiene la población en general. Estas ideas y hábitos (conductas) varían en base a factores tales como edad, ocupación, nivel socioeconómico, etcétera. La propuesta del modelo biopsicosocial es, entonces, tomar en cuenta dichos factores, sin olvidar los biológicos, para incidir de forma

más eficaz en las patologías con mayor índice de mortalidad y usando la prevención como una de las acciones a seguir.

CAPÍTULO 2

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, cierto tipo de problemas, en concreto las enfermedades crónicas, debidas a causas múltiples (factores psicológicos, sociales, culturales y medioambientales), requieren un manejo diferente del de los estados mórbido agudos, cuya principal característica es la de ser producidos por agentes patógenos específicos (Oblitas, Becoña, Vázquez, 2000) El modelo biopsicosocial propone una alternativa diferente a la del modelo biomédico tradicional en el manejo de dichas enfermedades.

Este modelo se enmarca dentro de una disciplina llamada Psicología de la Salud, la cual surge del interés creciente por vincular la psicología con los problemas de salud humana, más allá de los límites del campo de la salud mental. Han aparecido nuevas ínter disciplinas o subcampos de conocimiento sobre los ya existentes, los cuales tienen como propósito destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud, tal como se perciben desde la óptica de la medicina clínica y experimental (Ribes, 1990; citado en Latorre y Beneit, 1994).

Por ello es de suma importancia definir este campo disciplinario que nos permitirá acceder a formas distintas de incidir en el mundo cambiante de la salud.

2.1 Definición de la Psicología de la Salud.

Matarazzo (1980, citado en Ballester, 1998) propone la primera definición de psicología de la salud, según la cual:

La psicología de la salud es el conjunto de aportaciones, tanto de tipo educativo como científico y profesional, que proporcionan las diversas áreas psicológicas

para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y sus consecuencias, así como el análisis y la mejora de los sistemas sanitarios y de la política general de formación sanitaria.

A pesar de que la definición de Matarazzo ha sido la más difundida y aceptada, existen muchas más definiciones que abordan a la psicología de la salud, tales como:

- “La Psicología 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 o médicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad” (Carboles, p.184; citado en Buela, Caballo, Sierra, 1996)
- La psicología de la salud es la rama de la psicología cuya preocupación se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas. Incluye una serie de contribuciones de la psicología a la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo para la salud, la mejora del sistema sanitario y la influencia de la opinión pública asociada a aspectos sanitarios. (Brannon, Feist, 2001)
- La psicología de la salud es el campo, dentro de la psicología, que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, y cómo responde una persona cuando está enferma (Taylor, 1986, citado en Latorre y Beneit, 1994)

Estas son solo algunas de las definiciones propuestas para la Psicología de la Salud y, como puede notarse, la mayoría de ellas están basadas en la definición que propone Matarazzo, por lo que, para fines prácticos del presente reporte, se tomará en cuenta dicha definición como la que abarca, de manera satisfactoria, todos los rubros de la Psicología de la Salud, así como la que describe las líneas de trabajo fundamental que realiza el psicólogo de la salud, mismas que se analizarán más adelante.

Lo cierto es, que la Psicología de la Salud ofrece, desde la definición de Matarazzo, la posibilidad de desarrollar estrategias que permitan incidir en el proceso de salud-enfermedad con el objetivo de establecer pautas que permitan conservar la salud de las personas y para ello es muy importante diferenciar a la Psicología de la Salud de otras disciplinas con las que tiene relación y con las cuales se le ha llegado a confundir.

2.2 La Psicología de la Salud y otras disciplinas.

Hay otras disciplinas, dentro y fuera de la psicología, que tratan cuestiones similares a las de la psicología de la salud. Esas áreas difieren de la psicología de la salud, pero también se solapan con ella; de ahí la importancia de distinguir los objetivos de cada una de ellas (.Oblitas, Becoña y Vázquez, 2000) Algunas son:

Psicología clínica: Esta disciplina debe entenderse como el conjunto de posibles actuaciones (comprensión, explicación, diagnóstico, evaluación, prevención, tratamiento y rehabilitación) sobre sujetos que presentan problemas o trastornos psicológicos. Su principal característica es el establecimiento de una relación entre el psicólogo y su paciente con una dimensión de apoyo y ayuda (centrada en la comprensión de los problemas de su cliente y aprendizaje por parte de éste de estrategias apropiadas para resolverlos y funcionar más eficazmente) a través de los conocimientos de la psicología. (Simon, 1999 citado en Velázquez, 2001)

Psicología comunitaria: Se aborda la comprensión, explicación y solución de los problemas, desde un punto de vista supraindividual, es decir, social o comunitario, enfocándose en el cambio y la mejora del medio. Su objetivo es la mejora de ambientes y recursos sociales, el aumento de habilidades y competencias personales para mejorar el ajuste entre personas, ambientes y una mejor calidad de vida de la comunidad.

Medicina comportamental: Campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas, propios de las ciencias comportamental y biomédica, relacionados con la salud y la enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (Schwartz y Weiss, citados en Brannon y Feist, 2001)

Psicología médica: Abarca todos los conocimientos de psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral, particularmente los conocimientos sobre la personalidad del enfermo, la relación médico-enfermo, la personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo y los procedimientos de curación psicológica o psicoterapia. Forma psicológicamente al médico para que pueda comprender mejor al paciente a quien trata, percibiéndolo en su contexto psicosocial, recurriendo a una concepción de la enfermedad humana que a menudo se opone a la enfermedad experimental o a la enfermedad espontánea de los animales. (Alonso-Fernández, citado en Oblitas, Becoña y Vázquez, 2000; Schneider, citado en Vega, 2002)

Medicina psicosomática: Aproximación a la enfermedad que se basa en la hipótesis y observación de que los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades. Tradicionalmente el centro de interés de esta disciplina ha sido el papel de los factores psicológicos en el desarrollo de la enfermedad física, especialmente el de los estados emocionales y el estrés. En la actualidad se ha

ampliado el abanico de trastornos incluyendo los factores psicológicos en la etiología y el curso de casi todas las enfermedades. La medicina psicosomática analiza los componentes emocionales y psicológicos de las enfermedades físicas y los factores psicológicos y somáticos o físicos que interactúan produciendo enfermedades. (Weiner, citado en Oblitas, Becoña y Vázquez, 2000; Brannon y Feist, 2001)

Salud comportamental: Campo interdisciplinario dedicado a promocionar una filosofía de la salud que acentúe la responsabilidad del individuo en la aplicación del conocimiento y las técnicas de las ciencias comportamental y biomédica, para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y la disfunción, mediante una variedad de actividades auto-iniciadas, individuales o compartidas. (Matarazzo, citado en Oblitas, Becoña y Vázquez, 2000)

Psicofisiología experimental: Disciplina cuyo objeto de estudio son las bases fisiológicas de los procesos psicológicos. Intenta explicar una variedad de procesos conductuales por la interacción de sus componentes psicológicos y biológicos. (Oblitas, Becoña y Vázquez, 2000)

Sociología médica: Implica una variedad amplia de cuestiones relacionadas con los aspectos sociales de la salud y del cuidado de la salud. Comprende temas tales como los patrones sociales en la distribución de la enfermedad y la mortalidad, los efectos del estrés social en la salud, las respuestas sociales y culturales en la salud y en la enfermedad, la organización institucional del cuidado de la salud, etcétera. (Mechanic, citado en Oblitas, Becoña y Vázquez, 2000)

Antropología médica: Estudia los aspectos culturales de la salud y la enfermedad. Hace hincapié en los aspectos culturales de la salud y cómo la gente dentro de una cultura comprende las cuestiones de salud como un reflejo de su cultura en su totalidad (Oblitas, Becoña y Vázquez, 2000)

2.3 Antecedentes y surgimiento de la Psicología de la Salud.

Tal como menciona Ballester (1998), si nos adentramos en la historia de la Psicología de la Salud encontraremos que, desde los inicios de la Psicología como disciplina, algunos autores de gran relevancia han hecho mención a las aportaciones potenciales de los psicólogos al campo de la salud; es así, que los psicólogos han estado participando de forma activa en el sistema de salud mucho antes de que se identificara un campo denominado Psicología de la Salud. De ahí la importancia de referirse a los antecedentes de la Psicología como disciplina “madre” para así poder hablar de los primeros antecedentes de la Psicología de la Salud.

Suele fijarse el nacimiento de la psicología, como disciplina independiente, en la creación de los laboratorios psicológicos y la aparición en los últimos años del siglo XIX de libros de texto con el término “Psicología” en sus títulos por parte del alemán Wilhelm Wundt y del americano William James.

La primera acción semioficial de la psicología organizada, concretamente de la APA (American Psychological Association), respecto al sistema de salud fue la celebración de una mesa redonda en la reunión anual de la asociación mantenida en Diciembre de 1911 para considerar cómo la psicología podía contribuir a la educación y práctica médica.

Autores tan relevantes como Watson (1912) manifestaron la importancia de una formación psicológica a los estudiantes de medicina que les hiciese comprender que su objeto de estudio era la globalidad de la persona y no simplemente un órgano o lesión.

En un estudio llevado a cabo por Bott en 1928, en el que revisaba la enseñanza en las facultades de medicina, se hacía mención a un amplio y creciente reconocimiento de la importancia de los factores psicológicos y su papel crucial en la salud.

En 1950, la Universidad de Pittsburg patrocinó ocho conferencias sobre “la relación de la Psicología con la Medicina”. Los conferenciantes hablaban del final de un período de abandono y una emergente colaboración con las profesiones sanitarias y los educadores médicos.

En lo que respecta a la investigación, la psicología clínica también se ha centrado desde antes en los síntomas físicos. Los primeros trabajos se dirigían a la aplicación de la terapia en problemas que presentaban tanto síntomas físicos como psicológicos. En los años 30 se publicaron un par de artículos acerca de los “sobre utilizadores” de los servicios sanitarios; en los 40 y 50 se estudiaron modos para mejorar algunos problemas físicos que se consideraban que estaban influidos por estresantes vitales, en las denominadas “enfermedades psicosomáticas”. En los años 50 y 60 se publicaron 136 artículos que cubrían temas relacionados con la psicología de la salud tales como, los efectos de la personalidad o los estados psicológicos en la salud física, relación del dolor con variables psicosociales, adherencia a los tratamientos médicos, actitudes relacionadas con la salud, conductas de la salud relacionadas con la sexualidad...

En el mes de junio de 1969 William Schofield publicó un artículo en el *American Psychologist* que desencadenó un período de rápido desarrollo de la Psicología de la Salud. La consecuencia más importante del artículo de Schofield fue la designación por parte de la APA en 1973 de un Grupo de Trabajo dirigido por el mismo Schofield sobre la Investigación en Salud, denominado *Task Force on Health Research*.

La *Task Force* desarrolló un listado de psicólogos interesados en la investigación sobre la salud, compuesto aproximadamente de 500 profesionales. Este listado fue utilizado para la distribución en agosto de 1975 de un boletín que anunciaba los planes para un encuentro organizacional que se llevaría a cabo en las reuniones de la APA en Chicago ese mes. En esas jornadas, algunos de los

psicólogos interesados en este ámbito de trabajo se reunieron para discutir una propuesta lanzada por el mismo Schofield respecto a organizarse como sección bajo los auspicios de la División de Psicólogos en el Servicio Público (*División of Psychologists in Public Service*), división 18 de la APA.

Paralelamente, otro grupo de profesionales, medianamente organizados, habían creado una asociación, la *Medical Psychologist's Network* (Red de Psicólogos Médicos) dirigida por David Clayman con el fin de aglutinar a los cada vez más numerosos psicólogos clínicos que trabajaban en instituciones médicas.

En el verano de 1978, miembros de la Sección de Investigación en Salud, de la Red de Psicólogos Médicos y otros reclutados por ellos, hicieron una circular recogiendo firmas para la petición del estatus como división de la APA. En ese mismo año, cuando se celebraron los encuentros de la APA en Toronto habían recogido más de 400 firmas, suficientes para quedarse aprobada la constitución de una nueva División, la número 38, de la APA con el nombre de *Division of Health Psychology*. En su primera reunión constitucional, Joseph Matarazzo fue elegido presidente electo por sus contribuciones a la formación de la división, y Clayman fue elegido secretario y tesorero.

Es así, como a finales de la década de los setentas, un número de disciplinas de la psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, etcétera.), con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud, se reúnen para formar la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association naciendo así formal, institucional y profesionalmente la psicología de la salud. (Oblitas, Becoña, Vázquez, 2000; Goldstein y Krasner, 1991)

2.4 La Psicología de la Salud en América Latina.

En los países en donde la Psicología cuenta con un mayor grado de desarrollo, el origen de la Psicología de la Salud puede rastrearse, como ya se ha visto, a finales de la década de los sesenta y más ampliamente de los setenta. El avance

se vio fuertemente influido por el desarrollo de la Medicina Conductual y el Biofeedback, que en esos momentos tenían en Estados Unidos un gran auge.

Los primeros temas abordados fueron: el manejo psicológico de las enfermedades crónico-degenerativas, principalmente las cardiovasculares, el cáncer y el dolor crónico, así como las adicciones, empleando principalmente aproximaciones metodológicas de la psicofisiología y de la terapia cognitivo-conductual.

Rodríguez y Rojas (1998) mencionan como surgió la Psicología de la Salud en América Latina en base a un recuento de los orígenes de la disciplina en este lugar, así, por ejemplo, mencionan que en algunos países, la Psicología de la Salud inicia en las Universidades a través de la creación de líneas de investigación de interés de los académicos, que posteriormente fundamentaron el establecimiento de los programas de especialistas.

En otros países, los programas de Psicología de la Salud tienen su origen en las unidades de salud de los diferentes niveles de atención. Éste es el caso de Colombia, en el que se origina en el Hospital Militar Central y en otros Hospitales de Bogotá. En Venezuela, se da en forma simultánea en la Universidad Central, en los Hospitales Universitarios Simón Bolívar y Los Andes y en el Hospital J.M. De los Ríos, con especial énfasis en la Atención Primaria a la Salud y en Psicología Comunitaria.

Es necesario señalar que Brasil fue el primer país que creó las residencias en Psicología de la Salud en los tres niveles de atención. Mientras tanto hay países como Chile en donde la Psicología de la Salud, per se, apenas se empieza a esbozar.

En la década de los ochenta se establecen en América Latina los primeros programas de formación de psicólogos de la salud. Todos ellos son programas de posgrado y con tendencia a la subespecialización en alguno de los campos de la atención de la salud. Principalmente, atención primaria, salud reproductiva, salud

ocupacional, psicología comunitaria, atención de pacientes crónicos, y adicciones, entre otros. A nivel de estudios de pregrado, las universidades de algunos países han iniciado cursos de inducción no solamente en las escuelas de psicología, sino también en otras disciplinas de la salud como la medicina, y enfermería entre otras.

Cuba, es el país con una mayor tradición en América Latina en Psicología de la Salud, tiene posgrados del área en tres universidades. Asimismo, cuenta con programas de especialización posgraduada de tres años. El énfasis durante la formación es en trabajo comunitario, familia, salud mental, enfermedades crónico-degenerativas y adicciones.

2.5 La Psicología de la Salud en México.

El desarrollo de la Psicología en el campo de la salud en nuestro país es relativamente naciente, ya que hasta hace algunos años la labor del psicólogo en el ámbito de la salud se daba a través de incursiones en las instituciones del sector salud, realizando tareas en programas educativos y brindando información a la población, realizando selección de personal o impartiendo cursos de relaciones humanas dentro del personal paramédico y administrativo o ejerciendo como ayudante de terapia o psicometría en el área de Salud Mental junto al psiquiatra como profesional titular de la misma (Velázquez, 2001)

En México, en 1986 se establece el primer Programa de formación a nivel de posgrado, enmarcado en el modelo de las residencias médicas. Esto es, el programa académico es universitario de nivel Maestría de la Facultad de Psicología de la UNAM y se emplean los campos clínicos de las instituciones del sector salud para el desarrollo del programa, lo que les permite a los psicólogos en formación participar en diferentes escenarios de los tres niveles de atención.

A partir de 1992 el Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud, lleva a cabo el programa de Residencia de Atención Integral a la Salud en el que

se forman psicólogos de la salud. Éste tiene una duración de dos años y se enfoca a la atención primaria con énfasis en la prevención primaria.

Recientemente, la universidad de Guadalajara inició un programa de Doctorado en Psicología de la Salud. (Rodríguez y Rojas, 1998)

2.6 El papel del Psicólogo.

Como ya se ha mencionado antes, la definición más aceptada y utilizada de la Psicología de la Salud es la propuesta por Matarazzo, y es en dicha definición en la que se establecen las pautas de acción del psicólogo de la salud.

La definición menciona que la psicología de la salud es el conjunto de aportaciones, tanto de tipo educativo como científico y profesional, que proporcionan las diversas áreas psicológicas para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y sus consecuencias, así como el análisis y la mejora de los sistemas sanitarios y de la política general de formación sanitaria. (Matarazzo, 1980, citado en Ballester, 1998)

Tomando como base dicha definición, el psicólogo de la salud tiene diferentes funciones tales como:

- la promoción y el mantenimiento de la salud.
- la prevención y el tratamiento de enfermedades.
- el estudio de la etiología, los correlatos de la salud y la enfermedad.
- el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud. (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Latorre y Beneit , 1994; Brannon y Feist, 2001)

La promoción y el mantenimiento de la salud.

Incluye campañas destinadas a promover hábitos saludables a través, por ejemplo, de programas informativos o mejoras en la salubridad ambiental.

Las intervenciones en esta área están orientadas a promover conductas de salud, activar mecanismos para el autocambio y crear contextos que mantengan la conducta modificada. (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Vega, 2002) Los psicólogos pueden dar entrenamiento a las personas para que desarrollen habilidades y mejoren su estilo de vida. (Sheridan y Radmacher, 1992)

La prevención y el tratamiento de enfermedades.

Enfatiza la necesidad de modificar los hábitos insalubres con objeto de prevenir enfermedades sin olvidar los factores conductuales, además de enseñar a la gente que tiene alguna enfermedad adaptarse a su situación. La prevención incluye, por ejemplo los programas dirigidos a personas que tienen conductas de alto riesgo como nutrición inadecuada, baja o nula actividad física, estrés, abuso de sustancias, entre otras, mientras que en el tratamiento los psicólogos de la salud intervienen utilizando principalmente las técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, reforzamiento y autocontrol en trastornos como el dolor crónico, asma, padecimientos gastrointestinales y psicosomáticos, hipertensión, cáncer, estrés, diabetes, cefaleas, entre otros, con el fin de reducir malestares, ayudar al individuo a adaptarse a la enfermedad, cumplir con las indicaciones médicas y reducir la angustia causada por la enfermedad. (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Vega, 2002)

El estudio de la etiología, los correlatos de la salud y la enfermedad.

