



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

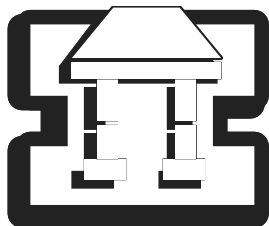
**PSICOLOGIA DE LA SALUD. ENFERMEDADES CRONICAS
Y USO DEL SECTOR SALUD**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MARIA DEL PILAR ROMERO HERNANDEZ**

**DIRECTORA:
MTRA. ESTHER MARIA MARISELA RAMIREZ GUERRERO**

**DICTAMINADORES:
MTR. ENRIQUE BERNABE CORTES VAZQUEZ
LIC. YASMIN DE JESUS ARRIAGA ABAD**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Mis Profesores

Mtra. Marisela Ramírez Guerrero:

Muchas gracias por la oportunidad que me dio para trabajar con sus investigaciones, su tiempo y dedicación a este trabajo que me a permitido cerrar un ciclo muy importante para mi.

Mtro. Enrique Cortés Vázquez:

Gracias por sus enseñanzas, amabilidad y por su trabajo que me a dado la oportunidad de aprender y llevar acabo esta tesis.

Mtra. Yasmin Arriaga Abad:

Muchas gracias por su amistad, apoyo y alientos para realizar esta tesis. Todo mi agradecimiento por su tiempo que me a brindado y enseñanzas durante mis primeros semestres en esta bonita profesión que es la Psicología.

Mi familia

A mis papas:

Gracias por todo su amor, enseñanzas y apoyo para desarrollarme personal y profesionalmente. Les dedico esta tesis a ustedes con todo mi amor.

A mis hermanos:

José y Diana gracias por darme su apoyo y ayuda en todos los aspectos y en especial en este sueño, que ya es realidad.

A mi esposo:

Julio gracias por darme tu compañía y apoyo en mi preparación profesional y en todos los momentos que compartimos juntos, te amo.

A mis hijos:

Samantha y Alberto para mis pequeños grandes amores que también junto con ustedes me prepare y ahora terminamos esta gran satisfacción con todo mi amor para ustedes.

INDICE

Resumen

Introducción.....1

Capitulo I “**Psicología de la salud**”

1.1 Definición de la psicología de la salud.....10

1.2 Antecedentes de la psicología de la salud.....12

1.3 Objetivos de la psicología de la salud.....13

1.4 Relación de la psicología de la salud con otras disciplinas.....15

1.5 El psicólogo de la salud.....17

Capítulo 2 “**Enfermedad Crónica y sector salud**”

2.1 Salud-enfermedad.....21

2.2 Definición de enfermedad crónica.....23

2.3 Características de enfermedad crónica.....24

2.4 Características de pacientes con enfermedad crónica.....26

2.5 Estilos de vida.....29

2.6 Calidad de vida.....31

2.7 Características del sector salud.....34

Capitulo 3 “**Método y Resultado**”

3.1 Objetivo General.....39

3.2 Objetivos Específicos.....39

3.3 Hipótesis.....	39
3.4 Sujeto.....	39
3.5 Escenario.....	39
3.6 Definición de variables.....	40
3.7 Materiales e instrumentos.....	40
3.8 Procedimiento.....	40
3.9 Resultados.....	41
3.10 Análisis de Resultados.....	46
Conclusiones.....	48
Bibliografía.....	51
Anexos.....	55

RESUMEN

Este trabajo tiene como finalidad ver un pequeño aspecto muy importante dentro de la psicología de la salud, al conocer si los pacientes de enfermedades crónicas hacen uso del sector salud. Para ello se retomó los datos del instrumento desarrollado por Ramírez y Cortés (2003) compuesto de las escalas Funcionamiento de la Salud (FS) y Funcionamiento Psicosocial (FP) a 984 pacientes en las salas de espera de algunos hospitales del sector salud y algunas comunidades sociales del D.F. Para la correlación de la escolaridad y la subescala del uso del sector salud como variable independiente atributiva. Por medio del programa computarizado estadístico SPSS y la prueba paramétrica (χ^2) se obtuvieron los resultados de porcentajes de cada correlación y el nivel de significancia. Obteniendo que la enfermedad crónica tiene un nivel de significancia de .000 en cuanto a visita al doctor y tratamiento de emergencia siendo significativa y no teniendo significancia la escolaridad y tratamiento hospitalario. Concluyendo que los pacientes con enfermedad crónica si hacen uso del sector salud en su mayoría son profesionales que visitan al doctor, van a tratamiento de emergencia pero no a tratamiento hospitalario es decir no se quedan la noche en el hospital internados.

INTRODUCCION

INTRODUCCION

La psicología forma parte del ser humano a lo largo de toda su vida, siendo la psicología de la salud un área que nos va permitir estudiar los comportamientos del ser humano aunados a un problema de salud, ya sea físico y orgánico. Siendo el objetivo general de esta investigación "Conocer si los pacientes de enfermedades crónicas hacen uso del sector salud". Y como objetivos específicos "Detectar si los pacientes con alguna enfermedad crónica hacen uso del sector salud de acuerdo a su escolaridad" y "Conocer el uso del sector salud ante una enfermedad crónica dentro de la psicología de la salud".

Siendo el Capitulo 1 Psicología de la Salud. En 1982 Matarazzo 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.

Los antecedentes de la psicología de la salud se pueden localizar desde julio de 1946, cuando se fundó la Organización Mundial de la salud (OMS), organismo de las Naciones Unidas especializado en los aspectos relacionados con la salud. Esta organización actúa como la autoridad directiva y coordinadora de las labores sanitarias de todo el mundo y en su Declaración de Principios estableció que: "el goce del más alto grado de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica y social" y que la salud depende de la cooperación entre los individuos y las naciones.

Sin embargo la psicología de la salud tiene antecedentes centenarios, por no decir

milenarios si se retorna a Hipócrates. Ciñéndose a su establecimiento formal, había que remitirse a la Medicina Psicosomática para entender trastornos funcionales supuestamente debidos a conflictos psicológicos.

Los objetivos de la psicología de la salud son utilizar los principios de la ciencia psicológica para prevenir enfermedades físicas o tratarlas cuando ya se han presentado, dentro de las siguientes áreas de actividad: prevención primaria , secundaria y terciaria, educación a otros profesionales de la salud, médicos, enfermeros, odontólogos, terapeutas físicos, fonoaudiólogos, etcétera, participación en el sistema nacional de salud, investigación científica, tanto básica como aplicada y evaluación, intervención y consultoría.

Así como la prevención y en este sentido, la modificación de los patrones de comportamiento y estilo de vida inadecuados para la salud de las personas.

La relación de la psicología de la salud con otras disciplinas sirve para enriquecerse y tener una mayor perspectiva en las situaciones de salud-enfermedad. La medicina psicosomática, la psicología clínica y la medicina comportamental o conductual, sirvieron como antecedente valioso para dar paso a una psicología moderna que permite contribuir con sus investigaciones para mantener y promover en la población la salud y evitar en lo posible la enfermedad. Las funciones de la medicina psicosomática, la psicología clínica y la medicina comportamental o conductual, tienen una identificación con la psicología de la salud y es acerca de esto y por esto que se les menciona y describe tal implicación.

La psicología de la salud integra a todas o casi todas las funciones de las citadas disciplinas; salud mental, salud física, prevención individual, supra individual, tratamiento, etcétera, encaminados los esfuerzos a la salud integral del individuo, para llevarlo al plano de la comunidad que es su finalidad pero todo esto con una visión de prevención.

El psicólogo de la salud es aquel que aplica el conocimiento y las habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la Psicología y ciencias afines a las anomalías, los trastornos y a cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir estos en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse.

Uno de los capítulos con los que tiene su fundamentación teórica en gran medida esta tesis es el capítulo 2 Enfermedad Crónica y Sector Salud. Donde comenzaremos por definir la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social no simplemente la ausencia de enfermedad". Esta definición innova a la definición clásica de "ausencia de enfermedad e invalideces", ya que por primera vez se definió la salud en términos positivos y no negativos, además se incluyeron las áreas mental y social como componentes de la salud.

San Martín (1979) señala que el concepto de enfermedad manejado desde diferentes perspectivas deriva de tres ideas básicas: 1. Intrínseca: es guardada por un desequilibrio interno del individuo. 2. Extrínseca es generada fuera del individuo y este la incorpora y 3. Mixta el individuo presenta una predisposición que lo sensibiliza a ciertos agentes externos.

Tomando en cuenta lo anterior definiremos lo que es una enfermedad crónica. Se llama enfermedad crónica a aquella patología de larga duración cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a tres meses puede considerarse como crónica.

El hecho de padecer un trastorno crónico no implica necesariamente tener una enfermedad grave o que puede poner en peligro la vida de una persona, aunque algunas enfermedades crónicas, como el cáncer y el SIDA, lo pueden hacer.

Las enfermedades crónicas también incluyen trastornos como el asma, la artritis y la diabetes.

Si se padece una enfermedad crónica, es posible que no solo afecte físicamente, sino también emocional social y a veces, incluso, económicamente. La forma en que a una persona le afecta una enfermedad crónica depende de la enfermedad particular que tienen y como repercute sobre su cuerpo, la gravedad de la enfermedad y el tipo de tratamientos que requiere. Aceptar y adaptarse a la realidad de padecer una enfermedad crónica requiere tiempo, pero los jóvenes que están dispuestos a aprender cosas sobre su enfermedad, a buscar y aceptar el apoyo de los demás y a participar activamente en el cuidado de su salud generalmente superar con éxito el proceso.

Algunas características de pacientes con enfermedad crónica son personas que han vivido presiones de múltiples factores como personales, sociales, emocionales, familiares y económicos que van manifestándose y afectando su salud y que en el mayor de los casos no solo saben afrontar o no lo saben comunicar a sus familiares.

Adaptarse a vivir con una enfermedad crónica exige tiempo, paciencia, apoyo y ganas de aprender y de participar en el cuidado de la propia salud. Las personas que se tienen que enfrentar a retos inesperados a menudo descubren en ellas una capacidad de adaptación y una resistencia que antes no imaginaban que pudieran tener. Muchos dicen que aprenden más sobre sí mismos al tener que enfrentarse a esos retos y sienten que crecen como personas y desarrollan la fortaleza interior y la autoconciencia en mayor medida que si no se hubieran tenido que enfrentar a tales retos. Las personas que padecen enfermedades crónicas descubren que, cuando adoptan un papel activo en el cuidado de su salud, aprenden a entender y valorarse sus puntos fuertes - y adaptarse a los débiles - como jamás habían hecho.

En las décadas del 70' y 80' del pasado siglo, los estudios sobre el estilo de vida resultaron recurrentes en las publicaciones sobre la psicología de la salud. Movidos por la intención de identificar los factores psicosociales asociados al proceso de salud-enfermedad, los estudios en esta dirección se apoyan en los hallazgos de la epidemiología y con ello importaron el enfoque que esta ciencia utilizó en la investigación del estilo de vida.

Predominan los estudios de factores que identificaron unidades parciales del comportamiento asociados a la aparición de enfermedades específicas, como modulador del estrés, hábitos de fumar un cáncer, disturbios del sueño, abusos de sustancias, estresores interpersonales y suicidios, hábitos sexuales, estilo de vida y síntomas del periodo menopáusico, ejercicios físicos, hábitos alimenticios, tabaquismo y muerte celular. Los estudios encaminados a los cambios de comportamientos de riesgo y la promoción de salud, con mucha frecuencia hacen alusión al estilo de vida de los sujetos, reduciéndolo a los hábitos alimenticios, el ejercicio físico, la conducta sexual, el consumo de alcohol, etc. Obviamente estas unidades parciales del comportamiento forman parte del estilo de vida, pero no lo agotan.

Así mismo como los estilos de vida son importantes para una enfermedad crónica también lo tiene la calidad de vida.

El término calidad de vida se describe como la percepción que tiene el paciente a los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

Esto pretende como meta no solo la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente la mejora de la calidad de vida del paciente, es decir, no solo tiene una intención correctiva sino preventiva. Para esto se han tomado en cuenta, entre otras cosas, las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento

personal y el nivel de autonomía en la calidad de vida.

Por último un punto importante que contendrá este capítulo es el sector salud ya que el uso del sector salud en la población mexicana es de suma importancia debido a que es una prestación laboral muy importante y el primer servicio médico necesario al que se recurre y más si es por una enfermedad crónica en la atención continua de urgencias y en cuestión económica.

El sector salud en México nace en 1977 con el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la secretaria de salubridad y asistencia, con el fin de asegurar la coordinación y el control de las entidades que actúan en el campo de la salud.

El sector salud actúa como uno de los mecanismos más eficaces para redistribuir la riqueza social y contribuye así a conseguir la justicia social en el país. Entre otras funciones la labor institucional ayuda a amortiguar pensiones sociales y políticas. La protección se extiende no solo a la salud, sino también a los medios de subsistencia cuando la enfermedad impide que el trabajador continúe ejerciendo su actividad productiva, ya sea de forma temporal o permanente. El propósito de los servicios sociales de beneficio colectivo y de las prestaciones fundamentales se orientan a incrementar el ingreso familiar, aprender formas de mejorar los niveles de bienestar, cultivar aficiones artísticas y culturales y hasta propiciar una mejor utilización del tiempo libre. La ley del sector salud expresa así todo lo anterior "El sector salud tiene por finalidad, garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Por todo lo anteriormente expuesto esta investigación tiene su justificación dentro de la psicología de la salud para investigar cuáles serían las herramientas y los instrumentos necesarios para abordar de forma integradora las enfermedades crónicas y el uso del sector salud y lo dicho por Bronfman (1997), que las

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

En el capítulo 3 se presenta el método, procedimiento y los resultados.

Finalmente las conclusiones que se obtuvieron al realizar esta investigación.

CAPITULO 1
PSICOLOGIA DE LA SALUD

CAPITULO 1

PSICOLOGIA DE LA SALUD

1.1 Definición de la psicología de la salud

La psicología de la salud es una rama de la psicología que nace a finales de los años 70 dentro de un modelo biopsicosocial según el cual la enfermedad física es el resultado no solo de factores médicos, sino también de factores psicológicos como las emociones, pensamientos, conductas, estilos de vida, estrés y factores sociales como las influencias culturales, relaciones familiares y apoyo social etc.

Carrobles (1993), define que la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos y orgánicos con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar estos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, de 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 salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad.

Sarafino (1990), la define como el “campo de la psicología introducido a finales de los 70 para examinar las causas de las enfermedades y estudiar vías para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario” (p.483).

Simón (1993), menciona que la psicología de la salud es; “la confluencia de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico (psicología clínica, psicología básica, psicología social, psicología), tanto a la promoción y mantenimiento de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad” (p.19).

Taylor en 1995, define a la psicología de la salud como; “campo de la psicología dedicado al conocimiento de la influencias psicológicas en como la gente permanece sana, por que enferman y como responden cuando están enfermos”.

Pérez (2002), define a la psicología de la salud como el “conjunto de aplicaciones practicas del conocimiento psicológico a la esfera de la salud, en donde tales aplicaciones son, de forma mediatizada o directa, dirigidas al proceso salud-enfermedad en todas sus complejas interrelaciones”, teniendo por objetivos: centrar su atención y esfuerzos a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la identificación de la etiología y el diagnostico de los factores asociados a la salud, la enfermedad u otras disfunciones asociadas, así como al análisis y ayuda al sistema de salud y la formación de la política de salud.

Matarazzo (1982), 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” (p.4).

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

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

Por todo lo anterior unas de las definiciones más completas de la psicología de la salud son las de Matarazzo y Carrobbles.

1.2 Antecedentes de la Psicología de la Salud

En un contexto interesado por un modelo holístico de salud, surge el nacimiento formal de la Psicología de la salud. Además ello también coincide con la propuesta formulada a finales de los sesenta de considerar la psicología como una profesión sanitaria, al reconocerse que la conducta del ser humano puede ser crucial tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la enfermedad.