Incluyen el consumo del alcohol, tabaco, ejercicio físico o el modo de enfrentarse a las situaciones de estrés, así como la investigación que consiste en planear, diseñar y conducir estudios específicos sobre la incidencia y prevalencia de alguna enfermedad, de factores de riesgo en la comunidad o sobre hábitos saludables. La investigación permite la evaluación de los efectos y el impacto en general de los procedimientos empleados para el control de los factores de riesgo y fomenta la producción de técnicas dirigidas a la prevención, tratamiento de las enfermedades

y promoción de la salud. (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Oblitas, Becoña, Vázquez, 2000)

El estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud.

Se analiza el impacto de las instituciones y se desarrollan recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud. Sheridan y Radmacher (1992) mencionan que para mejorar el sistema de salud se necesitan de acciones políticas, para ello se hace necesario, entonces, que el psicólogo desarrolle investigaciones en salud pública y que éstas tengan difusión en los ámbitos gubernamentales.

Es así, como el psicólogo puede desarrollar muchas actividades en diferentes áreas y dependerá del área en la que se encuentre, así como de los objetivos a alcanzar, para que pueda desarrollar dichas acciones y puede ejercerlas tanto de manera individual como en colaboración con otros profesionales de la salud.

2.7 Modelos en Psicología de la Salud.

A pesar de las aportaciones de la Psicología al campo de la salud y del rápido aumento y desarrollo de la Psicología de la Salud, los comportamientos e ideas que sobre su propia salud tienen las personas varían mucho de una a otra y son factores que influyen de formas importantes en el mantenimiento de la salud tanto individual como colectiva ya que, a pesar de que la mayor parte de las personas valoran la salud y desean evitar la enfermedad y la incapacidad, mucha gente no se comporta de un modo que maximice su salud y minimice su enfermedad y la incapacidad (Brannon y Feist, 2001), es por ello, que dentro de la Psicología de la Salud se han desarrollado diferentes modelos que intentan predecir y dar sentido a los comportamientos relacionados con la salud.

Modelo de creencias sobre la salud. Es uno de los métodos más utilizados para explicar por qué las personas ponen en práctica determinadas conductas de salud. Este modelo sugiere que las creencias contribuyen significativamente al

comportamiento de búsqueda de la salud. Incluye cuatro creencias o percepciones que deben combinarse para predecir los comportamientos relacionados con la salud: 1) **susceptibilidad** percibida a la enfermedad o a la incapacidad, 2) la **gravedad** percibida de la enfermedad o la incapacidad, 3) los **beneficios** percibidos de los comportamientos promotores de la salud, y 4) las **barreras** percibidas para realizar los comportamientos promotores de la salud. (Brannon y Feist, 2001; Latorre y Beneit, 1994; Pitts, 1996)

Un gran número de estudios ha puesto de manifiesto que el Modelo de Creencias sobre la Salud es adecuado para predecir en qué condiciones los individuos pondrán en práctica determinadas conductas de salud. Este modelo ha sido aplicado con éxito a una serie de campañas sobre vacunación, profilaxis dental, chequeos generales preventivos, tabaquismo, auto exámenes para la detección precoz de tumores malignos y para el control de la obesidad, entre otras. Sin embargo, no siempre los resultados obtenidos son absolutamente satisfactorios y, en ocasiones, lo son poco. Lo que significa que, aún siendo importante, no es modelo suficiente para ayudar a instaurar comportamientos estables que promuevan y favorezcan la salud. (Latorre y Beneit, 1994)

Modelo de la Acción Razonada. Este modelo intenta integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas de salud. Postula que una conducta de salud es el resultado directo de la **intención comportamental**, es decir, de algo tan sencillo como que una persona intente llevar a cabo, realmente, la conducta. La intención comportamental depende, a su vez, de dos factores: el primero es una valoración personal del comportamiento, en otras palabras, la **actitud personal hacia el comportamiento**. El segundo es la percepción de la presión social para llevar a cabo o no la acción, en otras palabras, **la norma subjetiva**. La actitud hacia el comportamiento está determinada por la creencia de que dicho comportamiento producirá resultados valorados de forma positiva o negativa. La norma subjetiva está moldeada por la propia percepción de la

valoración que un individuo particular hace del comportamiento en cuestión y por la **motivación** para ajustarse a las normas establecidas por el propio individuo. El modelo de la Acción Razonada ofrece la ventaja, frente al de creencias sobre la salud, de estar asentado en una importante línea de investigación, ya tradicional en psicología social, sobre las actitudes y creencias humanas y su modificación. (Brannon y Feist, 2001; Latorre y Beneit, 1994; Pitts, 1996)

Teoría del Comportamiento Planificado. En esta teoría, se incluye la **percepción del control** que la gente tiene sobre su comportamiento. Cuanto mayor es el número de recursos y oportunidades que la gente cree tener, más firme será su creencia de que puede controlar su comportamiento. Esta teoría supone que las personas que creen que pueden adoptar fácilmente un comportamiento están más dispuestas a intentar asumirlo que aquellas personas que creen que tienen escaso control sobre la realización de dicho comportamiento. (Brannon y Feist, 2001)

Teoría de la Autorregulación. Esta teoría recalca la interacción del comportamiento, el entorno y los factores personales, especialmente la cognición. Un componente importante de la variable de las personas es la **autoeficacia**, que hace referencia a las creencias de las personas sobre su capacidad de ejercer el control sobre los acontecimientos que afectan sus vidas, es decir, a la creencia de las personas de que pueden adoptar aquellos comportamientos que les proporcionarán los resultados deseados en una situación particular.

La autoeficacia puede adquirirse, aumentarse o reducirse mediante una de las siguientes cuatro fuentes: 1) la actuación o realización de un comportamiento; 2) la experiencia vicaria, u observar a otra persona con habilidades similares realizando un comportamiento; 3) persuasión verbal, o escuchar las palabras de aliento de una persona de confianza; y 4) estados de activación psicológica, como la ansiedad, que suele disminuir los sentimientos de autoeficacia. (Brannon y Feist, 2001)

Modelo del Proceso de la Adopción de Precauciones. Este modelo supone que cuando las personas empiezan a adoptar comportamientos nuevos y relativamente complejos destinados a protegerlos del peligro, atraviesan diversas etapas de credulidad sobre su susceptibilidad personal. El modelo del proceso de la adopción de precauciones afirma que las personas atraviesan siete etapas en su disposición de adoptar un comportamiento orientado a la salud. En la fase 1, las personas no han oído acerca del peligro, y por lo tanto, no son conscientes del riesgo personal que corren. En la fase 2, adquieren conciencia del riesgo y creen que otros también corren dicho riesgo, pero mantienen un sesgo optimista en relación con su propio nivel de riesgo. En la fase 3, las personas reconocen su propia susceptibilidad y aceptan la idea de que la precaución podría resultar eficaz en lo personal, pero aún no se han decidido a entrar en acción. En la fase 4, las personas deciden pasar a la acción, mientras que en otra fase paralela, (5), deciden que dicha acción es innecesaria. En la fase 6, las personas ya han tomado las precauciones destinadas a reducir el riesgo. La fase 7 implica mantener la precaución, en caso de resultar necesario. (Brannon y Feist, 2001)

Modelo transteórico. Asume que las personas progresan a través de cinco etapas, en las cuales el comportamiento experimenta una serie de cambios: la precontemplación, la contemplación, la preparación, la acción y el mantenimiento. Las personas que están en la fase de precontemplación no tienen intención de cambiar su comportamiento y tal vez no adviertan que tienen un problema. La fase de contemplación implica la toma de conciencia del problema y la idea de cambiar el comportamiento en los próximos seis meses, pero la gente que atraviesa esta etapa no ha realizado aún ningún esfuerzo para cambiar. La fase de preparación incluye ideas y acción al mismo tiempo, y las personas que la atraviesan realizan planes específicos para cambiar. La modificación del comportamiento se produce en la fase de acción, cuando las personas introducen cambios manifiestos en su conducta. Durante la fase de mantenimiento, las personas intentan conservar los cambios que han conseguido introducir, a la vez que intentan resistirse a la

tentación de recaer. Este modelo sustenta que las personas pasan de una etapa a otra en espiral, en lugar de hacerlo de forma lineal, produciéndose diversas recaídas que colocan a las personas en la fase anterior a partir de la cual vuelven a recuperarse, atravesando todas las etapas hasta completar finalmente el cambio de comportamiento. (Brannon y Feist, 2001; Pitts, 1996)

Como puede notarse, la Psicología de la Salud ha recorrido ya un buen camino y aún se sigue trabajando para el adelantamiento de dicha área. Es así, que el psicólogo de la salud necesita una constante preparación en las diferentes áreas de acción dentro del campo de la Psicología de la Salud para lograr dicho adelantamiento y mediante éste, proponer diferentes alternativas de acción que incidan en los problemas de salud actuales.

En el siguiente capítulo, se resaltará la importancia de dos de las funciones del psicólogo, a saber, la promoción de la salud y la prevención dentro del área de la salud pública.

CAPÍTULO 3

LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN COMO ESTRATEGIA EN LA SALUD PÚBLICA.

En el capítulo anterior se destaca la definición de Matarazzo sobre la Psicología de la Salud, como la más ampliamente aceptada. Es en ésta definición en la que se enfatizan los diferentes campos de acción del psicólogo de la salud. Algunos de ellos, que serán resaltados en este capítulo son, la promoción y el mantenimiento de la salud así como la prevención. Brannon y Feist (2001) también subrayan la importancia de dichos campos de acción en la definición que proponen para la Psicología de la Salud.

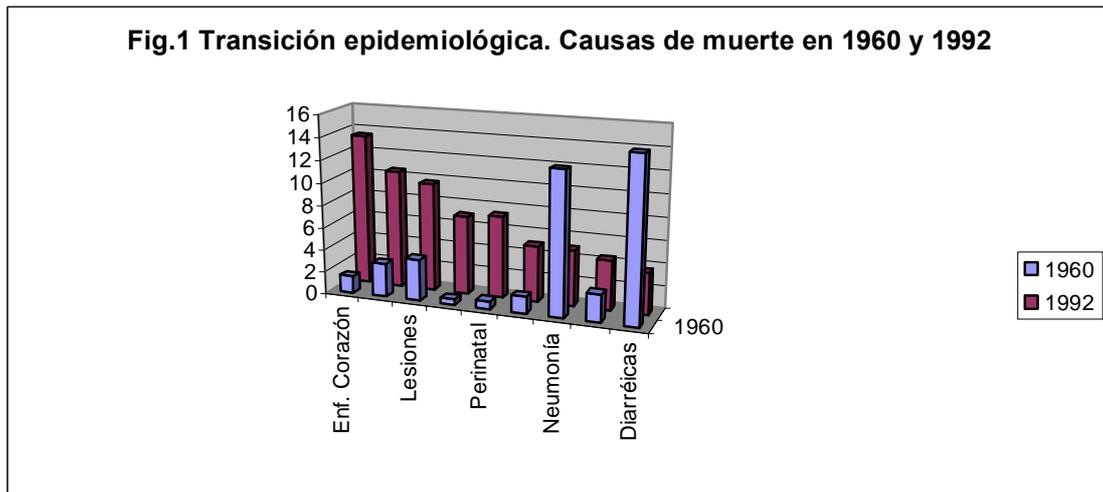
Es así, que tanto la prevención como la promoción de la salud cobran importancia en el desarrollo de las actividades del psicólogo de la salud, mismas que se enmarcan en el contexto de la salud pública, por lo que se hace necesario remitirnos a ésta.

Entre las teorías contemporáneas sobre el cambio en salud, desde hace más de 20 años se ha popularizado la que Abel Omran denomina “de la transición epidemiológica”, la cual intenta explicar la interacción entre los cambios económicos, demográficos y sociales, así como el perfil de salud de las poblaciones y sus consecuencias en la organización y prestación de los servicios de salud. (Sepúlveda, 1994) De acuerdo con esta teoría, los cambios en los patrones de salud y enfermedad dependen sobre todo de las dinámicas demográfica, económica y social; de ellas, los determinantes directos serían el crecimiento demográfico, la migración campo-ciudad, la industrialización acelerada y la urbanización. Según Omran, durante el proceso de desarrollo de cada país o región ocurre una serie de cambios sanitarios con una dirección, magnitud y temporalidad que podría considerarse universal. La teoría señala que de una

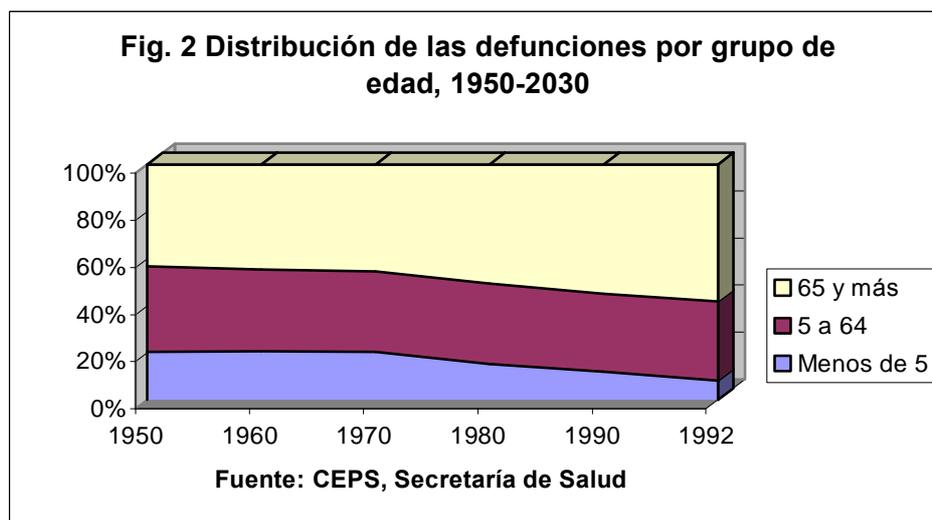
primera etapa de alta mortalidad, en la cual el hombre y las pestes son las principales causas de muerte, las sociedades transitan invariablemente hacia otra, en la que las enfermedades contagiosas se convierten en la característica dominante del espectro sanitario.

A este primer proceso de cambio, le sigue una nueva etapa que conduce hacia una tercera era en la que las patologías infecciosas son sustituidas por las que el autor denomina “enfermedades provocadas por el hombre”. Entre estas últimas, destacan las patologías crónico-degenerativas.

Nuestro país se encuentra en una fase de rápido cambio en sus perfiles de salud. La característica general de este proceso consiste en la disminución de los padecimientos propios del subdesarrollo y el incremento de las enfermedades que prevalecen en los países industrializados. En algunos aspectos, los cambios sanitarios han sido trascendentes. La mortalidad general y la mortalidad infantil muestran una tendencia claramente descendente, al tiempo que aumenta la esperanza de vida al nacer. El perfil de la morbilidad y de la mortalidad por causas específicas también se ha modificado, aunque la velocidad de los cambios varía de una región a otra. En términos generales, el porcentaje de muertes por enfermedades transmisibles se ha reducido radicalmente, en tanto que los años de vida perdidos por defunciones e incapacidades secundarias a los padecimientos crónicos y las lesiones van en aumento. Mientras en 1960 el 15% de las defunciones se debió a enfermedades gastrointestinales, esta causa disminuyó al 3% en 1992. En ese mismo periodo, las enfermedades del corazón pasaron de menos del 2% a casi 14% como causas de muerte (ver Fig. 1)



Un proceso similar ocurre con la distribución de las defunciones por grupos de edad, ya que en la década de los cincuenta la mitad de las defunciones ocurrían en menores de 5 años y casi el 15% en los mayores de 65 años. En la actualidad la tendencia indica que los menores de cinco años contribuyen cada vez con menos defunciones, mientras que los mayores de 65 años aumentan su participación. (Fig.2)



En el terreno de las infecciones respiratorias agudas se observa que las tasas de mortalidad por bronquitis crónica, infección respiratoria aguda e influenza han disminuido de manera constante en los últimos 20 años. De igual manera, el grupo etáreo más beneficiado es el de los menores de cinco años.

Por otro lado, las enfermedades crónicas como los tumores malignos, la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares llevan una tendencia ascendente, si se considera que en los últimos 30 años solo representaban el 8% del total de las defunciones, mientras que para 1990 ascendieron al 34%. La tendencia indica que para el año 2030 este grupo de padecimientos será responsable de casi el 60% de las defunciones de nuestro país.

Si desde la perspectiva de los riesgos se observa a los grupos etáreos colocados en los extremos de la vida, se puede apreciar que una vez controlada la mortalidad por padecimientos infectocontagiosos la población infantil queda expuesta automáticamente a factores de riesgo que antes no alcanzaban a manifestarse a plenitud. Estos riesgos pueden agruparse en dos grandes bloques:

- a) aquellos que, al prolongarse la vida de los niños mediante el control de las causas de muerte prematura, alcanzan a expresarse como fenómenos mórbidos relacionados con los desequilibrios internos del organismo; y
- b) aquellos que sustituyen a los riesgos de infección y de contagio, una vez controlados, y que son fundamentalmente de tipo social, psicológico y educativo. Entre ellos destacan los accidentes y la desnutrición, asociados a las condiciones económicas, educativas y culturales de las familias. En este sentido es ilustrativo el ascenso de los accidentes, que hasta 1970 no se incluían entre las diez primeras causas de mortalidad infantil y que en 1980 y 1990 alcanzaron el octavo lugar.

La población de edad mayor, que años atrás sufría los estragos de los padecimientos infecciosos agudos, incrementó significativamente su volumen en los últimos años debido a que se abatió su tasa de mortalidad. Esta sobrevida

expone al grupo a nuevos riesgos, entre los que destacan, además de los propios de las enfermedades crónico-degenerativas, los accidentes –que frecuentemente producen fracturas incapacitantes-, la depresión, el abandono social y el rechazo familiar que agrava y/o complica sus padecimientos crónicos. Ello se expresa claramente cuando se advierte que en 1990 la segunda causa de ingreso hospitalario en la población de 60 o más años fueron las fracturas.

Además de los referidos, existen grupos poblacionales intermedios que también han sufrido transformaciones importantes, aunque no tan evidentes. El nuevo perfil de riesgos afecta de manera diferente a todos los grupos etáreos e influye de manera particular según el género y las condiciones socioeconómicas en las que transcurre su vida. Todas ellas, en conjunto e interacción, conforman el territorio de la transición de los riesgos a la salud. (Sepúlveda, 1994)

Es así, que podemos afirmar entonces, que la salud de una persona no es ajena a la de otros miembros del grupo humano al que pertenece. Aún cuando éstos no manifiesten cambios fisiológicos que denoten clínicamente una enfermedad semejante, se ha señalado que se altera la interdependencia e interrelación con los otros seres. Si se trata de enfermedades que producen cierto grado de invalidez, ya sea de manera transitoria o permanente, la repercusión sobre los otros miembros puede, finalmente, ser medida por indicadores económicos o por cambios en la dinámica del grupo. Cuando la enfermedad es de naturaleza infecto-contagiosa, el daño en la población tiene, en ocasiones, mayor trascendencia, dada la participación epidemiológica que suele tener la persona infectada en la aparición de nuevos casos.

Siendo el hombre un ser gregario por excelencia, la convivencia con otras personas es imprescindible para el óptimo desarrollo de sus potencialidades; de aquí la importancia de considerar la salud como un patrimonio del grupo al que

pertenece el individuo y no como un objeto de propiedad exclusiva de cada uno de sus miembros. (Vega, 1985)

3.1 La salud pública.

La Salud Pública como ciencia, como patrimonio de la comunidad y como responsabilidad de los Gobiernos, dispone escasamente de un siglo de existencia. El fomento y potenciación de la prevención, constituye una de las funciones de la Salud Pública, siendo este, uno de los objetivos más innovadores. (Gómez y Saburido, 1996)

La definición de *salud pública* propuesta por Winslow es, según Vega (1985), la más conocida y ampliamente aceptada, siendo esta:

La SALUD PÚBLICA es la ciencia y arte de impedir las enfermedades; prolongar la vida y; fomentar la salud y eficiencia. Mediante el esfuerzo organizado de la comunidad. Para el saneamiento del medio; el control de las infecciones transmisibles; la educación de los individuos en higiene personal; la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades; el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud. Organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de un derecho natural a la salud y a la longevidad.

Es así, que Rodríguez y Rojas (1998) mencionan que la Salud Pública ha sido, y debe ser, el principio que dirija los esfuerzos para asegurar el acceso a los servicios de salud de la población, de proteger y promover la salud de todos los ciudadanos de un país y del mundo en general, y destacan que uno de los principales componentes de la salud pública es el reconocimiento del hecho que los seres humanos están constituidos por elementos biológicos, psicológicos,

sociales, políticos y económicos y que la salud debe visualizarse tanto desde la dimensión individual como colectiva.

Esta premisa rompe con el modelo biomédico tradicional y presenta una visión integral que requiere de un enfoque interdisciplinario/multidisciplinario en el análisis e intervención para lograr una salud óptima y mejorar la calidad de vida. Se hace necesario reconocer la importancia de incorporar en el equipo de trabajo diferentes disciplinas y a los individuos o audiencia al que van dirigidos los esfuerzos.

Las actividades que abarca la salud pública, según Kisnerman (1990) son las siguientes:

1. **Actividades sobre las personas o atención médica:** Son el conjunto de actividades o medidas integradas que se cumplen en los servicios o establecimientos de salud y en el seno de la comunidad con el fin de PROMOVER, PREVER, RECUPERAR Y REHABILITAR SALUD (clínicas médicas, especialidades, rehabilitación, odontología, nutrición, educación sanitaria, etc.)
2. **Actividades sobre el medio ambiente o saneamiento ambiental:** Son el conjunto de actividades y medidas sobre el ambiente a fin de eliminar los factores físicos, químicos y biológicos capaces de determinar o favorecer la aparición y el desarrollo de enfermedades (agua, excretas, higiene de viviendas, lugares de trabajo y públicos, lucha contra la contaminación de aguas, suelo y atmósfera, lucha contra el ruido, acciones contra roedores, insectos y focos de contaminación, prevención de accidentes, control de alimentos, etc.)
3. **Actividades de administración sanitaria:** Son el conjunto de actividades y medidas que tienen que ver con planificación, organización, administración, financiación y evaluación de los servicios y programas de salud.

- 4. Actividades de investigación:** Son el conjunto de actividades tendientes a recolectar y elaborar datos acerca de la situación sanitaria de una comunidad, así como de todo lo que atañe a la atención médica.
- 5. Actividades de docencia:** Son el conjunto de actividades tendientes a formar recursos humanos en salud, sean universitarios o no.

Toda la acción sanitaria, como conjunto de medidas que tienden a asegurar un nivel óptimo de salud de la población, se dirige a cumplir cinco funciones básicas: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud y reubicación social de los enfermos. En cualquiera de ellas existe siempre el intento de prevenir, evitando la ocurrencia de un riesgo que ocasione incapacidad o muerte. De ahí que Leavell y Clark (en Kisnerman, 1990) señalen cinco niveles de prevención, a saber:

1. Prevención inespecífica o promoción de la salud.
2. Prevención específica.
3. Diagnóstico temprano y tratamiento eficaz.
4. Limitación de la incapacidad.
5. Rehabilitación.

Este criterio deja de lado la clásica división entre medicina preventiva y medicina curativa o asistencial. Las dos primeras corresponden a lo que se llama PREVENCIÓN PRIMARIA, la tercera y cuarta a PREVENCIÓN SECUNDARIA, y la quinta a PREVENCIÓN TERCIARIA.

3.2 La prevención y su importancia dentro de la salud pública.

La prevención es el conjunto de actividades y medidas anticipadas a la enfermedad y sus riesgos, actuando sobre el ambiente y los individuos.

El tema de la prevención está en el orden del día: prevención primaria, secundaria, terciaria e incluso cuaternaria. Se afirma que la prevención es la alternativa más adecuada en los programas gubernamentales de salud, en todos los países del

mundo. La prevención primaria –que se realiza antes de que se presente el problema- es preferible a la prevención secundaria (cuando ya el problema ha aparecido) y a la terciaria (rehabilitación). La prevención implicaría la mejor inversión social en salud y, por tanto, en una adecuada calidad de vida. (Oblitas, Becoña, Vázquez, 2000)

Según la clasificación de Fielding (1978, citado en Amigo, Fernández y Pérez, 1998) se pueden distinguir tres tipos fundamentales de prevención: la *prevención primaria*, que se refiere a las medidas tomadas para prevenir la aparición de la enfermedad en personas sanas; la *prevención secundaria*, que se refiere a los esfuerzos necesarios que se realizan para detener el progreso de la enfermedad una vez que ésta se ha iniciado; y, finalmente, la *prevención terciaria*, que incluye los procedimientos de tratamiento y rehabilitación de aquellas enfermedades que ya han mostrado sintomatología clínica.

Según Vega (1985) La *prevención primaria* tiene lugar durante la fase prepatogénica de la historia natural de la enfermedad, mediante:

- a) La promoción de la salud y
- b) la protección específica.

Cuando la enfermedad ocurre, o sea en la fase patogénica, la *prevención secundaria* tiene efecto por medio de:

- a) El diagnóstico temprano y
- b) tratamiento oportuno.

La *prevención terciaria* se lleva a cabo:

- a) Limitando la presentación de secuelas o bien,
- b) rehabilitando, cuando éstas ya están presentes.

Es así como las acciones preventivas pueden desempeñarse en las diferentes etapas de la enfermedad. Si bien la prevención secundaria es practicada con mayor énfasis de manera individual, todos los niveles de ejecución de la medicina preventiva son del interés de la salud pública; cabe, sin embargo, reconocer que el fomento de la salud y la protección específica de las enfermedades alcanzan cierta prioridad en esta última.

Dentro de la prevención primaria se habla, a su vez, de dos estrategias. *La primera se centra en la modificación de los hábitos de salud negativos*, como por ejemplo el tabaco, el alcohol o la dieta. *Más recientemente*, los esfuerzos desde la prevención primaria se han dirigido a *la prevención de los hábitos insanos*, entre los que se incluyen, la prevención del tabaquismo entre adolescentes, la prevención del uso de drogas y la prevención del alcoholismo.

La prevención de la enfermedad englobaría aquellas intervenciones cuyo objetivo es el de la reducción o eliminación de aquellos comportamientos que se pueden calificar como de riesgo para el desarrollo de algún tipo de enfermedad.

En los programas de prevención actúan equipos multidisciplinarios formados por médicos, psicólogos, demógrafos, estadísticos, sociólogos, trabajadores sociales y otros especialistas. Dichos programas cuentan con el aval de los gobiernos –ante todo del primer mundo- dado que constituyen la mejor opción para lograr la salud para todos.

Sin embargo, la prevención primaria posee una serie de dificultades y es mucho menos “vendible” que la prevención secundaria o terciaria. Al no haberse presentado todavía el problema, es difícil probar su importancia y su necesidad. Los recursos para la salud siempre son escasos en todos los países del mundo, dados los enormes costos asociados con este rubro; la salud es muy costosa y se supone que no es “rentable”. Obviamente que esto no es correcto y la promoción de la salud –y la prevención primaria- ahorran muchos costos a corto y largo plazos. La tendencia a la prevención es una magnífica inversión social.

La prevención primaria está asociada con importantes factores culturales, relacionados con prejuicios, estereotipos, tendencias históricas, etcétera. Un ejemplo de esto es la nutrición. Los distintos grupos humanos tienen diferentes preferencias nutricionales y es bien sabido que existen culturas que consumen un cierto tipo de alimentos y otros grupos que consumen otros productos; nosotros no comemos lo que es más adecuado desde el punto de vista de la nutrición; no comemos lo que necesita nuestro organismo, sino los que nuestra cultura nos indica comer. (Oblitas, Becoña, Vázquez, 2000)

El concepto de prevención primaria en salud tomó especial fuerza a partir de 1978, con la conferencia de Alma Ata (Rusia)

Las propuestas de reforma a los sistemas nacionales de salud se centran en el desarrollo económico y social de una nación, en los problemas de la pobreza y en factores culturales. La atención primaria como fundamento de estas reformas necesita ocupar un papel prioritario. La atención primaria se define como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

El objetivo de la atención primaria en salud es brindar atención a todos los grupos poblacionales. Para entender los problemas de la atención primaria, es preciso recordar que la salud está determinada por factores sociales estructurales y mediada por normas culturales. Esto tiene que ver con la distribución de los recursos materiales y sociales, con aspectos tales como edad, género, clase social, grupo étnico, ocupación, nivel educativo. Estas diferencias adquieren significado a nivel de individuos, grupos y comunidades.

La prevención primaria implica protección de la salud, promoción, educación para la salud, investigación y mejores servicios de salud.

En la prevención primaria el énfasis pasa de la enfermedad a la salud. Este cambio de la enfermedad a la salud implica cuestionar valores, modelos, formas de organización y prácticas sociales. El concepto de salud deja de ser exclusividad de la medicina y toma en cuenta otros factores ligados con la forma de vida y el desarrollo social. En esto la salud se considera un problema social más que un problema médico. La salud se considera como construcción social y lo mismo la enfermedad. (Oblitas, Becoña, Vázquez, 2000)

La prevención primaria se considera como el conjunto de actividades encaminadas a disminuir el riesgo y la aparición de problemas de salud, a propiciar y reforzar los factores protectores y las actitudes de la comunidad – incluyendo el personal de salud- que permitan la detección temprana de los problemas y el acceso a los servicios disponibles.

En la prevención primaria se trabaja con conceptos tales como estilos de vida que llevan a la salud, añadir vida a los años, añadir salud a la vida, motivaciones para adquirir y mantener la salud, el incremento de hábitos saludables y el decremento de conductas de riesgo.

A pesar de que la prevención ofrece alternativas positivas en el campo de la salud, ésta se ha tenido que enfrentar hasta el día de hoy a diferentes obstáculos. Amigo, Fernández y Pérez (1998) mencionan algunos de ellos:

Actitudes y pautas culturales.

Dentro de la cultura occidental, la salud se considera como uno de nuestros valores más apreciados y de hecho así se verbaliza en muchas conversaciones cotidianas que giran en torno a ese tema. La cuestión está en que existen otros valores que también ocupan una posición muy alta dentro de nuestra jerarquía

cultural y que entran en clara contradicción con el de la salud. Tener éxito, vivir cómodamente o experimentar sensaciones muy fuertes son algunas de las motivaciones que se oponen, en muchos casos, al comportamiento saludable. Una segunda actitud que dificulta los esfuerzos de prevención es la equiparación que se hace de la buena vida y los hábitos poco saludables. Habría que añadir que la continua publicidad sobre el poder de la tecnología médica para curar a través de trasplantes, órganos artificiales y técnicas quirúrgicas puede servir como justificación para no emprender medida preventiva alguna. Finalmente, no se debe olvidar que existen importantísimos intereses económicos montados sobre el actual estilo de vida.

La naturaleza de los hábitos saludables.

La dificultad de la prevención se sitúa también en la propia naturaleza de los hábitos saludables. Mientras que muchas de las conductas que pueden ser perniciosas para la salud (fumar, beber en exceso, las prácticas sexuales poco seguras, etcétera) llevan casi siempre una gratificación inmediata que las refuerza positivamente, los hábitos de salud, por el contrario, suponen casi siempre, una demora de la gratificación, por lo que, cuando ambos tipos de conducta entran en contradicción, existe una menor probabilidad de ocurrencia de las conductas saludables.

Las estrategias de prevención que suponen un retraso, eliminación o atenuación de la gratificación inmediata para prevenir la enfermedad son menos probables en el repertorio del ser humano que aquellas conductas que llevan a la gratificación inmediata.

La estructura del sistema sanitario.

Desarrollado sobre el modelo biomédico, su objetivo primordial es el tratamiento y la curación de la enfermedad, por lo que no es de extrañar que los profesionales de la salud sean entrenados, fundamentalmente, en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades específicas. Hay, además, reforzadores positivos muy potentes,

como el prestigio, las retribuciones dinerarias o un cierto sentido de capacidad profesional, muy ligados a la medicina curativa. Por el contrario, los esfuerzos por la prevención se acompañan de muy poco reforzamiento.

El actual modelo sanitario descansa sobre la relación privada médico-paciente, la cual es perfectamente válida para el tratamiento de la enfermedad pero es menos efectiva para la prevención. Si bien la relación personal entre médico y enfermo puede tener una notable influencia en la adhesión a las recomendaciones médicas, la dependencia de este tipo de contacto para la prevención de la enfermedad en el ámbito de la población general no parece ser muy efectiva.

3.2.1 La promoción de la salud como estrategia de prevención.

En el mundo occidental desarrollado, cuyos problemas son muy diferentes a los del resto del mundo, la promoción de la salud tomó auge a partir del documento producido en 1974 por el gobierno de Canadá titulado oficialmente "A New Perspective on the Health of Canadians", conocido también como "informe Lalonde" por el apellido del ministro de salud que lo auspició. Este documento enfatizaba la promoción de la salud como medio para enfrentar los problemas de la salud que aparecían como significativos en la población de ese país, y la definía (la promoción de la salud) como "el proceso para capacitar a las personas para aumentar el control y mejorar su salud" (Lalonde, citado en Morales, 1999) En la llamada "Carta de Ottawa", documento final de la reunión realizada en esa ciudad en 1986 con la aceptación de la OMS, se dice que la promoción de la salud

Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la riqueza de la vida cotidiana {...} Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las

aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud.

Otras definiciones de lo que se considera promoción de la salud son las siguientes:

- La promoción de la salud es el conjunto de medios y estrategias encaminados a procurar la adopción de unos hábitos de vida saludables. (Gallar, 1998)
- La promoción de la salud es un término relacionado con la salud y su referente que es la salutogénesis, siendo así, la promoción más que la evitación de la enfermedad o del riesgo de la misma (lo cual se entiende como prevención), entendiendo a la promoción de la salud como el conjunto de acciones dirigidas a la protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud, a través de la elaboración, aplicación y evaluación de programas y actividades con el fin de educar, proteger, mantener e incrementar la salud en el ámbito individual, grupal o comunitario (Trejo, 2001)
- “Proceso de capacitación de la población para que incremente el control sobre su salud, y, de esta forma, la mejore”. Este concepto surge dentro de la Salud Pública como resultado de la integración de conocimientos y actitudes procedentes de otras áreas como son educación, administración, planificación, evaluación, etcétera, así pues la promoción de la salud implica a todos aquellos agentes sociales que tienen una responsabilidad definida en la situación de sus “determinantes” (Orts y Ballester, 1997)
- La promoción de la salud incluye todas las acciones tendientes a conseguir alimentación, vivienda, educación, empleo, condiciones económicas, recreación, descanso, cultura, ausencia de enfermedad, etcétera. (Álvarez, 1998)

El concepto de promoción de la salud enfatiza el papel de los individuos, grupos y organizaciones como agentes fundamentales del desarrollo de las prácticas y políticas de salud para mejorar el bienestar individual y colectivo.

La promoción de la salud tiene como objetivo fundamental de sus intervenciones la adquisición y mantenimiento de comportamientos saludables y, por tanto, la mejora de la calidad de vida. (Amigo, Fernández y Pérez, 1998)

Las acciones de promoción de la salud deben tener, por tanto, carácter multisectorial (no son exclusivas del sector salud) y multidisciplinario (tampoco son exclusivas de la medicina), y deben implicar un importante compromiso con las autoridades políticas. De acuerdo con Martínez Calvo (1994, citado en Morales, 1999) las acciones de promoción de la salud pueden definirse como el “conjunto de elementos básicos para realizar las políticas sanitarias orientadas a una estrategia poblacional de salud, y se resumen en:

- Elaboración de una política pública sana.
- Creación de ambientes favorables.
- Reforzamiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de las aptitudes personales.
- Reorientación de los servicios sanitarios.

Las actividades de promoción de la salud, serían medios para la acción, concretamente, la forma de ejecutar en la práctica las acciones de promoción, los que se resumen en:

- Determinar “modelos de salud”.
- Fomentar estilos de vida sanos.
- Establecer estrategias de comunicación social.
- Desarrollar técnicas de trabajo comunitario.

Mediante la promoción de la salud se pretende asegurar condiciones sociales y económicas que garanticen el bienestar general, que propendan a la salud y eliminen o modifiquen los factores que fomentan y mantienen conductas

inadecuadas de salud y condiciones sanitarias y ambientales poco apropiadas; defender movimientos sociales y desarrollar política pública que fomente la salud como un valor, prioridad y derecho, la participación activa de las personas en la modificación de condiciones sanitarias y de comportamientos, fortalecer en la población las capacidades y destrezas que le permitan adoptar decisiones saludables y proporcionar apoyo social y político a la acción sanitaria.

La promoción de la salud implica la combinación de educación para la salud e intervenciones políticas, económicas y organizacionales que faciliten lograr cambios de comportamiento o modificaciones del medio ambiente conducentes a fortalecer o preservar la salud.