La Psicología de la Salud tiene antecedentes centenarios, por no decir milenarios como la época de Hipócrates. La medicina psicosomática, un término acuñado en 1918, en el contexto de la extensión del psicoanálisis para entender trastornos funcionales supuestamente debidos a conflictos psicológicos (Belar, 1995).

Desde julio de 1946, cuando se fundó la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo de las Naciones Unidas especializado en los aspectos relacionados con la salud. Esta organización actúa como la autoridad directiva y coordinadora de las labores sanitarias de todo el mundo y en su declaración de principios estableció que: "el goce del mas alto grado de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica y social" y que la salud depende de la cooperación entre los individuos y las naciones (Higashida , 1995).

Otro antecedente de la psicología de la salud se ubica en "Medicina Comportamental". Este término lo propuso Lee Birk en 1973 como su Biofeedback:

Behavioral Medicine. Aunque es clara la intención de referirse comportamental como el uso de procedimientos derivados del condicionamiento de respuestas fisiológicas autónomas, para fines de curación de algunas originadas en la atención de esas respuestas.

En 1977 se realizó en la Universidad de Yale la conferencia sobre Medicina Comportamental; en este evento se reunieron especialistas de las áreas de la salud y de las ciencias sociales para formalizar comportamental, entendida como un campo interdisciplinario de integración de biomédicos y sociales, con el fin de diseñar e implementar procedimientos para el tratamiento y la rehabilitación (Flórez, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se reunieron en el año 1978, con el propósito de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo un número de profesionales en la psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, etcétera), con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud, se congrega y se habla sobre cuestiones relacionadas con esta y, en ese mismo año -1978- forman la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), naciendo así formal, institucional y profesionalmente la psicología de la salud (Oblitas y col., 2000).

En 1979 se publicó el primer manual por la Asociación Americana de Psicología (APA): Health Psychology. A Handbook. En 1982 también aparece la revista de esa división de la APA con el título Health Psychology (Vázquez y col. 1998).

1.3 Objetivos de la Psicología de la Salud

Tal y como se desprende de distintas definiciones de la psicología de la salud sus objetivos son evaluar diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir distintos

trastornos de salud utilizando el conocimiento, habilidades, técnicas e instrumentos apropiados por la psicología.

Carrobles 1993 (Oblitas y Becoña, 2000), dice que este campo de la psicología tiene como objetivo utilizar los principios de la ciencia psicológica para prevenir enfermedades físicas o tratarlas cuando ya se han presentado, dentro de las siguientes áreas de actividad:

- Educación a otros profesionales de la salud: médicos, enfermeros, odontólogos, terapeutas físicos, fonoaudiólogos, etcétera.
- Participación en el Sistema Nacional de Salud.
- Investigación Científica, tanto básica como aplicada.
- Evaluación, intervención y consultoría.

Los objetivos planteados para la psicología de la salud, fueron definidos por la Asociación Americana de Psicología (APA), tomando en cuenta las reiteradas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, sobre la necesidad de intervenir en la salud (Buela-Casal y col. 1996).

- Comprender y evaluar el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
- Entender como las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
- Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de problemas de salud.
- Entender como los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
- Aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
- Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.

- Ser consiente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, tratamientos médicos y problemas en las relaciones medico-paciente se refiere.
- Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y mejorar la eficacia del tratamiento.
- Ser consiente del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.
- Descubrir y entender como las técnicas y los principios psicológicos se aplican para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

1.4 Relación de la Psicología de la salud con otras disciplinas.

La Psicología de la Salud por su definición y objetivos tiene relación con otras disciplinas como son la medicina psicosomática, la psicología clínica y la medicina conductual.

La medicina psicosomática constituyo el primer intento de investigar, dentro del ámbito medico, las relaciones entre las variables psicosociales y las alteraciones psicofisiológicas.

Lipowski, 1977 (en: Vázquez y col. 1998) dice que la medicina psicosomática tiene como objetivos: 1) el estudio del papel de los factores psicológicos, biológicos y sociales en la homeostasis del ser humano; 2) una aproximación holística a la practica de la medicina, y 3) una relación con la practica psiquiátrica de consulta-apoyo.

La Psicología Clínica como una área de la psicología en la que se aplican técnicas de evaluación y modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos psicopatológicos. Por su parte, la psicología preventiva constituye un campo de investigación de acción interdisciplinar que desde una perspectiva proactiva, ecológica y ética y una

conceptualización integral del ser humano en su contexto sociomaterial (o sociocomunitario) real y concreto, trata de utilizar los principios teóricos y la tecnología de la intervención actualmente disponible en cualquier disciplina que resulten útiles para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud física-mental y de la calidad de vida a nivel comunitario tanto a corto como a largo plazo (Buela y col. 1996).

La medicina conductual nace como una extensión de la tradición teórica conductista, por la cual su preocupación principal fueron las conductas de salud y enfermedad, las contingencias que las mantienen y los cambios necesarios que habría que operar en las mismas para modificar dichas conductas. En la práctica clínica, la medicina conductual emplea las técnicas de modificación de conducta para la evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad física o disfunciones psicofisiológicas, además de la utilización del análisis funcional de la conducta para la comprensión de las conductas asociadas a los trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud (Vázquez y col., 1998).

Las disciplinas antes mencionadas han contribuido para que la psicología de la salud tenga las siguientes características:

- 1.- Integra la salud-enfermedad desde una naturaleza biopsicosocial
- 2.- El interés en la promoción de la salud, investigando y generando programas para optimizar y mantener la salud, fundamentalmente basados en la adopción de hábitos y estilos de vida saludables y en la mejora de la salubridad ambiental. Esto es, un énfasis conceptual y operativo hacia la salud.
- 3.- El interés por la prevención (primaria) de la enfermedad, o actuaciones sobre, conductas o hábitos de riesgo (tabaquismo, alcoholismo y abuso de ciertas sustancias, patrones alimenticios inadecuados, falta de actividad física, falta de higiene, falta de descanso, ocio y riesgo de enfermedades de transmisión sexual, etcétera) fundamentalmente y sobre las características patógenas del medio.

4.- La tendencia a una perspectiva ecológico-comunitaria para las actuaciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

5.- La elaboración de adecuadas estrategias para la evaluación y tratamiento rehabilitación de la enfermedad (prevención secundaria y terciaria), tanto a nivel individual como comunitario.

6.- La formación de paraprofesionales y la potencialización de la actuación de otros profesionales de la salud, mejorando sus relaciones con los pacientes.

Observando las descripciones de la medicina psicosomática, medicina comportamental y psicología clínica, podemos decir por ejemplo que, la psicología clínica se encarga de los individuos cuando ya padecen alguna afección, mientras que la psicología de la salud, se preocupa de estos, en la salud, previniendo la enfermedad y además en su tratamiento cuando ya existe, así que, esta relación se guarda básicamente con las otras dos disciplinas restantes; la medicina psicosomática y la medicina comportamental. Se puede decir entonces, que, la diferencia con la psicología de la salud, la componen: la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Vázquez y col., 1998)

1.5 El Psicólogo de la Salud

El Psicólogo de la Salud es el profesionalista que evalúa, diagnostica, explica, trata, modifica o previene distintos trastornos de salud utilizando el conocimiento, habilidades, técnicas e instrumentos proporcionados por la Psicología.

La formación del psicólogo de la salud, esta constituida inicialmente por la troncal que es la profesión de psicólogo, adquiriendo posteriormente los estudios de especialización.

Esta especialización se lleva a cabo en países como España, Cuba, y otros. Los psicólogos de la salud, en su mayoría provienen de la psicología clínica y de la

medicina conductual, ellos fueron adaptando sus técnicas a un nuevo campo de aplicación, en el cual, además de la rehabilitación es necesaria la prevención y la promoción de la salud, y aunque siguen el modelo conductual en cuanto a contenidos y posición teórica, utilizan el modelo psicométrico ya que no se trabaja a nivel individual sino de una comunidad (Oblitas y col., 2000).