En este enfoque se visualiza la promoción de actitudes y conductas de salud positivas, el acceso a servicios de salud, desarrollo de un ambiente conducente a la salud, el fortalecimiento de redes sociales y apoyo social, se enfatiza un acercamiento integrado a través de la participación de la comunidad como socio activo en la toma de decisiones, la cooperación intersectorial y el diseño e implantación de planes de acción y política pública. (Rodríguez y Rojas, 1998)

En la promoción de la salud, la responsabilidad individual contribuirá a la búsqueda de la propia salud haciendo los cambios necesarios en el estilo de vida para mantener la salud individual y colectiva, sin embargo, esta no es la base del mantenimiento de la salud, sino que también depende del ambiente social, económico y político. (Trejo, 2001)

La promoción de la salud implica la intervención de acciones políticas, económicas y organizacionales, pero también involucra a la educación para la salud, siendo esta la estrategia básica de intervención, así como en la prevención de la enfermedad, dicha estrategia debe dirigirse a que las personas tengan la necesidad de cuidar de ellos mismos, de su familia y de su comunidad, con el fin

de modificar conductas o adquirir nuevos hábitos para la conservación de su estado de salud. (Cardaci, 1997, citado en Trejo, 2001; Romero, 2002)

La promoción y el fomento de la salud, como parte de la atención médica integral, no pueden limitarse a la prevención y tratamiento de las enfermedades, sino que debe influir favorablemente en todo aquello que contribuya al bienestar de los individuos y a la mejoría de su nivel de vida. El fomento de la salud es por tanto, una importante labor del personal de salud, que se promueve mediante la educación, y ésta se dirige a los individuos para que mantengan en un estado saludable las condiciones en las que viven. (Álvarez, 1998)

En México, en los programas de promoción de la salud se tiene como objetivos básicos prevenir y controlar la enfermedad, influir en la sociedad logrando estilos de vida saludables, proporcionar a la comunidad información sobre el proceso de la enfermedad y las acciones que se pueden realizar para evitarla o controlarla si ya esta presente y buscar el apoyo social para lograr un entorno medioambiental que elimine riesgos de problemas de enfermedad. (Trejo, 2001)

La promoción de la salud se encamina al fortalecimiento de los factores protectores a niveles individual y familiar, e incluye todas las acciones educativas que proveen información a los núcleos familiares, con el fin primordial de efectuar cambios en la conducta y en los comportamientos de los sujetos. (Jáuregui y Suárez, 1996; citados en Trejo, 2001)

3.2.1.1 La educación para la salud como herramienta en la promoción de la salud.

La educación para la salud es una herramienta inseparable a la promoción de la salud. La idea fundamental que dimana de la promoción de la salud es que su objetivo último, más que prolongar los años de vida, lo que pretende es que los vivamos mejor.

Son muchas las definiciones relativas a la Educación para la salud que distintos profesionales teóricos y aplicados han propuesto. Unas subrayan la importancia

de aspectos relacionados con las actitudes o los hábitos como es el caso de la de Wood: “la educación sanitaria consiste en la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud del individuo y de la comunidad (Wood, 1926, citado en Orts y Ballester, 1997) Otras inciden más en cuestiones de tipo metodológico o didáctico como la de Costa y López quienes definen a la Educación para la Salud como “Un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo.” (Costa y López, 1996, citado en Orts y Ballester, 1997)

La conceptualización de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1983 sobre la educación para la salud dice que es cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite.

Existen algunas otras definiciones de lo que es educación para la salud, entre las que se encuentran las siguientes:

- La educación para la salud se constituyó formalmente como disciplina en 1921, fue definida como el proceso educativo que tiende a que los ciudadanos se comprometan con la defensa de la salud individual y colectiva (Cardaci, 1997, citado en Trejo, 2001)
- “Proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables, y a hacer difíciles las prácticas de riesgo” (Costa y López, citados en Gallar, 1998)
- Es la combinación de experiencias de aprendizaje y acciones sociales diseñadas para que las personas adquieran control sobre su salud y las condiciones que afectan su estatus de salud y los de otras. (Rodríguez y Rojas, 1998)

- Actividad del primer nivel de prevención para la promoción de la salud de individuos, de las familias y de la colectividad. (Álvarez, 1998)

El objetivo de la educación para la salud no es simplemente presentar hechos que rellenen un vacío sino presentar los hechos de forma tal que el individuo tienda a modificar sus creencias. (Muir y Fowler, 1990)

La educación para la salud contribuye a la salud de la población: facilitando a los individuos y grupos el alcanzar las metas que éstos se han establecido en relación con su salud; aumentando y manteniendo la calidad de vida; previniendo muertes innecesarias, enfermedades e incapacidades; aumentando la interacción humana y la autonomía de los pacientes en escenarios de cuidado y tratamiento.

Un acercamiento responsable de educación para la salud debe incluir planes para: (Rodríguez y Rojas, 1998)

1. El aumentar la conciencia pública sobre los asuntos identificados como de interés comunitario o de situaciones que lo afectan.
2. Aumentar la capacidad de los líderes comunitarios o personal de los programas a través de adiestramientos.
3. Aumentar las alianzas y colaboración con otros sectores y grupos organizadores que pueden ayudar a mejorar la salud.

CAPITULO 4

EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) Y SU PARTICIPACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD PREVENTIVA.

4.1 La transición institucional.

La conformación de las instituciones de salud obedece a múltiples determinaciones. En un plano general, los perfiles de las instituciones de salud se delinearán desde los procesos económicos y sociales como la Revolución Industrial, que precipitó fenómenos como las transiciones demográficas y la urbanización de muchos países.

Estos acontecimientos se encuentran en la base de las transiciones epidemiológicas y de riesgos de la salud. En un plano más particular de determinación destacan los factores epidemiológicos, en la medida en que la naturaleza de los padecimientos y su comportamiento definen buena parte del diseño y establecimiento de las estrategias de acción. El cuadro sería incompleto si no se menciona que la capacidad de respuesta institucional también depende de la disponibilidad de recursos técnicos y humanos; de las posibilidades que ofrezcan los marcos legales para la concertación y el despliegue de las acciones de salud en todos los niveles sociales, y de los alcances y limitaciones del conocimiento y la tecnología médicas que, con frecuencia marcan la frontera entre lo deseable y lo posible.

Los procesos revolucionarios también influyen en las prácticas sanitarias. La preocupación por la salud y la demanda de acciones institucionalizadas, por ejemplo, han sido elementos constantes desde la Revolución francesa. En el caso concreto de México, la configuración actual de las instituciones de salud se

encuentra todavía marcada, en buena medida, por los planteamientos surgidos por la Revolución mexicana y concretados en el proyecto de nación elaborado entre los años treinta y cuarenta. (Sepúlveda, 1994)

Durante el periodo colonial mexicano, la iglesia católica fue la principal institución que prestó servicios médicos. La iglesia, por ende, detentaba el monopolio conceptual de la explicación de la salud y la enfermedad, entendida como gracia y castigo divino, respectivamente. La institución religiosa ofrecía diferencialmente sus servicios, dependiendo de la condición social de los habitantes de la época.

Durante la época de las reformas juaristas las instituciones de salud se modificaron por las presiones del naciente orden civil, fortalecido con las ideas de los enciclopedistas franceses sobre las concepciones teológicas. Como resultado de ese enfrentamiento se canceló la idea de la caridad cristiana como prestadora de servicios médicos. Al mismo tiempo, y de forma gradual, los religiosos fueron dejando a los médicos el papel protagónico que desempeñaban en los hospitales. A partir de esas reformas, y con las leyes de desamortización de los bienes eclesiásticos, la ideología que abanderó los servicios médicos cambió la caridad por la idea de beneficencia pública.

La revolución científica ocurrida en Europa durante el siglo XIX que culminó con la emergencia de la teoría microbiológica, transformó radicalmente las concepciones de salud y enfermedad. Este nuevo enfoque llegó a México durante el porfiriato y, a través del consejo Superior de Salubridad, permitió combatir la viruela, la fiebre amarilla y la peste bubónica que, entre otros padecimientos epidémicos, diezmaron periódicamente a la población.

El impacto de la microbiología, que aportó buena parte del material para la teoría monocausal de la enfermedad y de la etiología específica en la terapéutica médica, modificó también la concepción de salud que giraba en torno a la idea de la gracia divina. A partir de entonces la salud se relacionó con lo biológico y lo

social. La prestación de servicios, por su parte, se rigió conceptualmente por la corriente francesa del higienismo.

La Revolución Mexicana transformó el orden social porfirista, aunque mantuvo vigentes los criterios científicos de la enfermedad. El Consejo Superior de Salubridad se convirtió en el Departamento de Salud Pública, y una vez consumada la pacificación del país e instaurado el nuevo orden posrevolucionario, Lázaro Cárdenas promovió un cambio de concepción en la prestación de servicios de salud que diera congruencia a las nuevas condiciones económicas y sociales con un aparato institucional modernizado.

En 1937 se creó la Secretaría de la Asistencia Pública, cuyo contenido ideológico resumía las obligaciones sociales del gobierno con la población mexicana, a la que debía asistir en sus necesidades básicas. En 1943, y ante la expectativa de la industrialización del país, se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el fin de atender a la clase obrera mexicana. Ese mismo año se instituyó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), mediante la fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de la Asistencia Pública. A partir de entonces la nueva institución se encargó de atender a la población que no era considerada en el proyecto del IMSS.

Para atender a otros grupos, como las fuerzas armadas o los trabajadores de Petróleos Mexicanos, se crearon instituciones específicas. Lo mismo sucedió en 1959 en relación con los empleados estatales, para quienes se fundó el Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Esta diversidad de órganos de atención a la salud obedeció, sobre todo, a la diferenciación social engendrada por la Revolución. Durante el porfiriato la economía mexicana era predominantemente agrícola, y casi toda la población productiva era campesina. La Revolución Mexicana fue un movimiento social que

trastocó la producción del sector agrícola, cambiando el rumbo de la economía mexicana hacia un proyecto nacional industrializador.

En la década de los cuarenta surgieron dos nuevos fenómenos sociales que influyeron directamente en la manera en que se organizaban los servicios médicos en el país: el crecimiento demográfico y la urbanización acelerada, los cuales produjeron modificaciones de gran envergadura en el campo de la salud. (Sepúlveda, 1994)

La diversidad institucional del Sector Salud y su consecuente cobertura selectiva, agravada por la segmentación de la prestación de los servicios, la cual benefició a los grupos con mayor capacidad de presión en el sector industrial y urbano, terminó por padecer serias limitaciones para extenderse a las poblaciones rurales y al sector informal de la economía. El modelo flexneriano de atención médica que predominaba en el mundo y que fue adoptado en México durante esos años, se convirtió en un obstáculo más para la extensión y la equidad de la cobertura.

El hecho de que, desde su origen, las instituciones de salud estuvieran orientadas a la atención de distintos universos poblacionales, ha determinado que su articulación funcional sea una tarea sumamente compleja. Los problemas derivados de la diversidad institucional –duplicidad de funciones, ineficiencia en el financiamiento, mala calidad en la atención y una deficiente distribución de los recursos físicos humanos- se han convertido en un obstáculo para el desarrollo del país, pues mientras hay poblaciones privilegiadas en el acceso a una gama amplia de servicios de salud, que incluye los de alta especialidad, vastos sectores de la población no cuentan aún con los servicios básicos del primer nivel de atención.

En las últimas décadas, a los problemas inherentes a la organización del sistema de salud nacional se han agregado también los que resultaron del acelerado cambio en el perfil epidemiológico. El crecimiento de la población y su envejecimiento paralelo harán que en pocos años la demanda de servicios

hospitalarios y de alta complejidad sea mayor a la oferta disponible –que en la actualidad ha quedado casi rebasada-. Al mismo tiempo surge la pregunta de si la sociedad está lo suficientemente preparada como para recibir un número cada vez mayor de ancianos y discapacitados.

El envejecimiento poblacional implica la creación de una amplia estructura de servicios hospitalarios y de salud pública, y de una compleja red de apoyo social que también sostenga a un enorme grupo cuyas características le impedirán – por sus propias condiciones- incorporarse activamente en los procesos productivos.

En términos generales, esta situación constituye un nuevo reto para la prestación de servicios preventivos y asistenciales, debido a su naturaleza crónica, dependiente de la atención hospitalaria, especializada y de alto costo. A este patrón se incorporan además, nuevas patologías –propias de los estilos de vida de una sociedad industrializada- que requieren de nuevos métodos en cuanto a su prevención y control.

Debido a lo anterior, y a la importancia que están adquiriendo las muertes por enfermedades crónico-degenerativas, es necesario emprender programas para la detección temprana de estos padecimientos, de manera que se pueda detener, y en su caso, retrasar el proceso degenerativo. El uso óptimo de los servicios médicos de primer nivel, la mejora sustancial de posprogramas preventivos y la modificación de los estilos de vida son fundamentales para controlar este problema, que involucra a un número cada vez mayor de grupos de la población y cuyo tratamiento representa un gasto enorme para los servicios médicos. (Sepúlveda, 1994)

Es por ello que el Instituto Mexicano del Seguro Social, se ha preocupado por renovar las estrategias de salud a nivel preventivo, siendo una de ellas, la implementación de los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS).

4.2 PREVENIMSS.

Los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) hacen referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de sus derechohabientes y es parte del proceso de mejora de atención médica.

Los Programas Integrados de Salud son una estrategia de prestación de servicios, que tiene como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades, y la salud reproductiva, ordenándolas por grupos de edad. (IMSS, 2003)

Para tal fin, la Dirección de Prestaciones Médicas estableció cinco programas integrados:

- Salud del niño (de 0 a 10 años)
- Salud del adolescente (de 10 a 19 años)
- Salud de la mujer (de 20 a 59 años)
- Salud del hombre (de 20 a 59 años)
- Salud del adulto mayor (mayores de 59 años)

La conformación de estos grupos etáreos obedeció a razones de índole biológica, epidemiológica y operativa. Es conveniente señalar que además de estos cinco Programas Integrados de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social lleva a cabo otros programas de carácter preventivo que son los relativos a la Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vector (paludismo y dengue) Urgencias Epidemiológicas, Apoyo en Desastres y Seguridad e Higiene en el Trabajo, de enorme importancia sanitaria pero que por su naturaleza no se incluyen dentro de esta estrategia.

4.2.1 Justificación.

Las razones que justifican la adopción de la estrategia de Programas Integrados obedecen a necesidades de naturaleza muy diversa. Las principales son las siguientes:

Cambiar el enfoque de los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de la protección de la salud de grupos poblacionales bien definidos, con el fin de elevar su impacto mediante acciones simultáneas y coordinadas.

Ordenar y agrupar los numerosos programas de salud pública y de salud reproductiva, con el fin de facilitar las tareas de los trabajadores responsables de su ejecución. Al término de la década pasada se desarrollaban 39 programas específicos, justificados, todos ellos, pero que hacían complicado el trabajo de los equipos de salud, sobre todo el de los ubicados en las unidades de medicina familiar; mediante la estrategia de Programas Integrados se reagrupan en cinco.

Integrar y coordinar las acciones relacionadas con los programas antes señalados, actualmente fragmentadas en múltiples servicios: consulta externa, medicina preventiva, fomento de la salud, trabajo social, nutrición y dietética, atención materno-infantil, planificación familiar y estomatología preventiva.

Ordenar, simplificar y agilizar la prestación de los servicios en las Unidades de Medicina Familiar.

Avanzar en el propósito de proporcionar atención integral de salud, como estrategia para la provisión simultánea y coordinada de acciones preventivas y curativas.

Contribuir a la recuperación del propósito original de la medicina familiar: la atención integral de la familia.

4.2.2 Antecedentes.

Los Programas Integrados de Salud se basan tanto en experiencias nacionales como de otros países, en propuestas de organismos internacionales y en el

Programa de Trabajo de la Dirección de Prestaciones Médicas. Algunas de ellas son las siguientes:

1993 Atención Integrada de la Salud del Niño. Tlaxcala. Héctor Guiscafré. IMSS-SSA.

1995 Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). OMS-UNICEF.

1995 Programa Institucional de Atención Integral al Menor de Cinco Años (PAIM). Dirección de Prestaciones Médicas. IMSS.

1995 Programa de Atención de la Salud del Niño. CONAVA-SSA

1999 Lineamientos para la Atención Médica Integral para Grupos Étéreos. Coordinación de Atención Médica. IMSS.

2000 Claeson M & Waldman R. The evolution of child health programmes in developing tries: from targeting diseases to targeting people. Bulletin of the World Health Organization; 78(10): 1234-1245. 2000.

2001 Programa de trabajo 2001-2006. Coordinación de Salud Comunitaria. IMSS.

2001 Programa de trabajo 2001-2006. Dirección de Prestaciones Médicas. IMSS.

El objetivo general de los Programas Integrados de Salud es mejorar la calidad de atención en las unidades de Medicina Familiar; y los objetivos específicos de estos programas son:

Otorgar a cada derechohabiente un conjunto de acciones preventivas y educativas para la protección de su salud.

Mejorar la satisfacción de los derechohabientes y estimular su participación corresponsable en el cuidado de la salud.

Facilitar las tareas de los equipos de salud y mejorar la utilización de los recursos.

Elevar la cobertura y el impacto de los programas de salud

Para lograr los objetivos planteados, se establecieron una serie de estrategias de acción, a saber:

1. Información a la población.

Con el propósito de que los derechohabientes participen en forma corresponsable en el cuidado de su salud, será necesario que conozcan los programas que para este fin desarrolla el instituto.

Líneas de acción:

Establecimiento de un sistema institucional de cartillas de salud para cada grupo de edad que se entregan a todos los derechohabientes, desde el momento en que se dan de alta en las unidades de adscripción.

Elaboración y distribución de guías para el cuidado de la salud, también para cada grupo de edad y para todos los derechohabientes.

Desarrollo de un programa de comunicación social en medios electrónicos.

Promoción de los programas integrados en coordinación con: Dirección de Prestaciones Sociales; Coordinación de Orientación y Atención al Derechohabiente.

Desarrollo de un Programa de Educación y Capacitación para la salud acorde con los componentes de los Programas Integrados.

2. Capacitación.

La implantación de los Programas Integrados de Salud debe ser precedida y acompañada de un programa de capacitación para todo el personal, con el énfasis en el primer nivel de atención.

Líneas de acción:

Actualización de la normatividad:

Elaboración y distribución de guías prácticas que permitan la identificación y la periodicidad de las actividades en cada uno de los componentes para cada grupo de edad.

Elaboración y distribución de guías técnicas que describan los procedimientos relacionados con cada uno de los componentes y de fácil consulta.

Incorporación de todos los trabajadores IMSS a los Programas Integrados de Salud con el propósito de que se beneficien de éstos y participen en su promoción y difusión.

Elaboración de un cronograma de actividades para la capacitación del 100% de los trabajadores de las unidades de primer nivel.

3. Reorganización de los servicios en las unidades de medicina familiar con base en las propuestas que se elaboren en el nivel operativo.

Líneas de acción:

Diseño de diferentes modelos operativos de acuerdo a:

- Tamaño de las unidades médicas.
- Recursos disponibles.
- Variaciones regionales.

Diseño de un mecanismo de coordinación entre los servicios de las unidades del primer nivel, para hacer efectivo el liderazgo del médico familiar en la conducción, cumplimiento y evaluación del programa de salud en cada derechohabiente y en la población de su responsabilidad.

Certificación de las unidades médicas que demuestren que los cambios en su organización permiten la ejecución de los programas integrados.

Elaboración de un cronograma para la certificación de todas las unidades de medicina familiar.

4. Supervisión.

Como cualquier programa de salud, debe incluir la supervisión sistemática.

Líneas de acción:

Diseño de los instrumentos y del sistema de supervisión integral con la participación del nivel normativo, delegacional y operativo.

Desarrollo de un cronograma de supervisión que incluya el nivel delegacional y todas las unidades de medicina familiar.

5. Sistema de información.

El sistema de información de los Programas Integrados de Salud forma parte del sistema único de información en salud.

Debe simplificar las tareas que actualmente realiza el personal del nivel operativo y fomentar la cultura del análisis de la información.

Líneas de acción:

Desarrollo de un formato único que permite registrar tanto las acciones curativas como las preventivas

Desarrollo de programas de cómputo que permitan conocer:

- El cumplimiento de los programas integrados de salud en cada derechohabiente
- Las coberturas de cada uno de los componentes en:
 - Población adscrita a médico familiar.
 - Población adscrita a unidad médica.
 - Población delegacional.

Capacitación del personal delegacional y de las unidades médicas para el registro, captura, codificación y operación del sistema de información.

6. Evaluación.

Líneas de acción:

Uso del sistema de información para la construcción de indicadores de Coberturas.

Uso del sistema de vigilancia epidemiológica para la construcción de indicadores de impacto.

Realización de encuestas de salud con base poblacional y representatividad a nivel delegacional.

Diseño, edición y distribución de boletines.

7. Identificación de necesidades y gestión de recursos.

Se identificarán necesidades en relación con:

- Personal.
- Áreas físicas.
- Equipo.
- Insumos.
- Presupuesto etiquetado.

La promoción de la salud y en particular la educación, son la piedra angular sin la cual no será posible que las personas participen en el cuidado de su salud. Hasta ahora, la educación a los derechohabientes esencialmente se da en la consulta médica, en la que se utilizan diferentes rotafolios de escritorio, para informar a la población aspectos de salud relacionados con una programa particular. Hasta aquí la educación se da de manera individual, limitada al consultorio, es breve, con el agravante de que el motivo de consulta y la información recibida no necesariamente se encuentran vinculadas, así como tampoco lo están la información recibida y las necesidades educativas.

Por estas razones, si se quiere que los derechohabientes participen corresponsablemente para alcanzar mejores condiciones de salud, la educación tiene que darse de manera organizada en la unidad médica, además de la que se otorga en la consulta.

Para lograr este objetivo, los trabajadores de la salud deben recordar que el éxito de su trabajo se basa en la preparación profesional de cada una de las sesiones educativas, tomándolas con la seriedad y responsabilidad que ameritan. Cada vez que se encuentren ante un grupo, tendrán la gran oportunidad de transmitir mensajes o conocimientos que deberán repercutir en la preservación de la salud de los derechohabientes.

CAPÍTULO 5

EL PAPEL DEL PSICÓLOGO DENTRO DEL PROGRAMA PREVENIMSS

En el marco histórico que presenta actualmente nuestro país en el que converge la presencia de enfermedades crónico-degenerativas que corresponden a países del tercer mundo, así como las denominadas infecto-contagiosas propias del primer mundo; marcan la imperiosa necesidad de establecer e implementar líneas de acción que respondan a estos planteamientos, surgiendo así los Programas Integrados de Salud ahora llamados PREVENIMSS.

Los Programas Integrados de Salud, se reconocen como una estrategia de prestación de servicios, que tienen como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas como promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades y la salud reproductiva; estimulando de esta forma la cultura del autocuidado.

Estos programas fueron diseñados con fundamento de índole biológico, epidemiológico y operativo a través de cinco programas que corresponden a diferentes grupos etáreos (Chávez, 2003)

Debido a que en éstos programas se destacan algunas de las áreas de acción del psicólogo, se hace necesaria su presencia dentro del desempeño de las actividades propias del programa. En el caso de la Unidad de Medicina Familiar No. 20, la participación del psicólogo dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social y dentro de los Programas Integrados de Salud PREVENIMSS, se inscribe en el servicio de “PROMOCIÓN DE LA SALUD” cuya misión es:

“Promoción de la atención integrada en la vigilancia de la nutrición, crecimiento, desarrollo y prevención, detección y control de enfermedades, con actividades

dirigidas a preservar la salud, fomentando estilos de vida saludable, incidiendo en los factores de riesgo modificables y no modificables, con el fin de disminuirlos y/o eliminarlos a partir de la educación para la salud, autocuidado y concientización del individuo que nos conduzcan al mejoramiento en la calidad de vida, dando como resultado una cultura de la Salud en la población adscrita a la UMF No.20”

Y cuya visión es:

“Estamos en camino hacia un nuevo concepto en la Salud”

Partiendo de la misión y de la visión de dicho servicio, se plantean, entonces, los objetivos a alcanzar por el mismo:

Objetivo general:

- Contribuir a mejorar la calidad de vida y la salud de la población derechohabiente de la UMF No.20, a través de la atención integrada en los diferentes grupos etáreos.

Objetivos específicos:

- Otorgar atención integrada a los diferentes grupos etáreos.
- Identificar y fomentar los factores protectores en la población derechohabiente mediante la atención integrada.
- Identificar y prevenir los factores de riesgo en la población derechohabiente mediante acciones específicas.
- Incrementar el nivel de salud de la población derechohabiente.
- Propiciar estilos de vida saludables de la población derechohabiente, en cada uno de los universos de atención de la UMF No. 20.
- Disminuir la morbi-mortalidad.
- Generar el autocuidado en la población hacia una cultura de Salud en la UMF No. 20. (IMSS, 2002)

Como puede notarse, muchos de los objetivos propios del servicio están relacionados con los objetivos de los Programas Integrados de Salud, mismos que se complementaron con los ya existentes en el servicio en el momento de implementar los programas de forma activa a las acciones realizadas por el personal del servicio.

Dentro del servicio se contaba con la participación de un médico epidemiólogo como titular del servicio y diferente “personal de apoyo” que la mayoría de las veces era eventual, pues tenían una duración corta y definida en el servicio.

Algunos de los profesionales que constituían el personal de apoyo eran enfermeras (en su mayoría), médicos residentes de medicina familiar, trabajadoras sociales y psicólogos.

El psicólogo es un profesional de la salud que encuentra mucha demanda en sus servicios dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, no obstante, no existen plazas como tal, para dichos profesionales, por lo que el trabajo realizado en el servicio también fue considerado como de apoyo y temporal.

Las actividades realizadas por el psicólogo en el servicio de Promoción de la Salud y enmarcadas por las actividades propias de los PREVENIMSS, en el período de Enero a Diciembre del año 2002 fueron las siguientes:

- **Promoción de los Programas Integrados de Salud (Todos los grupos etáreos).**

Dicha promoción era de forma verbal en los pasillos de la UMF, así como la elaboración de material didáctico y visual con la información básica de los beneficios del PREVENIMSS para los derechohabientes.

Se invitaba a las personas a realizar los trámites necesarios para la obtención de sus nuevas cartillas de salud y citas médicas, mismas que eran proporcionadas por el equipo de Promoción de la Salud.

Se pedía a las personas que ya tuvieran su cartilla, pasaran a los diferentes servicios de la unidad a realizarse las detecciones oportunas de diversas enfermedades y se informaba e invitaba a los derechohabientes la oportunidad de asistir a las sesiones educativas coordinadas por trabajo social, sobre temas de salud de interés general para la prevención de enfermedades y la conservación de la salud mediante el aprendizaje activo de hábitos y conductas saludables.

La información impresa se colocaba en sitios estratégicos en los que el derechohabiente tuviera acceso a ella y se remitía al servicio de Promoción de la Salud para mayores informes.

- **Manejo y organización de grupos de ayuda con diferentes grupos etáreos.**

La conformación y manejo de grupos de ayuda al interior de la unidad es un factor primordial de las actividades de los PREVENIMSS, que regularmente se establecía como actividad del psicólogo de la clínica; no obstante, los “grupos de ayuda” eran manejados por trabajo social y el psicólogo de Promoción de la Salud solo tenía una participación reducida a otorgar sesiones educativas sobre diferentes temas de salud.

Es de interés destacar que los grupos que maneja trabajo social al interior de la unidad se limitan a reunir a personas que compartan características específicas como el padecimiento de alguna enfermedad (diabetes, hipertensión, etcétera) y que correspondan al mismo grupo de edad que manejan los PREVENIMSS, sin importar si las personas que asisten a las sesiones educativas son las mismas o no a lo largo de las sesiones planeadas para ese grupo específico.

El enfoque de estos grupos se centra en el daño; y su objetivo se dirige a otorgar información al paciente de su enfermedad y la forma de controlarla, haciéndolo así, participante activo del cuidado de su salud.

- **Participación en la elaboración de diagnósticos a empresas con el equipo multidisciplinario de Seguridad e Higiene.**

El psicólogo del servicio de Promoción de la Salud participa con el equipo multidisciplinario de Seguridad e Higiene del Instituto, para hacer visitas de diagnóstico a diversas empresas que así lo solicitan o que el mismo equipo de Seguridad e Higiene cree conveniente por el alto número de accidentes e incapacidades registradas por dicha empresa.

El trabajo del psicólogo consiste en redactar un informe de las características específicas del área de promoción de la salud de las cuales la empresa carezca con respecto al personal que ahí labora. Esto se lleva a cabo durante no más de dos visitas guiadas a las instalaciones de la empresa en cuestión, en donde existe la posibilidad de escuchar las inquietudes de los directivos de la misma con respecto al posible apoyo del personal de Salud para sus trabajadores. Una vez elaborado el informe, el psicólogo del servicio debe presentar una propuesta de trabajo con el personal de la empresa, que tenga por objetivo incidir en el déficit encontrado en la empresa a través del diagnóstico, apoyado por las actividades del resto del equipo de Seguridad e Higiene.

- **Elaboración y aplicación de talleres en empresas con diversos temas tales como:**
 - **Autoestima.**
 - **Control y manejo de estrés.**
 - **Adicciones.**
 - **Sexualidad.**

Dichos talleres se enmarcan en las actividades del equipo de Seguridad e Higiene de la UMF, y tal como se menciona en el apartado anterior, tienen como objetivo incidir en el déficit encontrado en la empresa a través del diagnóstico realizado con anterioridad.

- **Elaboración y aplicación de talleres en la UMF con diferentes grupos etéreos sobre temas de:**
 - **Adicciones.**
 - **Sexualidad.**
 - **Autoestima.**
 - **Comunicación.**

La elaboración y aplicación de talleres para derechohabientes de la unidad no es una prioridad del servicio de Promoción de la Salud, no obstante, dicha actividad surge de la petición de los mismos derechohabientes tras las intervenciones del psicólogo en los grupos organizados por trabajo social. Los talleres tenían una duración de 10 horas y se impartían una vez por semana. En dichos talleres se requería la participación activa de los derechohabientes, así como la constancia en la asistencia a los mismos.

- **Entrega informada de cartillas de salud y citas médicas y de guías para el cuidado de la salud.**

Esta actividad tampoco forma parte de las acciones del servicio. Se originó de la disposición del equipo de Promoción de la Salud para iniciar la entrega informada de cartillas, dado que ningún otro servicio se hacía responsable de ello; además de que el servicio de Promoción de la Salud, debía iniciar con la difusión de los PREVENIMSS de forma inmediata y se requería la entrega de las cartillas para dicho proceso.

Al otorgar la cartilla de salud y citas médicas al derechohabiente, el psicólogo debía dar atención personalizada, explicando cada uno de los rubros contenidos en la cartilla. Dando información sobre las actividades ofrecidas por la UMF No. 20 para beneficio del derechohabiente y la conservación de su salud. Junto con la cartilla, se les otorgaba la Guía para el cuidado de la salud y se realizaba el trámite de actualización de datos en el sistema de la unidad, apoyados con el servicio de Control de Prestaciones.

- **Participación en el módulo de Promotoras Voluntarias y difusión de PREVENIMSS.**

Las Promotoras Voluntarias son un grupo de mujeres que realizan actividades altruistas dentro de las unidades de servicio médico del Instituto.

Su labor comienza con el “apoyo emocional” brindado a familiares de pacientes terminales en los hospitales encargados de atender a ésta población, estableciendo así, una red de apoyo y un enlace entre el derechohabiente y el personal de salud.

La labor del psicólogo en la participación del módulo de promotoras voluntarias se dirige a la orientación y otorgamiento de información al derechohabiente sobre los PREVENIMSS, su objetivo, los beneficios que ofrece al mismo y la forma de acceder a ellos; así como la canalización a los servicios correspondientes, mismos que participaban en la ejecución y alcance de los objetivos de los Programas Preventivos.

- **Análisis y dirección de lecturas comentadas sobre los PREVENIMSS con el equipo de trabajo del servicio y de la UMF.**

El equipo de trabajo de Promoción de la Salud inició el análisis del material correspondiente a los PREVENIMSS para la posterior difusión de la información tanto al personal de salud como a los derechohabientes, para lo cual, el psicólogo del servicio llevaba a cabo la organización de lecturas comentadas con el resto del equipo, con el objetivo de resolver dudas de manera grupal y de desarrollar estrategias de acción en la capacitación del personal de salud en los PREVENIMSS, así como de la difusión de los mismos con el derechohabiente.

- **Evaluación de necesidades y problemáticas del servicio de Promoción de la Salud.**

Al interior del servicio se realizaban evaluaciones periódicas de las necesidades y problemáticas presentadas en la ejecución de la labor que el equipo desempeñaba en la unidad. El psicólogo, al igual que el resto del equipo, presentaba un análisis de las necesidades del personal en cuanto a capacitación y manejo de estrategias para optimizar las actividades correspondientes a la difusión de los PREVENIMSS y, en general, para todas las actividades del servicio.

- **Realización de periódicos murales y difusión de información sobre temas diversos tales como:**

- **Día mundial del agua.**
- **Día mundial de la tuberculosis.**
- **Día mundial de la Salud.**
- **1ª Semana Nacional del Adulto Mayor.**
- **Día internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas.**
- **Día internacional del Adulto Mayor.**
- **Día internacional para la reducción de desastres naturales.**
- **2ª Semana Nacional del Adulto Mayor.**
- **Semana de Salud para la Gente Grande...**

- **Capacitación a los diferentes grupos etáreos sobre temas diversos tales como:**

- **Desarrollo psicomotor (Salud del niño 0-9 años).**

El movimiento del cuerpo le permite al ser humano realizar actividades y satisfacer sus necesidades. Las primeras experiencias de sensación de movimiento se tienen dentro del útero materno, es aquí donde el feto comienza a ejercer presión en contra de las paredes uterinas al movilizar sus extremidades, proporcionándose

retroalimentación sensorial táctil y propioceptiva (es decir, comienza a tomar conciencia de su propio cuerpo). Luego, después de nacer el niño continuará explorando su cuerpo (llevando sus manos a la boca, tocándose sus pies) y de esta forma ira dando cuenta de que posee un cuerpo y que puede utilizarlo para realizar actividades (ya sean tomar objetos, intentar gatear).

Este desarrollo, llamado "psicomotor", es decir el desarrollo de la capacidad de utilizar los sistemas sensoriales y músculo-esqueléticos para moverse, será la base del desarrollo de todas las demás áreas en el crecimiento de un niño. Será la base para el desarrollo cognitivo, del lenguaje y posteriormente del desarrollo social y emocional. (28-Diciembre-2004 Disponible en: http://ceril.cl/P36_D_psicomotor.htm)

- **Estimulación temprana (Salud del niño 0-9 años).**

La estimulación es un proceso natural, que la madre pone en práctica en su relación diaria con el bebé; a través de este proceso, el niño irá ejerciendo mayor control sobre el mundo que le rodea, al tiempo que sentirá mayor satisfacción al descubrir que puede hacer las cosas por sí mismo. La estimulación tiene lugar mediante la repetición útil de diferentes eventos sensoriales que aumentan, por una parte, el control emocional, proporcionando al niño una sensación de seguridad y goce, y por la otra, amplían la habilidad mental, que le facilita el aprendizaje, ya que desarrolla destrezas para estimularse a sí mismo a través del juego libre y del ejercicio de la curiosidad, la exploración y la imaginación. (Arango, Infante y López, 1998)

- **Prevención de muerte súbita (Salud del niño 0-9 años).**

Es causa de muerte de muchos bebés cada año en todo el mundo. En este síndrome un bebé aparentemente sano muere mientras duerme sin que haya explicaciones. No existe una sola causa, ni siquiera hay un acuerdo sobre si se

trata de una sola enfermedad o de una constelación de diferentes trastornos. Se han propuesto muchas teorías a lo largo de los años:

- Cuidado prenatal insuficiente.
- Bajo peso al nacer.
- Neumonía.
- Trastornos de pulmón o corazón.
- Apnea del sueño.

A pesar de que ninguna de estas posibles causas ha sido completamente descartada, los científicos creen que los bebés que son víctimas de la muerte súbita tienen una ligera anomalía cerebral. Siendo posible que el problema esté en el bulbo raquídeo, que controla la respiración y el ritmo cardíaco, o en las áreas del cerebro que controlan los patrones del sueño o los procesos de aprendizaje. Las principales características de la muerte súbita son:

- Muerte repentina e inexplicable de un bebé aparentemente sano y normal.
- Apnea del sueño, intervalos en que el bebé deja de respirar durante el sueño. (28 Diciembre 2004 Disponible en: <http://www.tusalud.com.mx/140003.htm>)

Para evitarla, hay que colocar al niño siempre boca arriba para dormir o descansar; acostumbrarlo a que duerma sobre un colchón duro y nunca sobre almohadas o almohadones blandos.

○ **Prevención de accidentes (Salud del niño 0-9 años).**

Los riesgos de los accidentes en los niños, son diferentes entre una edad y otra, sin embargo, la mayoría de los accidentes pueden prevenirse.

En el recién nacido.