Algunas áreas de intervención del psicólogo de la salud son:

- Promover un estilo de vida saludable.
- Dar herramientas para prevenir algunas enfermedades, es decir, modificar los hábitos insanos asociados a enfermedades.
- Tratamiento de enfermedades (hipertensión, dolor crónico, artritis, asma, diabetes, cáncer, etc.) junto con otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos.
- Evaluar y mejorar el sistema sanitario (Muños, 2008).

El Psicólogo de la salud empieza a introducirse lentamente en el ámbito hospitalario. Las funciones que puede desempeñar el psicólogo de la salud en el hospital son múltiples. Estas funciones las podríamos clasificar en dos grandes bloques: directas e indirectas. Entendemos por directas, las actuaciones que el psicólogo realiza con el paciente y por indirectas aquellas que lleva a cabo a través de los profesionales del hospital (médicos, enfermeras, gerentes, etc.) (Moix, 2003).

La faceta de investigación es la actividad preponderante entre los psicólogos de la psicología de la salud, esta investigación esta orientada a cuestiones que atañen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, para posteriormente aplicar la investigación y así apoyar a los pacientes en la clínica y en otros marcos de aplicación (Becoña y col., 2000)

Finalmente una nueva tarea del psicólogos de la salud es tratar a el voluntario que es una figura que se esta implantando cada vez con mas fuerza en el ámbito de la salud (hospital). Esta implantación creemos que supondrá una ampliación de las

funciones categorizadas como indirectas que desempeña el psicólogo de la Salud. Por lo que, consideramos que el psicólogo debería a través de sus conocimientos formar y asesorar al voluntario dado que este puede incidir en gran medida en el estado emocional del paciente por la estrecha relación que mantiene con él.

CAPITULO 2
ENFERMEDAD CRONICA Y
SECTOR SALUD

CAPITULO 2

ENFERMEDAD CRONICA Y

SECTOR SALUD

2.1 Salud y Enfermedad

En todo momento cuando se habla de salud no se puede dejar de mencionar su contraparte la enfermedad.

Diversas perspectivas epistemológicas e ideológicas han participado en la construcción de la idea de salud y enfermedad mental. Durante el siglo XIX y principios del siglo XX surge y se desarrolla la concepción de que las alteraciones de la conducta serian el resultado de una confrontación dinámica de naturaleza psíquica en el individuo para satisfacer deseos instintivos por un lado, y por otro, adaptarse a las exigencias y demandas de carácter socio cultural. Esta vertiente de pensamiento, que se sistematizo mas tarde en el psicoanálisis, inauguraba de hecho el llamado modelo psicológico de la enfermedad mental. Es en realidad hasta los años sesenta del siglo XX que desde la psicología, se aborda sistemáticamente para su estudio el conjunto de determinantes ambientales y sociales del trastorno mental y se piensa la enfermedad mas en términos de prevención poblacional (García, 2006).

Se califica de enfermedad a cualquier estado del cuerpo que hace a una persona menos sana de lo que se considera "normal". Con esta significación, cualquier perturbación del funcionamiento normal del cuerpo manifestada por síntomas que siguen un curso previsible que distingue a este estado de todos los demás se llama enfermedad (Howard, 1982).

San Martin (1979), señala que el concepto de enfermedad manejado desde diferentes perspectivas deriva de tres ideas básicas:

Intrínseca: es generada por un desequilibrio interno del individuo.

Extrínseca: es generada fuera del individuo y este la incorpora.

Mixta: el individuo presenta una predisposición que lo sensibiliza a ciertos agentes externos.

La psicología social cognitiva a la explicación de las conductas que han de producirse para la prevención de la salud y la adopción de las necesarias medidas protectoras. Para ello es preciso:

Que el individuo perciba la conducta que se espera como un bien o una necesidad para él, o en su defecto que perciba que la omisión de esa conducta puede constituir una amenaza para él.

Que la percepción de la enfermedad como amenaza sea captada por el individuo a través de su susceptibilidad percibida a la enfermedad, o posibilidad subjetiva de que la pueda afectar, y de la gravedad percibida.

Que el sujeto pueda percibir y juzgar subjetivamente que el tiene posibilidades y condiciones para aplicar tal conducta, para llevarla a acabo, persistir en ella, superar las dificultades que surjan.

Los psicólogos sociales Fishbein y Ajzen han elaborado y reformulado las teorías sobre las actitudes, su dimensión cognitiva, efectiva y orientada a la acción, tratando de explicar la manera en que estas inducen o retraen la conducta.

Cuando se trata de provocar una conducta deseada, es importante conocer los mecanismos que inducen a la acción.

La dimensión cognitiva de las actitudes se basan en los elementos que ya hemos enumerado: creencias, percepciones, motivos personales o sociales.

Los contenidos cognitivos se vinculan con componentes afectivos, afecto positivo y afecto negativo.

La aplicación del modelo a la promoción de la salud esta orientada a promover las actitudes favorables hacia los comportamientos saludables.

Para ello, el mapa cognitivo de los mecanismos que operan ha de guiar las propuestas de intervención, sobre todo para modificar hábitos o comportamientos arraigados.

El modelo de la acción social de Ewart (1991, En: Nieto 2004), esta basado en la teoría del aprendizaje social cognitivo de Bandura en 1986.

De enfoque también cognitivo, centra su atención sobre el proceso autorregulador del sistema cognitivo, cuyas entradas proceden de los medios de comunicación los modelos y la interdependencia social en sus diversas instancias.

El mecanismo regulador surge de la evaluación del proceso en relación con los determinantes del sistema cognitivo, las expectativas sobre resultados de la acción, la autoeficacia percibida y el establecimiento de metas. La fuerza motivadora nace del ajuste entre estos contenidos cognitivos personales y los resultados esperados (Nieto, 2004).

Jores (1961), nos permite contemplar que las actitudes de los individuos ante la enfermedad eran determinantes en el desarrollo de esta, puesto que la biografía implica relaciones, contextos, estilos de vida, y en estos, actitudes ante los diferentes planteamientos que la vida diaria presenta, y esta dentro de estos, la elección o convicción de una vida saludable, tomando las recomendaciones que a la fecha se conocen son las mejores para estar libres de enfermedad; no fumar, no comer en exceso, hacer ejercicio, etc. y algo muy importante conjugar lo anterior en una vida placentera.

Por lo anterior el concepto de enfermedad es visto desde infinidad de perspectivas, según la cultura, la sociedad, la familia, el individuo, etcétera, y nos inclinamos a pensar en la enfermedad como una concepción mixta o biopsicosocial, ya que esta abarca todo lo inherente al ser humano, el cual no es un ente separado ni de si mismo ni de lo que le rodea, y es manera como organiza su medio y así mismo el modelo en como ha de hacer frente cuando la enfermedad se presenta.

2.2 Definición de enfermedad crónica

Vivir con una enfermedad de larga duración o crónica plantea nuevos reto a una persona. Aprender a afrontar esos retos es un proceso largo, no es algo que se consiga de la noche a la mañana.

Las enfermedades crónicas son los trastornos orgánicos o funcionales que obligan a una modificación del modo de vida del paciente y que han persistido o es probable que persistan durante largo tiempo (Zaragoza, 2007).

Oblitas (2006), define a una enfermedad crónica como un “trastorno orgánico y funcional que obliga a una modificación del modo de vida normal del paciente y que ha persistido, o es probable que persista durante largo tiempo”. Así mismo también lo define como “un proceso incurable, con una gran carga social, tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y un desarrollo poco predecible”.

Por enfermedad crónica entendemos aquel trastorno orgánico-funcional que obliga a una modificación en el estilo de vida de un individuo y que es probable persista por largo tiempo (Vinaccia,2003).

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica (OMS, 1979).

Barquin (2002), considera que los trastornos o enfermedades crónicas varían desde los relativamente benignos, como una pérdida parcial que pueda ser auditiva, visual, etc., aun mas alarmante dese el punto de vista estadístico es que el mayor numero de personas desarrollara algún tipo de incapacidad o enfermedad crónica que pueda llegar a ser causa de muerte.