Acostarlo siempre boca arriba o de lado, nunca boca abajo; no dejarlo solo por períodos prolongados. Siempre estar pendiente de él, aún cuando esté dormido; evitar tener a su alcance cojines, trapos o plásticos que accidentalmente puedan

tapar su cara y sofocarlo; asegurarse de que en el lugar donde se acuesta no haya arañas, alacranes o algún otro tipo de animales nocivos; nunca proporcionarle como elemento de juego objetos con los que pueda cortarse, picarse o lo suficientemente pequeños para que corra el riesgo de asfixiarse con ellos al llevárselos a la boca.

Durante el primer año de vida.

Es una etapa difícil pues los niños en su afán por investigar el mundo que les rodea, frecuentemente estarán en peligro. Los accidentes más frecuentes en el hogar son:

1. Las intoxicaciones por medicamentos, productos de aseo, monóxido de carbono, hongos y plantas.
2. Las quemaduras por fuego, líquidos calientes, electricidad, productos químicos.
3. Los ahogos o asfixia por bolsas de plástico, introducción de cuerpos extraños en nariz y boca, o bien estrangulación durante el juego.

Entre uno y cuatro años.

En esta edad, los niños poco a poco se desplazan por todos lados, su interés y curiosidad los exponen a que puedan tener accidentes, por lo que es recomendable aplicar ciertas medidas de seguridad como:

Evitar que jueguen con bolsas de plástico por riesgo de asfixia, retirar objetos o juguetes pequeños que puedan llevarse a la boca y tragárselos, procurar no tener instalaciones de luz eléctrica en mal estado, evitar que los niños jueguen en la calle, en escaleras, cerca de estufas eléctricas o de gas, recipientes de agua caliente, coladeras, cisternas y pozos; enseñarlos a nadar a temprana edad y vigilarlos cuando lo hagan...

De los cinco a los nueve años.

Los niños en esta etapa de su vida tienen un mayor contacto con otros ambientes fuera del hogar como son: escuela, sitios de recreación o esparcimiento y vía pública, lo anterior aunado a la curiosidad propia de esta edad los expone a riesgos y situaciones de peligro, por lo que es recomendable no dejar al alcance de ellos medicamentos, frascos con productos de aseo, solventes o productos tóxicos que puedan ingerir o provocarles quemaduras; colocar barandales y cintas antiderrapantes en las escaleras, enseñarlos a levantar sus juguetes u objetos que obstaculicen o sean de riesgo en sus áreas de tránsito y juego.(IMSS, 2002).

○ **Prevención de la Violencia Familiar (Salud del niño 0-9 años).**

La violencia constituye por desgracia, un problema frecuente en las familias mexicanas, nuestra cultura favorece que la mujer adopte el papel de víctima con su pareja y traduzca su enojo y frustración en el maltrato a los hijos, que a su vez, son también maltratados por el padre. La violencia familiar es un problema complejo para el que no existen soluciones fáciles, sin embargo, el primer paso siempre será identificar que el problema existe y tener el valor de pedir ayuda para resolverlo. Puede existir maltrato verbal, mediante gritos, groserías...; el físico, a través de golpes y lesiones intencionales; o el emocional, que puede darse con amenazas de todo tipo, incluso de muerte; etcétera. Las causas de violencia son múltiples, entre las más frecuentes están: alcoholismo o algún otro tipo de adicción, enfermedad grave, incapacidad o muerte en algún miembro de la familia, problemas económicos, o simplemente tener la cultura o costumbre de maltrato hacia el cónyuge, a los hijos o a cualquier persona que dependa económica y emocionalmente de aquel que ejerza la jefatura en el hogar. (IMSS, 2002)

○ **Importancia de la lactancia materna (Salud del niño 0-9 años).**

La leche materna tiene la composición química ideal para los requerimientos nutricionales del bebé.

Contiene: ácidos grasos fundamentales para la rapidez de la conducción del impulso nervioso y el óptimo desarrollo del sistema nervioso central; inmunoglobulinas, que brindan inmunidad al bebé hasta que éste genere sus propias defensas; hierro (el bebé puede absorber hasta un 50% del hierro presente en la leche materna); todas las vitaminas necesarias.

Además, la leche es muy diluida y se absorbe rápido, digiriéndose simultáneamente con la mamada. Es una alimentación higiénica: disminuye dieciocho veces el riesgo de morir por diarreas y tres veces el de morir por infecciones respiratorias. Protege, además, contra la diabetes y la desnutrición, etcétera.

El plazo ideal son dos años. Hasta los seis meses debería ser el único alimento, ya que provee todo lo que el bebé necesita nutricionalmente. Además se forma un vínculo maravilloso e insustituible que se crea entre la mamá y su hijo. El contacto piel a piel, las caricias, el olor, las miradas son impresiones que quedarán grabadas por siempre en el bebé y le ayudarán a forjar su futura personalidad. (28 Diciembre 2004 Disponible e: <http://www.fmed.uba.ar/mspba/libro.htm>)

- **Prevención y control de Enfermedades diarreicas (Salud del niño 0-9 años).**

La diarrea es una enfermedad infecciosa que padecen frecuentemente la mayoría de los niños, es la cuarta causa de muerte en los menores de un año y la segunda en los que tiene de uno a cuatro años de edad. Se manifiesta por el aumento en el número habitual de evacuaciones; el excremento es aguado o líquido y en ocasiones se presenta con moco y sangre, se puede acompañar de vómito, calentura y malestar general. El principal problema en el niño con diarrea es la deshidratación pues ésta puede poner en peligro la vida del menor. Es necesario lavarse las manos después de ir al baño o de cambiar el pañal del bebé y antes de preparar y comer alimentos; consumir y dar a la familia alimentos frescos, bien

lavados y cocidos; tomar agua hervida o purificada; cubrir alimentos para evitar que las moscas, cucarachas u otros insectos los contaminen, etcétera. (IMSS, 2002)

- **Prevención y control de Infecciones respiratorias agudas (Salud del niño 0-9 años).**

Las infecciones agudas de vías respiratorias son padecimientos que afectan muy frecuentemente a los niños y son causados por virus o bacterias, Los microbios entran en el organismo a través de la nariz o la boca, cuando una persona enferma estornuda o tose frente al niño, sin cubrirse la boca, o bien, por comer o beber alimentos o líquidos contaminados por la saliva de un enfermo. Las infecciones respiratorias en los niños presentan las siguientes manifestaciones: nariz tapada con moco, dolor y salida de líquidos del oído, garganta roja o con puntos blancos y tos.

Para prevenir que el niño enferme frecuentemente de infecciones respiratorias agudas hay que asegurarse de que cuente con todas sus vacunas de acuerdo con el esquema establecido para su edad; evitar fumar o que otros fumen cerca de él; evitar cambios bruscos de temperatura; no permitir el contacto con personas enfermas de infecciones respiratorias; ofrecer alimentos como zanahoria, mango, naranja, guayaba o limón, por su contenido en vitaminas A y C. (IMSS, 2002)

- **Actividad física (Salud del adolescente 10-19 años).**

- **Prevención de Accidentes (Salud del adolescente 10-19 años).**

Muchos accidentes se pueden prevenir y evitar si se toman las mínimas precauciones:

En la escuela: evitar correr en patios y corredores, y en caso de hacerlo, tener la precaución de no arrollar o empujar a los compañeros; evitar pleitos y acciones riesgosas que pongan en peligro la vida; evitar jugar y correr en las escaleras;

seguir las indicaciones de los profesores cuando se trabaje con material y/o herramientas de uso delicado

En el hogar: Ejercer cuidado al ayudar en las reparaciones caseras, evitar las condiciones inseguras; tener cuidado de no golpearse o tropezar con muebles que obstruyan el paso; no correr en las escaleras, subir y bajar con precaución; no usar contactos dañados.

En la cocina: Cuando no se use la estufa de gas, asegurarse de que las perillas estén cerradas y que los pilotos queden encendidos; usar protectores en las manos al manejar utensilios calientes; tener precaución al manejar objetos punzo cortantes para evitar heridas y piquetes; no usar aparatos eléctricos que tengan cables en mal estado.

En los baños: Caminar con cuidado en pisos resbalosos o mojados y usar chanclas de baño; utilizar tapete de hule o adherible al piso.

En la vía pública: Caminar siempre sobre las banquetas; utilizar los puentes peatonales; respetar las señales de los semáforos para los peatones; cruzar las calles en las esquinas; tener precaución para no caer en alcantarillas abiertas, zanjas, cepas y hoyos; cuando se utilice transporte público buscar un lugar seguro donde poder sostenerse y bajar hasta que el vehículo esté en alto total; usar cinturón de seguridad y poner seguro a las puertas.

En el trabajo: Cumplir con las normas de seguridad e higiene indicadas para el uso del equipo de protección, herramientas de trabajo, manejo de productos químicos y otros con los que se esté en contacto; identificar las áreas de seguridad y la ubicación de los equipos de protección como extinguidotes, mangueras, regaderas, entre otros; participar en los simulacros para casos de temblor o incendio.

En los sitios de recreación y esparcimiento: Evitar lugares muy concurridos y áreas poco iluminadas; bajar escaleras con precaución; usar la ropa adecuada al asistir a espectáculos al aire libre; no separarse cuando se salga en grupo sobre todo en zonas de riesgo como montañas, bosques, grutas, ríos, lagunas, playas; apagar completamente las fogatas antes de retirarse del lugar. (IMSS, 2002)

- **Prevención de la Violencia (Salud del adolescente 10-19 años).**

La violencia no es solo física. Es todo aquello que algunos hacen para impedir u obstruir el bienestar de otros. Puede ser verbal, física, sexual, etcétera. La violencia no es natural, se aprende y se refuerza día con día, con los ejemplos que se observan en la familia, las amistades, los vecinos y los medios de comunicación masiva.

Es necesario evitar el manejo de armas de fuego y punzo cortantes, procurar no caminar por lugares oscuros o poco transitados no llevar objetos de valor en forma ostentosa, no salir de noche a lugares inseguros o peligrosos, de ser necesario hacerlo acompañado y buscar seguridad en el transporte.

En el caso de la violencia familiar es necesario denunciarla; tener comunicación afectiva y respetuosa entre los integrantes de la familia; solucionar los problemas familiares con tolerancia, pacífica y razonablemente; seleccionar los programas de televisión y actividades recreativas que además de divertir, fortalezcan la autoestima y los valores, evitar mensajes de violencia. (IMSS, 2002)

- **Salud bucal (Salud del adolescente 10-19 años).**

La salud bucal es importante, de ella depende el buen funcionamiento del aparato digestivo y la nutrición del organismo. Es indispensable cuidar la boca y la integridad de las piezas dentales y encías. Entre los más frecuentes riesgos y efectos provocados por las enfermedades bucales están las caries, inflamación de las encías, pérdida de piezas dentarias, trastornos digestivos y mal aliento. Para mantener la salud de la boca hay que acudir cada año al dentista para que revise, limpie y proteja con flúor la dentadura. A las adolescentes embarazadas, debido a los cambios hormonales, se les recomienda intensificar el cuidado de su salud bucal.

Hay que cepillar los dientes y las encías después de cada comida; no olvidar cepillar o limpiar la lengua; incrementar en las comidas el consumo de verduras que contengan fibra y frutas. (IMSS, 2002)

- **Adicciones (Salud del adolescente 10-19 años).**

En México, las adicciones son un problema muy serio a nivel individual, familiar y social. Las tendencias de los últimos años indican que la conducta adictiva va en aumento con todo lo que conlleva: problemas de salud, accidentes, violencia y desintegración familiar.

La adicción se considera una enfermedad y se manifiesta por una conducta compulsiva por consumir drogas o sustancias adictivas. Las causas que la provocan son de origen social, económico, psicológico y biológico. Existen muchos tipos de sustancias que actúan a nivel del sistema nervioso central que alteran la conducta y percepción de la realidad. Es durante la adolescencia cuando el hombre o la mujer se inician en el consumo de drogas, generalmente por curiosidad. Existe un alto riesgo de que la mayoría queden atrapados en la adicción, sobre todo cuando se viven situaciones de falta de afecto y desintegración familiar. Además de dañar la salud y de llevar incluso a la muerte, las adicciones perjudican también las relaciones afectivas, familiares y laborales. (IMSS, 2002)

- **Salud sexual (Salud del adolescente 10-19 años).**

Al inicio de la adolescencia se presenta la pubertad, durante la cual se dan cambios hormonales que modifican, en forma muy importante las características físicas, biológicas y psicológicas. La sexualidad es de los temas más controversiales del ser humano, mediante su ejercicio se puede alcanzar el máximo de los placeres o se puede caer en la peor de las desgracias. Actualmente no solo es el temor a un embarazo no esperado, sino el riesgo de contraer VIH/SIDA o cualquier otra infección de transmisión sexual. (IMSS, 2002)

- **Riesgo reproductivo (Salud del adolescente 10-19 años).**

Es la probabilidad que tienen las adolescentes y su producto en etapa de gestación de padecer lesión o muerte en caso de ocurrir un embarazo. Es importante que los adolescentes estén conscientes de que la mujer enfrenta un gran riesgo si se embaraza antes de cumplir los 19 años, ya que puede ocurrir que el embarazo termine antes de tiempo (parto prematuro), tener hijos de menos de 2.5 Kg. que pueden morir durante el primer año de vida y tener más problemas durante el embarazo (presión alta, aborto) y el parto (hemorragias o hijos con defectos al nacimiento)

Es recomendable que toda mujer deje pasar por lo menos dos años entre un embarazo y otro, para recuperarse del desgaste físico que el embarazo le produce; además el recién nacido podrá tener una mejor lactancia materna, los cuidados y atenciones serán por más tiempo y el crecimiento y desarrollo se dará en mejores condiciones. (IMSS, 2002)

- **Prevención del VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (Salud del adolescente 10-19 años).**

Las infecciones de transmisión sexual son un conjunto de enfermedades transmisibles que se presentan en forma frecuente y que afectan a personas de cualquier edad y sexo. Estas enfermedades pueden ser causadas por bacterias, virus, protozoarios y hongos, los cuales se transmiten en forma directa de persona a persona.

Las condiciones que favorecen su aparición son: contacto sexual con personas infectadas sin usar medidas de protección adecuadas; recibir transfusiones con sangre no segura o no certificada; uso de agujas contaminadas; transmisión de la madre enferma al feto o al recién nacido; lactancia materna de una madre enferma a su hijo.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), anteriormente conocidas como “enfermedades venéreas”, son causa de enfermedades agudas como gonorrea o blenorragia, moniliasis vaginal y linfogranuloma venéreo; o bien de enfermedades

crónicas como sífilis y herpes genital. También está la hepatitis B y C, además del SIDA, cuyas manifestaciones o síntomas aparecen años después de haber contraído la enfermedad. (IMSS, 2002)

- **Actividad física (Salud de la mujer y del hombre 20-59 años).**

Las mujeres que realizan actividad física incrementan los beneficios para su salud y retardan de manera importante la aparición de riesgos y enfermedades como sobrepeso, obesidad, diabetes, presión alta, elevación de grasas en sangre (colesterol y triglicéridos), varios tipos de cáncer, infartos y embolias, además de reducir el estrés, ansiedad y depresión.

La mayoría de los hombres adultos reducen en forma importante su actividad física a causa de su trabajo, ya que permanecen la mayor parte del tiempo sentados, o bien, realizan trabajos que requieren menor esfuerzo y movimiento. Si consideramos que el ser humano está diseñado para el movimiento y que su capacidad funcional aumenta como respuesta a la actividad física y se deteriora con la inactividad, es conveniente insistir en que el hacer ejercicio de manera regular, beneficia la mente y el cuerpo.

Los efectos benéficos que el ejercicio brinda son: mejora en el trabajo del corazón, disminuye la presión arterial y el riesgo de tener infartos; reduce los niveles de azúcar y grasa en la sangre y ayuda a bajar de peso; disminuye la tensión nerviosa, favorece el aprendizaje, aumenta la autoestima y la sensación de bienestar, en general, mejora la calidad de vida. (IMSS, 2002)

- **Sexualidad (Salud de la mujer y del hombre 20-59 años).**

Nuestro sexo se define al momento de la concepción. Lo que se va desarrollando y construyendo poco a poco desde que nacemos es la sexualidad. La sexualidad es muy importante en la vida de todo ser humano, incluye el conocimiento e identificación de sí mismo como hombre o mujer y la manera de relacionarse con otras personas. Es la integración de ideas, actitudes y valores respecto al sexo, influye en el comportamiento sexual de cada persona y define diversas

potencialidades como son: la capacidad de ser únicos, de dar y recibir placer, de reproducirse, de elegir a una pareja y de crear.

El no saber qué pasa con nuestro cuerpo, la falta de comunicación familiar y el miedo, hacen que se sienta vergüenza o se nieguen los cambios que desde la pubertad empiezan a gestarse. (IMSS, 2002)

- **Prevención de Accidentes (Salud de la mujer y del hombre 20-59 años).**

Los accidentes son eventos no deseados que se expresan en forma súbita y que ocasionan un daño, afectan la integridad física, mental y económica de la persona, trastornan su modo de vida, de organización y sus relaciones familiares y laborales. Las personas están expuestas a los accidentes en el hogar, el trabajo, la vía pública, sitios de recreación y esparcimiento. Los accidentes se pueden prevenir si se toman precauciones específicas para cada situación. (IMSS, 2002)

- **Prevención de la Violencia Familiar (Salud de la mujer y del hombre 20-59 años).**

Para prevenir la violencia familiar se recomienda: educar a los padres para que la crianza y educación de los hijos sea con amor, respeto, cariño y confianza; los problemas familiares han de solucionarse pacíficamente, con calma para su mejor razonamiento; ha de mantenerse una buena comunicación familiar, darle valor y respeto a cada miembro de la familia como seres humanos; ser ejemplo y enseñarle a los hijos el respeto por sí mismos y por los demás; participar en la selección de programas de televisión y actividades recreativas para evitar mensajes de violencia; derivar su tensión y el estrés hacia el ejercicio físico, la música u otras actividades de esparcimiento como lectura, danza y compartirlas con la familia. (IMSS, 2002)

- **Salud bucal (Salud de la mujer y del hombre 20-59 años).**

La buena nutrición comienza en la boca, al masticar correctamente los alimentos; por ello es importante cuidar la integridad de los dientes y encías. Las enfermedades más frecuentes de la boca son las caries y la inflamación de las encías, que tienen como principales complicaciones: pérdida de los dientes, mal aliento, mala digestión y en ocasiones hasta infecciones del corazón y de los riñones.