2.3 Características de una enfermedad crónica

La psicología de la salud se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas las investigaciones, y el desarrollo de planes de intervención se han centrado en enfermedades tan diversas como la hipertensión, el dolor crónico, la artritis, el asma, la diabetes, el cáncer, los trastornos cardiovasculares, las enfermedades reumáticas, el SIDA intestino irritable, dolor de cabeza, entre otros. Las enfermedades crónicas se han incrementado de una forma significativa y constituyen las principales causas de mortalidad y padecimientos en la población

de todo el mundo. El 50% de los orígenes de estas enfermedades se deben a factores psicológicos y comportamentales relacionados con aprendizajes y hábitos no saludables, tales como una alimentación inadecuada, un estilo de vida sedentaria y falta de ejercicio; patrones irregulares en el comportamiento del sueño, tendencia a la ira, el coraje, la ansiedad, el estereotipo y la depresión esquemas de pensamiento erróneos con respecto a la salud y enfermedad, entre otros (Oblitas, 2006).

En la actualidad el 50% de la población padece algún trastorno crónico que requiere la atención del sistema sanitario. Desde el punto de vista epidemiológico, es que la mayoría de las personas desarrollara alguna incapacidad o enfermedad crónica que, a la larga, podrá ser la causa de su muerte.

La adaptación a la enfermedad crónica depende de una multiplicidad de factores, como la edad, el género, el estatus social, el apoyo, la educación, las creencias religiosas, los patrones de personalidad, la inteligencia, los autoesquemas, los estilos de afrontamiento, etc. Igualmente, estas aparecen, se mantienen o se agravan en función de las conductas individuales (Vinaccia, 2003).

Otras características de las enfermedades crónicas son incapacidad para el desarrollo de una vida normal, largas y numerosas hospitalizaciones, centro de atención de una familia angustiada y futuro incierto.

Cada enfermedad crónica tiene sus propios síntomas, tratamiento y evolución. Exceptuando el hecho de que son relativamente duraderas, las distintas enfermedades crónicas no se parecen necesariamente entre si en otros aspectos. La mayoría de las personas que padecen enfermedades crónicas no piensan en ellas mismas como en un "enfermo crónico", sino como en alguien que padece un trastorno específico a la enfermedad concreta que tengan (Nemours F., 2007).

Por lo tanto se definen las siguientes características de enfermedades crónicas como las siguientes:

- Son permanentes e irreversibles, cursando con alteraciones residuales.
- Son multicausales y se deben afrontar desde una perspectiva multicausal.
- Requieren del entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado y de la colaboración de ambos con el equipo de salud.

- Precisan largos periodos de cuidados y tratamiento para su control y para paliar los efectos de la enfermedad.
- Conllevan sentimientos de pérdida como componente específico y predominante en cualquier tipo de enfermedad crónica.
- Son muchas las clasificaciones propuestas para las enfermedades crónicas (Zaragoza, 2007).

2.4 Características de pacientes con enfermedad crónica

Al padecer una enfermedad crónica, es posible que no sólo le afecte físicamente, sino también emocional, social y a veces, incluso, económicamente. La forma en que a una persona le afecta una enfermedad crónica depende de la enfermedad particular que tiene y como repercute sobre su cuerpo, la gravedad de la enfermedad y el tipo de tratamientos que requiere. Aceptar y adaptarse a la realidad de padecer una enfermedad crónica requiere tiempo, pero los jóvenes que están dispuestos a aprender cosas sobre su enfermedad, a buscar y aceptar el apoyo de los demás y a participar activamente en el cuidado de su salud generalmente superan con éxito el proceso (Nemours F., 2007).

A continuación se describirán una serie de reacciones psicológicas ante el diagnóstico de la enfermedad crónica:

1. Fase inicial de rechazo o negación. En un primer momento el descubrimiento de la enfermedad y su característica de incurable es difícil de asimilar y conduce a negar o minimizar síntomas, el diagnóstico y la propia enfermedad, haciendo planes para el futuro no acudiendo a los controles médicos o incluso incumpliendo las prescripciones medicas. Esta fase dura unos días después de confirmado el diagnóstico y es tanto más intensa cuanto más inesperado sea la notificación de la enfermedad. Se trata de un mecanismo de defensa útil en los primeros momentos, que sirve de amortiguador ante el impacto de la realidad.
2. Cuando el paciente no puede seguir manteniendo la negación la sustituye por sentimientos de ira, rabia y resentimiento. Se muestra difícil intolerante quejumbroso y exigente. Esta conducta hostil aleja, a veces, a la familia y a

quienes le asisten, aumentando su frustración y, por tanto, su agresividad. El paciente necesita comprensión, paciencia y que no se responda a su irritación con agresividad o aislándolo, sino que seamos capaces de ponernos en su lugar y ayudarlo a exteriorizar su rencor, proyectado a menudo sobre el personal sanitario.

3. La posterior racionalización o evidencia de la sintomatología lleva a una situación de búsqueda de apoyo emocional en el equipo sanitario, en los amigos o en la familia para hacer frente a la realidad que poco a poco va aceptando.

4. Con el tiempo entra en un estado que podríamos definir de depresión reactiva en el cual existen lamentos por las pérdidas sufridas y por aquellas futuras a las que habrá de enfrentarse. Es una fase que puede entrañar grandes dificultades para el personal sanitario y para la familia, pudiendo agravarse con aparición de ideas y comportamientos suicidas.

5. En la mayoría de los casos el paciente supera esta cuarta fase y entra en un periodo de dependencia que le conduce a multiplicar el número de visitas y a consultar por problemas mínimos.

6. Obviamente no puede determinarse la duración de cada una de las fases descritas, ya que en ella influirán gran número de factores de distinta índole que provocaban estancamientos, retrocesos e incluso abandonos del tratamiento, con independencia del momento evolutivo y del nivel de educación. Por otra parte, existe una gran variabilidad interindividual, sin que todas las fases sean de obligada presentación ni secuenciales. Un paciente puede regresar a una fase anterior o saltarse etapas, llegando por ejemplo a la situación depresiva rápidamente. En general estas fases se van superponiendo manteniendo un continuo dinamismo (Zaragoza, 2007).

Ser diagnosticado con una enfermedad crónica como cáncer, diabetes o SIDA suele asociarse con una serie de temores, miedos, perplejidad, incompreensión, incertidumbre, ante otros aspectos. En suma, el diagnóstico de estas enfermedades supone sufrimiento en mayor o menor grado. A pesar del impacto psicológico que genera esta situación, el curso de la vida de los pacientes, y en

cierto modo, el curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación al futuro. Si el afrontamiento de tales eventos privados/cognitivos supone respuestas literales de lo que estos miedos y preocupaciones “dicen o aconsejan hacer”, se puede llegar a producir un empobrecimiento vital que termina por incrementar considerablemente el sufrimiento personal. El Trastorno de Evitación Experimental (TEE) sería un componente central en tales casos, caracterizados por un patrón generalizado de rigidez conductual o inflexibilidad psicológica ante los eventos privados, que termina resultando limitante y empobrecedor para la persona. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una terapia que se está mostrando efectiva para alterar los contextos verbales que tienen atrapado al paciente en el TEE y especialmente en casos en los que el sufrimiento es elevado y de carácter crónico. La ACT promueve la flexibilidad conductual, lo que permite a la persona aceptar los eventos privados en vez de tomarlos como barreras literales, y actuar con la responsabilidad que conlleva en pro de vivir una vida más plena, aun en condiciones difíciles debido a la enfermedad (Oblitas, 2006).

Un psicólogo calificado puede ayudar a desarrollar la fortaleza emocional necesaria para aguantar las dificultades de las enfermedades crónicas. Al trabajar con su médico y otros especialistas, el psicólogo puede ayudarlo a desarrollar estrategias adecuadas para confrontar la enfermedad, que no solo fortalecerán sus programas de tratamiento sino que además a la realización en la vida pese a cualquier limitación física.

Estas son algunas otras sugerencias para sobrellevar las enfermedades crónicas:

- Mantener relaciones sociales. Establecer y mantener relaciones de calidad con amigos y familiares. Muchas organizaciones de salud auspician grupos de apoyo compuesta por otras personas que experimentan desafíos similares. Estos grupos no solo contribuyen al bienestar sino que también le proporcionarían oportunidades gratificantes cuando lo necesiten otros.
- Cuide de si mismo. No permitir que las preocupaciones por su enfermedad interfieran, alimentarse bien, descansar y hacer ejercicios y divertirse.

- Mantener una rutina diaria de trabajo, mandados, tareas domesticas y pasatiempos siempre que sea posible. Esto le brindara un sentimiento de estabilidad dentro del caos y lo incierto de su enfermedad (Centro de Apoyo de la APA, 2007).

2.5 Estilos de Vida

En las décadas del 70' y el 80' del pasado siglo, los estudios sobre el estilo de vida resultaron recurrentes en las publicaciones sobre la psicología de la salud. Movidos por la intensión de identificar los factores psicosociales asociados al proceso de salud-enfermedad, los estudios en esta dirección se apoyaron en los hallazgos de la epidemiología y con ello importaron el enfoque que esta ciencia utilizo en la investigación del estilo de vida.

Los estudios encaminados a los cambios de comportamiento de riesgo y la promoción de salud, con mucha frecuencia hacen alusión al estilo de vida de los sujetos, reduciéndolo a los hábitos alimentarios, el ejercicio físico, la conducta sexual, el consumo de alcohol, etc. Obviamente estas unidades parciales del comportamiento forman parte del estilo de vida, pero no lo agotan (Mayo, 2003).

La Psicología interesada en el estudio del sujeto individual de modo holístico, ha utilizado frecuentemente el término estilo, precisamente porque hace alusión a lo típicamente individual. Así en la psicología cognitiva se ha utilizado para estudiar el pensamiento, el aprendizaje. La psicología social se ha apoyado en el mismo para el estudio del liderazgo y la dirección. Por su parte la psicología de la salud lo ha utilizado para estudiar el afrontamiento al estrés (Sánchez, J Sánchez, M P., 1994 En: Mayo, 2003)

Por lo anterior podemos definir al estilo de vida como el conjunto de soluciones estratégicas que adopta el individuo para poder cumplir sus planes y objetivos globales (Sánchez, López, 1997 En: Nieto, 2004).

El modelo propuesto por Triandis, 1994 que parte de la psicología transcultural, nos parece un buen marco teórico para situar conceptos tales como el de estilo psicológico, y mediante la aplicación de este, los conceptos de estilos de vida y

estilos de personalidad, en relación con la conducta de enfermedad. El modelo de Triandis es el siguiente:

Ecología---Cultura---Socialización---Personalidad---Conducta

Dentro de este marco, el concepto de estilo psicológico es útil para el estudio de diversidad de individuos en una diversidad de contextos porque nos permite encontrar más fácilmente la regularidad dentro del cambio o dinámica y, por tanto, explorar el patrón de cambio dentro de la diferencias individuales (Nieto,2004).

Los estilos de enfermar (o estilos de vida y salud). En un principio los estilos de vida aparecen como equivalentes a los “hábitos de vida” en relación con la enfermedad. Desde aquí, se explica la predisposición a determinados tipos de enfermedad, el intento de averiguar si ciertas variable de personalidad conllevan hábitos de vida que impliquen mayor riesgo de contraer enfermedades o que, por el contrario, puedan prevenirlas o disminuir el periodo de enfermedad (Nieto, 2004).

Un enfoque personológico sobre el estilo de vida tiene importancia esencial para la Psicología en el momento actual. Desde el punto de vista teórico contribuiría a la integración, sistematización y generalización del enorme cumulo de datos empíricos existentes sobre unidades parciales del comportamiento utilizadas en diversas esferas de la psicología. Este permitiría también una representación más integral sobre las relaciones individuo-sociedad.

Desde el punto de vista práctico, la posibilidad de caracterizar integralmente el estilo de vida de los sujetos tendría múltiples aplicaciones. Haría más eficaz algunas tareas profesionales tales como la identificación de comportamientos integrales de riesgo patológico no evidentes en conductas aisladas o unidades elementales del comportamiento (Mayo, 2003).

Por la tanto las investigaciones del estilo de vida en la Psicología de la Salud han tenido un carácter factorialista, reduciendo la comprensión del estilo de vida a conductas, hábitos y comportamientos simples. El enfoque personológico del estilo de vida puede resultar útil en el estudio desde una nueva perspectiva integradora y holística, de los factores asociados al proceso de salud y enfermedad, tales como el apoyo social, los afrontamientos y el riesgo.

2.6 Calidad de Vida

El término calidad de vida se ha encontrado en diversos ambientes como el sociolaboral como indicador de rendimiento (calidad del producto), es decir la relación costo/beneficio, hasta su introducción, en el campo de la sanidad a la gestión y a la evaluación de la rentabilidad económica de determinados procesos más tarde el término se incorporó a la clínica en la intervención terapéutica.

La Organización Mundial de la Salud (1991) propuso la siguiente definición de consenso de "calidad de vida", basada en estudios transculturales: "percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Este concepto de calidad de vida es, por tanto, un concepto extenso, que incorpora una serie de dimensiones relacionadas entre sí de forma compleja, tales como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas. El grupo de trabajo de la OMS, a través de un estudio multicéntrico, ha identificado los diez factores que más influyen en el nivel global de la calidad de vida de un individuo: sentimientos positivos, actividades de la vida diaria, energía y fatiga, sentimientos negativos, capacidad de trabajo, autoestima, actividades de ocio, relaciones personales, dolor y disconfort, sueño y descanso (Nieto, 2004).

Tarcotte, P. (1982), menciona que el término "calidad de vida" aparentemente aparece con relación a las condiciones de vida urbana y el medio ambiente, esto por parte de la psicología del medio ambiente. Entre los años 50's y 60's se comienza a popularizar a diversos campos tales como la salud biológica, educación, política, economía y otros campos más, todos ellos con un aparente fin común el cual es el bienestar humano. Todos estos, desde la ciencia social, pretenden en su génesis trabajar el concepto en cuestión con datos objetivos que permiten medir aspectos y hechos vinculados al bienestar social de una población en específico para poder, posteriormente, además contemplar elementos de carácter subjetivo.

La calidad de vida relacionada con la salud se describe como la percepción que tiene el paciente a los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación

de ciertos tratamientos en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

Esto pretende como meta no solo la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente la mejora de la calidad de vida del paciente, es decir, no solo tiene una intención correctiva sino preventiva.

La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida.

La calidad de vida abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las funciones, relaciones, afecto, intimidad, apariencia, entretenimiento y el aislamiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior (Vinaccia y Orozco, 2005).

A medida que las enfermedades crónicas han aumentado su prevalencia, de forma lenta pero progresiva, se ha aumentado el interés por la calidad de vida del enfermo y por los múltiples factores biopsicosociales que inciden sobre ella.

Según Bayes (1994), evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importantes porque permite: conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento, a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo; conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad; conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos; evaluar mejor las terapias paliativas; eliminar resultados nulos de determinados ensayos clínicos; ampliar los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad.

Schwartzmann (2003), nos habla de calidad de vida, y una de las características que más emplea es la capacidad del ser humano para satisfacer sus necesidades y para sobrevivir. Puede decirse sin temor a equivocación, que estas necesidades solo se satisfacen por medio de la interacción con las demás personas y con el

medio ambiente. De acuerdo con esta afirmación, los problemas humanos pueden contextualizarse en términos de falta de correspondencia entre las necesidades del individuo y el ambiente físico y social.

Desde el punto de vista subjetivo, podríamos afirmar que la calidad de vida, relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado. Tal definición implica considerar la calidad de vida como una valoración: una respuesta cognoscitiva del individuo a la que sigue una reacción emocional. Estos dos elementos reflejan el grado de satisfacción con una situación personal concreta en función del logro de las expectativas iniciales.

Kalker y Roser (1987), citados por Rodríguez (1995), definen la calidad de vida en los enfermos crónicos como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales. Según esta definición, Haes y Van Knippenberg (1985-1987), citados por Rodríguez (1995), proponen que la calidad de vida dentro de la perspectiva de las personas con enfermedades crónicas debe ser vista como un constructo multidimensional que incluye, al menos, estatus funcional, síntomas relacionados con la enfermedad, funcionamiento psicológico y funcionamiento social.