Para mantener el buen estado de la boca se recomienda acudir una vez al año al dentista, para que revise, limpie y proteja con flúor la dentadura. Si ya se han perdido algunos dientes o muelas, habrá que reemplazarlos por prótesis dentales, para mejorar su forma de masticar y de hablar, además de la apariencia de su boca. (IMSS, 2002)

- **Adicciones (Salud de la mujer y del hombre 20-59 años).**

Para evitar caer en el consumo repetido y abusivo de una sustancia o de una conducta incontrolada, esto es, una conducta adictiva, es recomendable tener: alta autoestima, es decir, respeto, confianza y amor a sí misma; un proyecto de vida sobre lo que quiere ser y hacer a corto y largo plazo; fuertes lazos familiares; expectativas definidas y factibles entre los miembros de la familia; una convivencia sana; manejo compartido de responsabilidades; comunicación clara y directa, especialmente de los sentimientos; respeto en sus relaciones con todas las personas; respaldo y valoración de los logros personales y familiares; un ambiente de protección y apoyo; enriquecimiento de sus redes sociales; así como un conjunto de habilidades y capacidades individuales que le permitan solucionar problemas de manera adecuada.

El uso y consumo de bebidas con alcohol, de tabaco y otras drogas o sustancias adictivas se ha incrementado en la población, motivado por

problemas afectivos, económicos, de trabajo o por influencia de la publicidad, al crear falsas expectativas de aceptación social, sin tomar en cuenta que el uso y abuso de estas sustancias son nocivos para la salud. (IMSS, 2002)

- **Prevención del VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (Salud de la mujer y del hombre 20-59 años).**

El VIH/SIDA es una enfermedad infecciosa y mortal, causada por el virus de la inmunodeficiencia humana, VIH, que ataca al sistema de defensa del ser humano y lo deja desprotegido ante cualquier infección.

El virus se introduce en el organismo y se reproduce sin causar síntomas por mucho tiempo, desde meses hasta años, es en ese momento cuando se dice que la persona es seropositiva; es decir, que tiene el virus pero aún no ha desarrollado la enfermedad, sin embargo puede contagiar a otras personas. Poco a poco los virus atacan a las células de defensa del organismo y lo dejan expuesto a enfermedades e infecciones que pueden causarle la muerte.

El SIDA se transmite de tres formas: Por contacto sexual no protegido al intercambiar líquidos corporales como sangre, semen y secreciones vaginales con una persona infectada o seropositiva

Por vía sanguínea, cuando se realizan transfusiones de sangre infectada o al compartir jeringas.

Por vía perinatal, de una madre infectada a su hijo, ya sea durante el embarazo, al parto o bien durante la lactancia, por medio de la leche materna.

Se puede evitar el contacto por vía sexual no teniendo relaciones sexuales (abstinencia); teniéndolas con una sola pareja que no se encuentre infectada y que a su vez solo tenga relaciones con su pareja (fidelidad mutua); evitando el intercambio de fluidos corporales mediante prácticas de sexo sin penetración (sexo seguro); o usar una barrera que impida ese intercambio (sexo protegido). El contagio por vía sanguínea se evita utilizando sangre segura en las transfusiones. Como el virus puede transmitirse también por jeringas y agujas sin esterilizar, que hayan estado en contacto con la sangre de un portador de VIH o de alguien que esté enfermo de SIDA, se recomienda siempre utilizar jeringas y agujas desechables.

Toda mujer que tenga duda de estar infectada, debe consultar a su médico y hacerse la prueba de detección del VIH sobre todo antes de embarazarse. Las mujeres seropositivas deben recibir asesoría muy completa sobre los riesgos que corren ellas y sus futuros hijos en caso de embarazarse para que así puedan tomar decisiones conscientes e informadas. (IMSS, 2002)

○ **Identificación oportuna del Cáncer de Mama (Salud de la mujer 20-59 años).**

El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte en la mujer y el 85% de los casos son identificados por la paciente a través de la autoexploración. Entre las características más comunes en las mujeres con cáncer de mama se encuentran:

- Inicio de la menstruación antes de los 12 años de edad
- Menopausia después de los 50 años
- No haber tenido hijos
- Primer embarazo después de los 30 años
- Ausencia de lactancia al seno materno

- Obesidad antes y posterior a la menopausia
- Antecedentes familiares directos, abuela, madre y hermanas con cáncer mamario
- Uso de hormonales por tiempo prolongado.

Lo más importante en la prevención de este padecimiento, es saber que es curable si se diagnostica en sus primeras etapas y se indica el tratamiento en forma oportuna y adecuada. Un apoyo fundamental para la identificación temprana es la autoexploración mamaria. (IMSS, 2002)

- **Identificación oportuna del Cáncer Cervicouterino (Salud de la mujer 20-59 años).**

Es uno de los principales problemas de salud de la mujer en nuestro país; ocupa el primer lugar como causa de muerte por tumores malignos, si se diagnostica en etapas tempranas puede alcanzar curación total. En la etapa inicial se localiza en el cuello de la matriz y cuando la sintomatología aparece, significa que el tumor ya está en etapas avanzadas y puede ocasionar la muerte. Generalmente se descubre por búsqueda intencionada a través de un estudio llamado Papanicolaou, que es el método más eficaz para el diagnóstico temprano. Los factores de riesgo asociados a este padecimiento son:

- Antecedentes familiares: madre, abuela, tías o hermanas con cáncer en la matriz
- Haber iniciado vida sexual activa
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual e infecciones del cuello de la matriz por el virus del papiloma humano
- Tabaquismo.

Dicho cáncer se puede manifestar por presencia de flujo vaginal amarillento o sanguinolento y sangrados vaginales fuera de la menstruación, que aumentan con la relación sexual. (IMSS, 2002)

- **Identificación oportuna de la Diabetes Mellitus (Salud de la mujer y del hombre 20-59 años).**

La Diabetes Mellitus o azúcar alta en la sangre, es una enfermedad crónica que va en aumento en nuestro país. Es causa de múltiples complicaciones, discapacidad y muerte. Algunos datos que nos pueden hacer pensar en la posibilidad de ser diabéticos son: que nuestros padres o hermanos sean diabéticos, haber nacido con un peso de 4kg o más, tener sobrepeso u obesidad, llevar una vida sin actividad física, fumar, consumir bebidas alcohólicas y otras drogas, así como tener la presión alta. Si ya se tiene diabetes, las principales molestias que se presentaran son sed intensa, hambre, aumento en el número de ocasiones que se va a orinar, fatiga y pérdida de peso. Las mujeres y los hombres de 30 a 45 años que no tengan sobrepeso o presión arterial alta deberán realizarse la detección de esta enfermedad cada tres años; los de 30 a 45 años que tengan sobrepeso, obesidad o presión arterial alta deberán realizársela cada año, igual que las mujeres y hombres mayores de 45 años. (IMSS, 2002)

- **Identificación oportuna de la Hipertensión arterial (Salud de la mujer y del hombre 20-59 años)**

Comúnmente llamada presión alta, es la enfermedad no transmisible más frecuente del sistema cardiovascular que afecta a millones de personas en todo el mundo, debido a la elevación crónica de la presión sanguínea. En condiciones normales la presión sanguínea de un adulto tiene dos límites: la máxima o sistólica de 120 a 139 milímetros de mercurio y la mínima o diastólica de 80 a 89 milímetros de mercurio.

Los síntomas más frecuentes de la presión alta son dolor de cabeza, zumbido de oídos, mareos, depresión, angustia, palpitaciones y sudoración. Las principales complicaciones de tener la presión alta sin control son daños

a los ojos, corazón, riñones y hemorragias o embolias cerebrales. Entre las características comunes identificadas en personas hipertensas, solo el tener familiares directos con dicho padecimiento y la diabetes mellitus son factores no modificables, el resto: sedentarismo o baja actividad física, colesterol mayor de 200mg, sobrepeso, obesidad, consumo del alcohol, tabaquismo, alimentación inadecuada con consumo excesivo de sal y estrés, pueden cambiarse a través de hábitos y costumbres saludables.

A partir de los 30 años es recomendable realizarse la detección de hipertensión arterial. Se requiere de dos mediciones de la presión arterial en donde ésta se encuentre elevada por arriba de las cifras normales, en dos diferentes ocasiones, para que se diagnostique esta enfermedad. (IMSS, 2002)

- **Actividad física (Salud del adulto mayor, más de 59 años).**

Para la mayoría de los adultos mayores, las actividades diarias no son suficientes para mantener el cuerpo activo, por lo que se recomienda a todos realizar actividad física de 30 a 40 minutos, tres a cinco veces por semana. Si nunca se ha hecho ejercicio, se debe comenzar lentamente y con actividades fáciles como caminar. Iniciar con 10 minutos al día e ir aumentando poco a poco, hasta alcanzar un tiempo de 30 a 40 minutos.

Es importante hacerse un examen médico previo que avale el estado de salud; elegir el ejercicio que más se disfrute y usar ropa y zapatos cómodos; iniciar el ejercicio tres horas después de haber ingerido alimentos; tomar agua antes, durante y después del ejercicio; no excederse, detener poco a poco la actividad si se siente fatiga, dolor o falta de aire y consultar al médico si se cree conveniente. (IMSS, 2002)

- **Salud bucal (Salud del adulto mayor, más de 59 años).**

Para mantener el buen estado de su boca debe tener una higiene bucal adecuada; evitar el consumo de alimentos ricos en azúcar, el tabaco y el alcohol; acudir una vez al año al dentista, para que revise, limpie y proteja con flúor su dentadura; si ya se han perdido algunos dientes o muelas, es importante reemplazarlos por prótesis dentales para mejorar su forma de masticar y de hablar, además de la apariencia de su boca.

En esta edad son frecuentes las dentaduras postizas o prótesis completas, éstas requieren de aseo al igual que la dentadura normal, si la limpieza de la prótesis se dificulta, se recomienda lavarla por las noches antes de dormir y por la mañana al levantarse. Si la prótesis produce alguna molestia, lesiona sus encías o se mueve al hablar o masticar, hay que acudir al dentista para que la arreglen. (IMSS, 2002)

- **Prevención de accidentes (Salud del adulto mayor, más de 59 años).**

Los accidentes que sufre el adulto mayor son como en otros grupos de edad además por falta de medidas de precaución, pero también como consecuencia de la falta de consideración a algunas de sus limitaciones funcionales tanto en la familia como en la sociedad. Por eso, para prevenir y evitar los accidentes que ocurren con mayor frecuencia en el hogar, la vía pública, el lugar de trabajo y los sitios de recreación y esparcimiento, se aconseja:

En el hogar: tener bien iluminadas todas las áreas, en especial las escaleras, las cuales deben tener barandal o pasamanos y material antiderrapante en los escalones; cuidar que los pisos no sean resbalosos ni tengan irregularidades; los apagadores y contactos deben estar al alcance de la mano; los muebles no deben obstruir el paso; fijar los estantes y libreros a la pared.

En la cocina: cuidar que la instalación de gas y las llaves no queden abiertas cuando no se utilicen, que no existan fugas, ni acumulación de gas al no tener prendidos los pilotos de la estufa; los muebles y las alacenas deben estar

colocados a una altura que impida que la gente se golpee; usar protectores en las manos para retirar utensilios calientes; utilizar con cuidado cuchillos, picahielos y otros objetos filosos o cortantes, para evitar heridas; asegurar que los contactos y los cables de aparatos eléctricos estén en buen estado.

En los baños: cuidar que el piso no sea resbaloso y poner un tapete de hule adherible para evitar resbalones y caídas. Al salir de la regadera se deb tener cuidado también del piso y de no caminar con los pies mojados; instalar pasamanos en los muros de la regadera y del excusado; procurar que los seguros de las puertas puedan ser abiertos por dentro y por fuera, para poder entrar y salir ante una emergencia. Es aconsejable que las personas que tengan alguna discapacidad usen una silla con respaldo, brazos y gomas en las patas, para realizar su aseo diario: además es recomendable la ayuda de otra persona.

En la vía pública: caminar siempre por las banquetas, cruzar las calles en las esquinas, utilizar los puentes peatonales y de ser posible, ir acompañado por un familiar o persona que brinde ayuda; respetar las señales de los semáforos para peatones, al cruzar, observar hacia ambos lados de la calle; al transitar por calles y banquetas, observar el piso para evitar caer en alcantarillas abiertas, zanjas u hoyos; en caso de personas mayores que usen bastón o andaderas, es recomendable que al cruzar las calles sean ayudados por otra persona.

En el trabajo: cumplir con las normas de seguridad e higiene indicadas para el uso del equipo de protección, herramientas de trabajo, manejo de productos químicos y otros con los que estén en contacto; identificar las áreas de seguridad y la ubicación de los equipos de protección tales como extinguidotes, mangueras, regaderas, entre otros.

En los sitios de recreación y esparcimiento: cuando se asista a parques o jardines, centros de recreación y esparcimiento como cines, teatros y otros, evite

aglomeraciones y áreas poco iluminadas, usar las rampas y al bajar las escaleras, hacerlo con cuidado; al asistir a espectáculos al aire libre, usar la ropa adecuada; al ir de día de campo, procurar caminar por áreas planas y seleccionar lugares seguros para prevenir ser picado o agredido por arañas, alacranes, avispas, moscos, hormigas y otros animales que puedan poner en riesgo el bienestar personal. (IMSS, 2002)

- **Prevención de la Violencia Familiar (Salud del adulto mayor, más de 59 años).**

Los adultos mayores pueden ser víctimas de violencia familiar o ser agresores en la familia o desencadenar violencia en otros integrantes. La violencia se da cuando hay agresiones físicas, sexuales, psicológicas o sociales con el fin de someter o con la intención de causar daño. Las consecuencias de la violencia familiar son la depresión, adicciones y descontrol de enfermedades crónicas. Puede prevenirse cuando se reconoce su existencia y se buscan activamente soluciones. Un primer paso es solicitar información e incorporarse a grupos de ayuda para aprender nuevas conductas y formas de relación, así como una redistribución de los roles en la familia.

Para prevenir la violencia familiar se sugiere: mantener y preservar las amistades; no aislarse, convivir con compañeros, amistades y familiares; participar en eventos de capacitación, cultura, recreación y actividad física; desarrollar actividades que permitan sentirse útil, motivado y contento con si mismo; incorporarse a grupos de ayuda. (IMSS, 2002)

- **Sexualidad (Salud del adulto mayor, más de 59 años).**

Los seres humanos tenemos necesidades de afecto y de intimidad que son en parte cubiertas con el ejercicio de nuestra sexualidad, cada vez es más reconocido que una vida sexual satisfactoria benéfica la autoestima y la calidad de vida. Las necesidades y el interés sexual varían de persona a persona, pero la mayoría tienen deseo sexual a lo largo de toda la vida. Debido a los cambios propios de la

edad o de algunas enfermedades, tanto en el hombre como en la mujer, se presentan diferencias en la respuesta sexual importantes de reconocer y aceptar. En el hombre los cambios se manifiestan por una mayor dificultad para tener erecciones y también requiere más tiempo para recuperarse de una eyaculación a otra, sin embargo, tiene la ventaja de poder controlar mejor la eyaculación. En las mujeres se observa sequedad vaginal que puede producir molestia al momento del coito y que puede resolverse con lubricantes de base soluble en agua. Muchos hombres y mujeres se mantienen sexualmente activos más allá de los 70 años. Los patrones de conducta sexual no cambian mucho con la edad, aquellos que fueron muy activos en la juventud, es muy probable que también lo sean en la adultez. Otra condición importante para ser sexualmente activos es el estado de salud propio y de la pareja. Las enfermedades que más afectan el desempeño sexual son la diabetes, la hipertensión, la depresión y los problemas de la próstata.

Cuando la relación sexual ya no es posible, las caricias, los besos, tomarse de la mano, los abrazos, así como, la expresión verbal del afecto y el amor son importantes para tener el contacto humano y la intimidad emocional necesarios para la salud física y mental. (IMSS, 2002)

- **Prevención, detección y control de Cáncer Cervicouterino (Salud del adulto mayor, más de 59 años).**

El cáncer cérvico uterino es la principal causa de muerte por tumores malignos entre las mujeres. Se manifiesta ya cuando está muy avanzado con síntomas como el sangrado anormal por la vagina o la presencia de flujo vaginal amarillo o con rasgos de sangre.

El cáncer cérvico uterino se puede detectar a tiempo e incluso se puede prevenir cuando se identifican y se tratan sus lesiones precursoras a través del examen llamado Papanicolaou, en el cual se toma una muestra de las células del cuello

de la matriz y se lleva a laboratorio para su análisis. En mujeres con resultados normales, la periodicidad de la detección es cada tres años.

Es importante realizar el Papanicolaou a todas las mujeres hasta los 65 años de edad. Después de dos resultados negativos, se puede dejar de hacer el examen en las mujeres de 65 y más años. (IMSS, 2002)

- **Prevención, detección y control de Cáncer de mama (Salud del adulto mayor, más de 59 años).**

El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte en la mujer. Al igual que la mayoría de los cánceres, mientras más pronto se diagnostique, menos agresivo será el tratamiento y habrá más posibilidades de sobrevivir.

La principal manifestación de un cáncer en el pecho es la presencia de una bolita o tumor, de ahí la importancia de hacerse periódicamente la detección del cáncer de mama, identificarlo lo más tempranamente posible y aumentar las probabilidades de un tratamiento exitoso.

La detección del cáncer de mama consiste en: la autoexploración mensual a partir de los 20 años; la exploración clínica cada años desde lo 25 años hasta los 69 años de edad; la mastografía, cada dos años desde los 50 hasta los 69 años de edad. (IMSS, 2002)

- **Prevención, detección y control de Diabetes Mellitus (Salud del adulto mayor, más de 59 años).**

La diabetes mellitus es una enfermedad que altera la manera en que el cuerpo utiliza la glucosa que es un azúcar que circula en la sangre y da energía la organismo. El páncreas elabora una hormona llamada insulina, su producción puede disminuir en el adulto mayor, ocasionando que el azúcar no sea absorbido y que sus niveles aumenten en la sangre. Generalmente se manifiesta en forma lenta y silenciosa en el adulto mayor. Esta enfermedad es hereditaria y se asocia con la obesidad y la falta de ejercicio.

Es importante realizarse la detección oportuna de diabetes cada año. La prueba se realiza por medio de una gota de sangre extraída de la yema del dedo, colocándola en una tira reactiva llamada destrostix. La diabetes mellitus causa muchas complicaciones en riñón, corazón, ojos y pies, éstas pueden prevenirse si se mantiene un peso adecuado, se alimenta en forma regular y balanceada, se hace ejercicio con regularidad, se suprime el consumo de alcohol y tabaco, se acude periódicamente al médico familiar y se toma adecuadamente los alimentos. (IMSS, 2002)

- **Prevención, detección y control de Hipertensión Arterial (Salud del adulto mayor, más de 59 años).**

Los síntomas más frecuentes de la presión alta son dolor de cabeza, zumbido de oídos, mareos, ver lucecitas o destellos, palpitaciones y sudoración; en ocasiones se puede tener el padecimiento sin que se presentes estos síntomas.