El estatus funcional se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de personas; incluye tres categorías; autocuidado, movilidad y actividad física. En cuanto a los síntomas relacionados con la enfermedad, son diversos en función del tipo de enfermedad y tratamiento.

El funcionamiento social hace referencia, según World Health Organization (2003), al trastorno de las actividades sociales normales y es el resultado de diferentes factores, como limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga, el miedo del paciente de ser una carga para los demás, el temor por los síntomas o las discapacidades, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, miedo al contagio, etc. Dentro de este apartado, hay que considerar

también las actividades del rol, esto es, desempeño de papeles asociados con el trabajo y la familia.

En suma, cuando se habla de calidad de vida en el paciente crónico se hace alusión a su propia valoración global frente a la adaptación funcional, cognitiva, emocional, social y laboral.

2.7 Características del Sector Salud

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

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

En 1981 se crea la Coordinación de los Servicios de Salud, dependiente directamente del Presidente de la República, con el fin de realizar estudios conducentes al establecimiento de un Sistema Nacional de Salud que diera cobertura a todos los mexicanos.

El Ejecutivo Federal formula el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, consolida la conformación del Sector Salud e instruye la operación del Gabinete de Salud

para proporcionar la acción enérgica y comprometida de las instituciones que prestan servicios de atención médica, salud pública y asistencia social.

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

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

Hoy en día un aspecto importante dentro del sector salud es la perspectiva de los usuarios ante la calidad de la atención de los servicios de salud en México.

Las diferencias encontradas entre los factores sociodemográficos asociados a los perfiles de mala calidad indican que cada grupo de población tiene una percepción propia de los aspectos que modulan su interacción con los proveedores. Puede ser que con el incremento de los niveles de escolaridad en la población y con una creciente participación de la mujer en la economía los usuarios demanden y exijan mejores servicios de salud; a su vez, estos últimos tendrán, que cubrir las necesidades de los usuarios y cumplir con sus expectativas, de lo contrario las repercusiones se verían cristalizadas en la baja utilización de los servicios y en un mayor porcentaje de demandas legales, y por ende, la población buscaría

alternativas mas eficientes y de bajo costo para entenderse, como es el caso de los servicios privados no lucrativos (Ramírez y col., 1998).

La falta de mejoría en el estado de salud manifestada por los informantes pareciera estar relacionada, en general, con dos aspectos: a) la supervisión y la capacitación del personal en el manejo clínico, y b) las variables intrínsecas a la población usuaria. Respecto al primer aspecto se puede señalar que, a pesar de la existencia de manuales y normas para el manejo clínico, la estandarización en el diagnostico y en la atención sigue siendo deficiente en muchos sentidos. Aunado a ello, la falta de sistematización de mecanismos de supervisión de estos procesos de alguna manera se hace evidente en la insatisfacción de los usuarios. En este sentido la capacitación del personal adscrito permanentemente, así como de los estudiantes, es importante, ya que en los servicios de salud es muy frecuente que la atención sea otorgada por los segundos y que, en ambos casos, se de poca importancia al entrenamiento y a la estandarización, tanto en los aspectos de diagnostico como de la atención misma.

En el segundo aspecto, estarían jugando un papel importante el nivel de instrucción y la cultura del usuario acerca de los beneficios que le brinda la institución y de las obligaciones que se le confieren (cuidado de su salud, seguimiento de las prescripciones, cumplimiento con horarios); el concepto que el usuario tiene acerca de los servicios de salud y de la salud-enfermedad son elementos que también modularían la percepción de la población respecto a la calidad de la atención recibida (Ramírez y col., 1998).

La reforma del sistema de salud en México, que parece impostergable en el corto o en el mediano plazo, requiere considerar el desarrollo de mecanismos que permitan incrementar la calidad en los servicios de salud. No obstante, hay que considerar las diferencias organizacionales y la disponibilidad de recursos de cada institución. Por ello, en la medida de lo posible, cada institución de salud tendrá que cubrir las necesidades básicas de salud de su población y atender y cumplir con las expectativas que esta última tiene respecto a sus servicios, ya que sin su opinión cualquier esfuerzo por mejorar la calidad quedaría truncado (Ramírez y col. ,1998).

Así mismo el papel del psicólogo dentro del sector salud considerando los trabajos realizados sobre una amplia variedad de tópicos fundamentales relacionados con el campo de los problemas de la salud, se discute sobre la urgente necesidad de promover su debido reconocimiento profesional, en los mismos términos en que se reconoce a otros profesionales. Es fundamental, como un primer paso para superar tales dificultades, que los profesionales de la Psicología interesados en el citado campo se esfuercen por: a) procurar su inserción en los equipos multidisciplinarios de salud, ya sea realizando funciones de investigación, planeación, prevención o intervención, y b) difundir los productos de sus trabajos en revistas o eventos académicos en las que tradicionalmente se divulgan los de otros profesionales (Piña, 2003).

CAPITULO 3
METODO Y RESULTADOS

CAPITULO 3

METODO Y RESULTADOS

3.1 Objetivo General

Conocer si los pacientes de enfermedades crónicas hacen uso del sector salud.

3.2 Objetivos Específicos

- Detectar si los pacientes con alguna enfermedad crónica hacen uso del sector salud de acuerdo a su escolaridad.
- Conocer el uso del sector salud ante una enfermedad crónica dentro de la psicología de la salud.

3.3 Hipótesis

Hipótesis: Las personas con alguna enfermedad crónica hacen uso del sector salud.

Hipótesis Nula: Las personas con alguna enfermedad crónica no hacen uso del sector salud.

3.4 Sujetos

Se tomo una muestra no probabilística de 984 sujetos de los cuales 444 son hombres y 540 son mujeres, cuya edad va de los 17 a los 77 años en ambos sexos usuarios del sistema de salud (hospitales de gobierno y particular) sin importar sexo o nivel socioeconómico.

3.5 Escenario

-Sector salud: salas de espera para consulta externa de los centros; Hospital MIG, Español, Hospital Juárez, Hospital 1º de Octubre y Centro Medico Nacional Siglo XXI.

-Comunidades Sociedad de Colonos del Fracc. Bosques de Aragón, S.C. y Sociedad de Colonos Lindavista, S.C.

-Familias: se solicitó la participación de familias cuyos hijos asisten a los colegios; Escuela primaria "Thomas Alba Edison" A.C., Secundaria "Colegio Cultural México" A.C. y Escuela Nacional Preparatoria No 3 UNAM.

-Instituciones: profesores, administrativos y alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM.

3.6 Definición de variables

Se determina la relación que existe entre la variable independiente atributiva de enfermedad crónica los reactivos de la variable dependiente escolaridad y uso del sector salud como visita al doctor (consulta), tratamiento hospitalario (noche en hospital) y tratamiento de emergencia (admisiones a hospital).

Variable Independiente Atributiva: Enfermedad crónica.

Variable Dependiente: Escolaridad y Uso del sector salud, visita al doctor, tratamiento hospitalario y tratamiento de emergencia.

3.7 Materiales e Instrumentos

Se utilizaron 1000 formatos de los instrumentos "Funcionamientos Psicosocial" y "Funcionamientos de la Salud" (Ramírez y Cortés, 2000), bolígrafos, escalas elaboradas por Ramírez y Cortés, (2003) de "Funcionamiento de la Salud" (FS) que consta de cinco subescalas con un total de 69 reactivos y "Funcionamiento Psicosocial" (FP) que consta de 4 subescalas con un total de 58 reactivos (Ver anexo 1).

Ambos instrumentos cuentan con confiabilidad y validez. Para los fines de la presente investigación se tomaron únicamente los datos del instrumento FS, de donde se seleccionó la subescala Uso del Sector Salud (Ver Anexo 2).

3.8 Procedimiento

La investigación es no experimental, descriptiva y se realizó un análisis no paramétrico de los datos.