Las complicaciones más frecuentes de la hipertensión arterial se presentan cuando no se lleva un control adecuado y los órganos más afectados son corazón, ojos, cerebro, vasos sanguíneos, riñón, etcétera. (IMSS, 2002)

Estas capacitaciones se dieron en colaboración con el equipo de trabajo social de la unidad, el cual manejaba los diferentes grupos etáreos por medio de citas en el auditorio de la unidad. Las sesiones estaban compuestas por diferentes temas correspondientes a algún rubro de los PREVENIMSS según el grupo etáreo citado y constaban de intervenciones de aproximadamente 30 minutos con la participación de diferentes profesionales de la salud tales como médicos, estomatólogos, enfermeras, nutriólogos, psicólogos (del servicio de promoción a la salud), trabajadoras sociales, etcétera.

Los temas abordados por parte del psicólogo de promoción a la salud, tienen como objetivo abordar el rubro también llamado “promoción de la salud” de los PREVENIMSS, por lo que la información se basa en las guías para el cuidado de

la salud (IMSS) y en información y técnicas didácticas proporcionadas por el propio psicólogo.

Como puede notarse, la participación de un equipo multidisciplinario en la ejecución de los PREVENIMSS es de suma importancia, y el psicólogo juega un papel significativo en el cumplimiento de los objetivos del programa. El manejo de grupos de ayuda con un enfoque de prevención y no solo de daño, los talleres efectuados en las empresas junto con el diagnóstico a las mismas en colaboración con el equipo de seguridad e higiene, la dirección, planeamiento y ejecución de las sesiones educativas para los grupos de ayuda y la población derechohabiente en general, la difusión de los programas preventivos y de diversos temas de salud, la orientación sobre la educación para la salud del derechohabiente, entre otras actividades, son algunas de las áreas en las que el psicólogo se inserta en el trabajo cotidiano del Instituto.

Para ello, se hace necesario, el desarrollo de diversas actividades y habilidades con las que el psicólogo debe contar al egresar de la carrera.

Según la definición de Matarazzo (1980, citado en Ballester, 1998), algunas de las actividades del psicólogo de la salud se insertan en la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y sus consecuencias, así como el análisis y la mejora de los sistemas sanitarios y de la política general de formación sanitaria.

Es así, entonces, que en el área de la promoción y el mantenimiento de la salud, se requiere el desarrollo de campañas destinadas a promover hábitos saludables a través, por ejemplo, de programas informativos o mejoras en la salubridad ambiental, a través de la promoción de conductas de salud, la activación de mecanismos para el autocambio y la creación de contextos que mantengan la conducta modificada. (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Vega, 2002) Los

psicólogos pueden dar entrenamiento a las personas para que desarrollen habilidades y mejoren su estilo de vida. (Sheridan y Radmacher, 1992)

Por otro lado, en lo referente a la prevención y el tratamiento de enfermedades, se requiere desarrollar la habilidad de modificar los hábitos insalubres con objeto de prevenir enfermedades sin olvidar los factores conductuales, además la enseñanza a las personas que tienen alguna enfermedad para adaptarse a su situación y ser participantes activos en el cuidado y control de su salud.

Las actividades dentro de la prevención incluyen, la elaboración de programas dirigidos a personas que tienen conductas de alto riesgo como nutrición inadecuada, baja o nula actividad física, estrés, abuso de sustancias, entre otras.

En el tratamiento, los psicólogos pueden intervenir utilizando técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, reforzamiento y autocontrol en trastornos como el dolor crónico, asma, padecimientos gastrointestinales y psicosomáticos, hipertensión, cáncer, estrés, diabetes, cefaleas, entre otros, con el fin de reducir malestares, ayudar al individuo a adaptarse a la enfermedad, cumplir con las indicaciones médicas y reducir la angustia causada por la enfermedad. (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Vega, 2002)

En el estudio de la etiología, los correlatos de la salud y la enfermedad se incluye la habilidad de investigar, planear, diseñar y conducir estudios específicos sobre la incidencia y prevalencia de alguna enfermedad, de factores de riesgo en la comunidad o sobre hábitos saludables.

La investigación permite la evaluación de los efectos y el impacto en general de los procedimientos empleados para el control de los factores de riesgo y fomenta la producción de técnicas dirigidas a la prevención, tratamiento de las enfermedades y promoción de la salud. (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Oblitas, Becoña, Vázquez, 2000)

Dentro del estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud se requiere el análisis del impacto de las instituciones y el desarrollo de recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud. Sheridan y Radmacher (1992) mencionan que para mejorar el sistema de salud se necesitan de acciones políticas, para ello se hace necesario, entonces, que el psicólogo cuente con las herramientas necesarias para desarrollar investigaciones en salud pública y que éstas tengan difusión en los ámbitos gubernamentales.

La labor del psicólogo, dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social y específicamente dentro de los Programas Preventivos de Salud (PREVENIMSS) es, como se puede notar, de suma importancia, y las habilidades requeridas por dicho profesional de la salud no siempre se desarrollan dentro del plan curricular de la institución educativa, por lo que corresponderá a cada psicólogo interesado en esta área en particular, la búsqueda constante de la capacitación en el área de la salud para una mejor ejecución de la labor requerida por las instituciones de salud.

A pesar de ser una pieza importante en el cumplimiento de los objetivos de los PREVENIMSS, el psicólogo no cuenta con el respaldo de la institución de salud, como es el IMSS, para la ejecución de su labor profesional. No existen plazas dentro del instituto para los psicólogos de la salud, y los pocos psicólogos que laboran dentro del mismo, se enfocan a la atención clínica, con una demanda importante de pacientes por atender.

No obstante, algunos rubros de los PREVENIMSS hacen referencia al apoyo de dicho profesional para el desarrollo de actividades primordiales en el cumplimiento de sus objetivos. Es por ello que el Instituto recluta psicólogos, otorgándoles una participación limitada y solo como “personal de apoyo”, cuya naturaleza es temporal.

De esta manera, se resalta la importancia que tiene la participación del psicólogo dentro de las instituciones de salud, en la labor preventiva y no solo en el tratamiento clínico que pueda otorgar a la comunidad derechohabiente.

CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo, hemos podido observar que la salud es uno de los grandes valores tanto individuales como colectivos y que el interés por el tema de la salud ha cobrado gran relevancia en la época moderna, debido a la aparición de nuevas enfermedades relacionadas con los estilos de vida actuales.

Con los avances médicos, científicos y tecnológicos, con los que contamos en esta época moderna, se ha podido determinar que tanto la conservación de la salud, como el desarrollo de algunas enfermedades, no tienen una causa única, sino que ocurren por una combinación de diferentes factores, como los biológicos, psicológicos, culturales y sociales relacionados con la salud y enfermedad.

De acuerdo con Álvarez, (1998), son numerosos los factores que intervienen en la salud y en la enfermedad; y tan variadas las respuestas del organismo, que no puede pensarse que obedezcan a una sola causa. Por ello, es que surge la necesidad de establecer principios de multicausalidad que nos orienten para actuar, tanto sobre los factores específicos, como los predisponentes, a fin de promover la salud y evitar la enfermedad.

Como se ha mencionado anteriormente, la evolución de los conceptos de salud-enfermedad y la aparición de las enfermedades crónico-degenerativas ponen de manifiesto la necesidad de centrarse en los estilos de vida que llevan las personas.

Ante esta situación, podemos hacer notar que la atención para la salud y la enfermedad ha dejado de ser exclusiva del área médica, y han surgido nuevas disciplinas que se ocupan del estudio de los aspectos que se relacionan con el mantenimiento de la salud o bien, con la adquisición de algunas enfermedades.

La identificación de factores no exclusivos de la medicina en diferentes enfermedades ha permitido que nos centremos en la posibilidad del trabajo multidisciplinario, por ejemplo, el caso de la psicología y sus áreas afines.

En el caso del presente trabajo, hemos visto como la participación del psicólogo es esencial en las áreas relacionadas con la prevención de la salud.

La psicología de la salud, desde nuestra posición, se considera como un área de óptima especialización, la cual surge como una alternativa para dar respuesta a una demanda socio-sanitaria, y compartimos la definición propuesta por Matarazzo (1980, citado en Ballester, 1998) la cual define a la psicología de la salud como el “ Conjunto de contribuciones educativas científicas y profesionales de la disciplina de psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y al análisis y mejora del sistema sanitario y formación de política sanitaria”.

De esta forma, se puede afirmar que en la psicología de la salud, la participación en el estudio del proceso de salud-enfermedad, recobra importancia debido a que se ocupa del estudio de los factores orgánicos, ambientales y psicosociales, además del estilo de vida, con lo cual se abren nuevas líneas de investigación para dar respuesta, no solo a la explicación del surgimiento de las enfermedades, sino, a un área que nos parece de vital importancia, que es la prevención y promoción de la salud.

Desde nuestra opinión, una de las grandes aportaciones de la psicología de la salud, como lo destacan Brannon y Feist (2001) es que su principal campo de acción se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas. Incluye además, una serie de contribuciones de la psicología a la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los factores de riesgo para la

salud, la mejora del sistema sanitario y la influencia de la opinión pública asociada a aspectos sanitarios.

Por otro lado, es importante reconocer que la psicología de la salud, como menciona Simón (1993), es un modelo integrador de salud enfermedad de naturaleza biopsicosocial.

Por lo tanto, hemos revisado que uno de sus objetivos es la promoción de la salud, en la cual se realizan investigaciones y se generan programas en donde se aborda la adopción de hábitos y estilos de vida saludables. Además la prevención primaria, sobre las conductas o hábitos de riesgo entre los que se pueden mencionar; el tabaquismo, alcoholismo, alimentación inadecuada, falta de actividad física, falta de higiene, falta de descanso, etcétera, forma parte de un área en la cual nos parece existe una amplia gama de factores que pueden ser el principio de interesantes investigaciones que pueden enriquecer el área de intervención de la psicología de la salud.

Tomando en cuenta los aspectos anteriores que menciona Matarazzo en su definición de psicología de la salud, el psicólogo de la salud, tiene diferentes funciones, entre las que se encuentran la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades y el estudio de la etiología, los correlatos de la salud y la enfermedad. Por ello, el psicólogo puede desarrollar diversas actividades en las instituciones de salud pública.

En este caso, y como principal objetivo de este apartado se abordarán los aspectos de la vinculación y los de separación entre la formación profesional y la inserción del psicólogo egresado de la FES Iztacala en el programa PREVENIMSS, del Instituto Mexicano del Social.

Como ya se ha mencionado antes, con la aparición de las enfermedades crónico-degenerativas y la importancia de promover la modificación de los hábitos

responsables en el desarrollo de las mismas, la prevención se convierte en uno de aspectos fundamentales en donde el psicólogo de la salud puede intervenir.

En contribución con ello, el Instituto Mexicano del Seguro Social elabora una estrategia de prevención conocida como Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS), cuyo propósito general es brindar sistemática y ordenadamente acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades y la salud reproductiva, ordenándolas por grupos de edad.

Dentro este programa, se fomenta la difusión de un conjunto de actividades y medidas anticipadas a la enfermedad y sus riesgos, actuando sobre el ambiente y los individuos. Por lo tanto, dentro del equipo multidisciplinario es evidente que la participación del psicólogo es indispensable. Cabe mencionar, que las habilidades con las que el psicólogo egresado de la FES Iztacala es formado tanto de tipo educativo de investigación, científico y profesional, le proporcionan al egresado las habilidades necesarias para insertarse en las diversas áreas psicológicas y en el caso de la psicología de la salud, aunque es un área que no se revisa a lo largo de la carrera de psicología y que es un área reciente, en mi experiencia, considero que el psicólogo egresado de la FES Iztacala cuenta con los conocimientos necesarios para realizar actividades para la prevención, promoción y la creación de políticas para el mantenimiento de la salud en la población.

Ahora bien, dentro del programa PREVENIMSS una de las áreas donde se reconoce ampliamente la participación del psicólogo es la destinada a promover hábitos saludables a través, por ejemplo, de programas informativos o mejoras en la salubridad ambiental.

Las intervenciones que se realizan en esta área están orientadas a promover conductas de salud, activar mecanismos para el autocambio y crear contextos que mantengan la conducta modificada. Estas actividades han sido reconocidas por diversos autores como parte del trabajo del psicólogo de la salud, quienes mencionan que los psicólogos pueden dar entrenamiento a las personas para que

desarrollen habilidades y mejoren su estilo de vida. (Sheridan y Radmacher, 1992; Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Vega, 2002).

Además, es importante mencionar que dentro del programa PREVENIMSS se enfatiza la necesidad de modificar los hábitos no saludables con el objeto de prevenir enfermedades sin olvidar los factores conductuales, que es dónde interviene específicamente el psicólogo y además se enseña a la gente que tiene alguna enfermedad a adaptarse a su situación, mediante la reproducción de técnicas dirigidas a la prevención, tratamiento de las enfermedades y promoción de la salud. (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Oblitas, Becoña, Vázquez, 2000)

Por esta razón y con la finalidad de mejorar el sistema de salud del IMSS o de cualquier institución de salud pública, se puede decir que se necesitan de acciones políticas, para ello se hace indispensable, entonces, que el psicólogo desarrolle investigaciones.

Ahora bien, también es importante hablar de las desventajas a las que se enfrenta el psicólogo en las instituciones de salud, en el caso específico del programa PREVENIMSS, aún no se reconoce el papel que desempeña un psicólogo de la salud, y muchas veces es relegado a participar solo como un informante, y por ello se desperdician las aportaciones que puede realizar. Sin embargo, desde mi punto de vista, esto no tiene que ver con las habilidades, sino con el poco reconocimiento o desconocimiento de las funciones del psicólogo en general, por parte de las instituciones de salud y de la población confundándose muy frecuentemente con las actividades que desempeña un psicólogo clínico.

Por lo tanto, como psicólogos podemos desarrollar muchas actividades en diferentes áreas y dependerá del área en la que nos encontremos para desarrollar dichas acciones y poder ejercerlas tanto de manera individual como en colaboración con otros profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, A. R. (1998) **SALUD PÚBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA**. México. Manual moderno.

Amigo, Fernández y Pérez, (1998) **MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD**. Madrid. Pirámide.

Arango, Infante y López (1998) **ESTIMULACIÓN TEMPRANA**. Colombia. Gamma.

Ballester, R. (1998) **INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD. ASPECTOS CONCEPTUALES**. Valencia. Promolibro.

Brannon, L. y Feist, J. (2001) **PSICOLOGÍA DE LA SALUD**. Madrid, Paraninfo.

Buela-Casal, G.; Caballo, V.; Sierra, J. (1996) **MANUAL DE EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**. México. Siglo XXI.

Chávez A. (2003) ***Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS)*** Revista del Hospital General "La Quebrada", 2 (1), 44-45.

Colomer, R.; Álvarez-Dardet, D. (2001) **PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CAMBIO SOCIAL**. Masson.

De la Fuente, J.; Rodríguez, C. (1996) **LA EDUCACIÓN MÉDICA Y LA EDUCACIÓN EN MÉXICO**. México Siglo XXI.

Diccionario de la lengua Española, (1992)

Diccionario Enciclopédico Ilustrado, (1992)

Gallar, M. (1998) **PROMOCIÓN DE LA SALUD Y APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE**. Madrid. Paraninfo.

Goldstein, A. y Krasner, L. (1991) **LA PSICOLOGÍA APLICADA MODERNA**. Madrid. Pirámide.

Gómez, D. y Saburido X. (1996) **SALUD Y PREVENCIÓN. NUEVAS APORTACIONES DESDE LA EDUCACIÓN PSICOLÓGICA**. Universidad de Compostela España.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2002) **GUÍA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD, NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS**. México, D.F.: Autor.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2002) **GUÍA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD, ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS**. México, D.F.: Autor.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2002) **GUÍA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD, MUJERES DE 29 A 59 AÑOS**. México, D.F.: Autor.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2002) **GUÍA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD, HOMBRES DE 20 A 59 AÑOS**. México, D.F.: Autor.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2002) **GUÍA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD, ADULTOS MAYORES DE 59 AÑOS**. México, D.F.: Autor.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2002) **PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRADA EN GRUPOS ETÁREOS**. México, D.F.: Autor.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2003) **PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD. PROYECTO ESTRATÉGICO 2001-2003. SÍNTESIS EJECUTIVA.** México, D.F. Autor.

Kisnerman, N. (1990) **SALUD PÚBLICA Y TRABAJO SOCIAL.** Buenos Aires. Humanitas.

Latorre, P. y Beneit, M (1994) **PSICOLOGÍA DE LA SALUD.** Argentina. Lumen.

Morales, C. (1999) **INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.** Argentina. Paidós.

Muir, G. y Fowler, G. (1990) **FUNDAMENTOS DE MEDICINA PREVENTIVA.** Madrid. Díaz de Santos.

Oblitas, L.; Becoña, E.; Vázquez, F. (2000) **PSICOLOGÍA DE LA SALUD.** México, Plaza y Valdés.

Orts, P. y Ballester, R. (1997) **LA PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN.** Valencia Promolibro.

Pitts, M. (1996) **THE PSYCHOLOGY OF PREVENTIVE HEALTH.** London and New York. Routledge.

Rodríguez, O. y Rojas, R. (1998) **LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA.** Facultad de psicología UNAM.

Romero, L. (2002) **PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO UN ESTADO DE BIENESTAR BIO-PSICO-SOCIAL**. TESIS Licenciatura. UNAM Iztacala.

San Martín, H. (1981) **SALUD Y ENFERMEDAD**. México. La prensa médica mexicana.

Sepúlveda, A. (1994) **CUADERNOS DE SALUD**, México. SSA.

Sheridan, C. y Radmacher, S. (1992) **HEALTH PSYCHOLOGY. CHALLENGING THE BIOMEDICAL MODEL**. Canadá. Wiley.

Simon M. A. (1993) **PSICOLOGÍA DE LA SALUD**. Madrid. Pirámide

Trejo, D. (2001) **PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN MÉXICO: ESTILOS DE VIDA Y HÁBITOS DE SALUD**. TESIS Licenciatura. UNAM Iztacala.

Vega, C. (2002) **PSICOLOGÍA DE LA SALUD. HÁBITOS POSITIVOS PARA CONSERVAR UN ESTADO SALUDABLE**. TESIS Licenciatura. UNAM Iztacala.

Vega, F. (1985) **BASES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA**. México. La prensa médica mexicana.

Velázquez, C. (2001) **PSICOLOGÍA DE LA SALUD: ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO**. TESIS EMPÍRICA Licenciatura. UNAM Iztacala.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.htm>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000726.htm>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001289.htm>

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepages/17055.htm

<http://www.fmed.uba.ar/mspba/libro.htm>

<http://www.tusalud.com.mx/140003.htm>

http://ceril.cl/P36_D_psicomotor.htm