Fases:

1. Aplicación del instrumento : se aplicaron los instrumentos FS y FP en las instituciones ya mencionados, con el consentimiento institucional y personal de cada individuo
2. Captura de datos: los datos se capturaron y se analizaron empleando el programa estadístico computarizado SPSS.
3. Análisis de datos: se obtendrá la correlación de cada reactivo utilizando una prueba no paramétrica (ji cuadrada y coeficiente de Pearson) para evaluar la relación entre variables (V.I .A y V.D).

3.9 Resultados

Por medio del programa estadístico SPSS se obtuvo la correlación entre la variable independiente atributiva (Enfermedad crónica) y variable dependiente (escolaridad, uso del sector salud, como visita al doctor, tratamiento hospitalario y tratamiento de emergencia), utilizando una prueba no paramétrica (Ji cuadrada y coeficiente de Pearson) obteniendo los siguientes resultados.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ENFERMEDAD CRÓNICA * ESCOLARIDAD	983	99.5%	5	.5%	988	100.0%
ENFERMEDAD CRÓNICA * CONSULTORIO	984	99.6%	4	.4%	988	100.0%
ENFERMEDAD CRÓNICA * NOCHE EN HOSPITAL	984	99.6%	4	.4%	988	100.0%
ENFERMEDAD CRÓNICA * ADMISIONES A HOSPITAL	983	99.5%	5	.5%	988	100.0%

Tabla 1. Muestra los porcentajes adquiridos entre la correlación de enfermedad crónica y escolaridad, consultorio (visita al doctor), tratamiento hospitalario (noche en hospital) y tratamiento de emergencia (admisiones a hospital).

		ESCOLARIDAD						Total
		PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	CARRERA TECNICA	PROFESIONAL	NINGUNA	
ENFERMEDAD CRÓNICA	NO	114	93	131	133	271	6	748
	SI	38	41	31	51	56	11	228
	3		1			1		2
	4	1						1
	6	1		1		2		4
	Total		154	135	163	184	330	17

Tabla 2. Representa la frecuencia obtenida de la correlación entre enfermedad crónica y escolaridad.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.041	.034	-1.291	.197 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.048	.032	-1.509	.132 ^c
N of Valid Cases		983			

Tabla 3. Muestra el nivel de significancia de la V.D. escolaridad de .197 no siendo significativo.

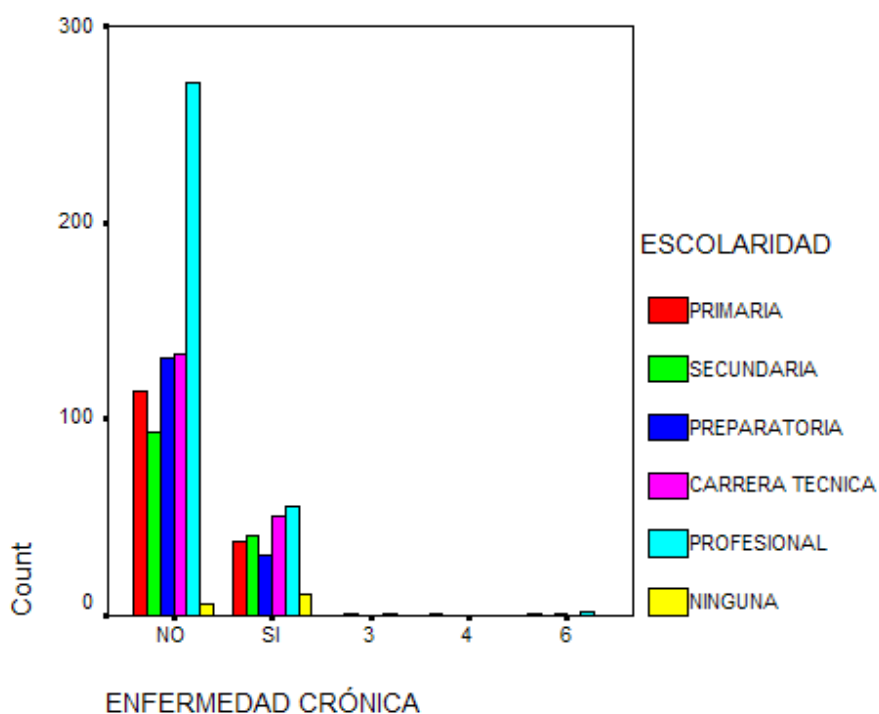


Figura 1. Representa los puntajes obtenidos en la correlación de enfermedad crónica y escolaridad siendo la más representativa el nivel profesional.

		CONSULTORIO							Total
		0	0	1	2	3-5	6 O MAS	6	
ENFERMEDAD	NO	1	154	173	218	135	67		748
CRÓNICA	SI	1	21	31	53	57	66		229
	3		1		1				2
	4							1	1
	6		3		1				4
Total		2	179	204	273	192	133	1	984

Tabla 4. Muestra la correlación entre la variable dependiente consultorio (visita al doctor) y enfermedad crónica (V.I.A) de 0 a 6 veces o mas visitas al doctor.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.170	.045	5.410	.000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.237	.032	7.637	.000 ^c
N of Valid Cases		984			

Tabla 5. Muestra el valor del nivel de significancia de consultorio .000 por lo que esta variable tiene una alta significancia.

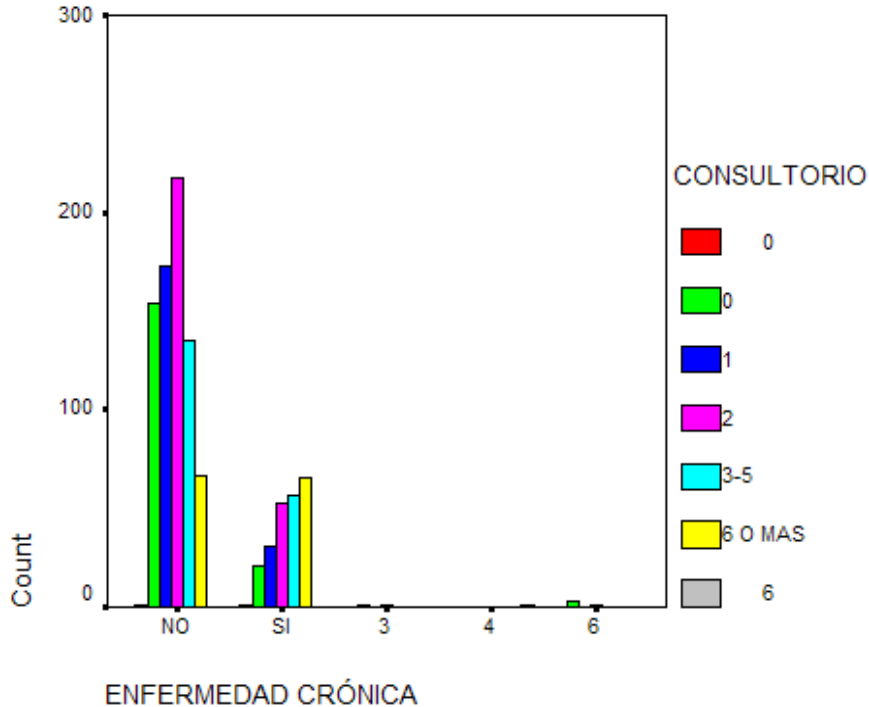


Fig. 2 Representa los puntajes obtenidos en la correlación enfermedad crónica y consultorio.

		NOCHE EN HOSPITAL						Total
		0	0	1	2	3 A 5	6 O MÁS	
ENFERMEDAD CRÓNICA	NO	3	640	38	49	11	7	748
	SI		184	19	15	7	4	229
	3		1	1				2
	4					1		1
	6		3		1			4
Total		3	828	58	65	19	11	984

Tabla 6. Puntajes de la frecuencia obtenida entre la correlación de noche en hospital (V.D) y enfermedad crónica (V.I.A.) de 0 a 6 o mas veces de pasar la noche en el hospital.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.081	.038	2.535	.011 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.080	.034	2.501	.013 ^c
N of Valid Cases		984			

Tabla 7. Muestra el nivel de significancia de noche en hospital de .011 siendo no significativa para esta correlación.

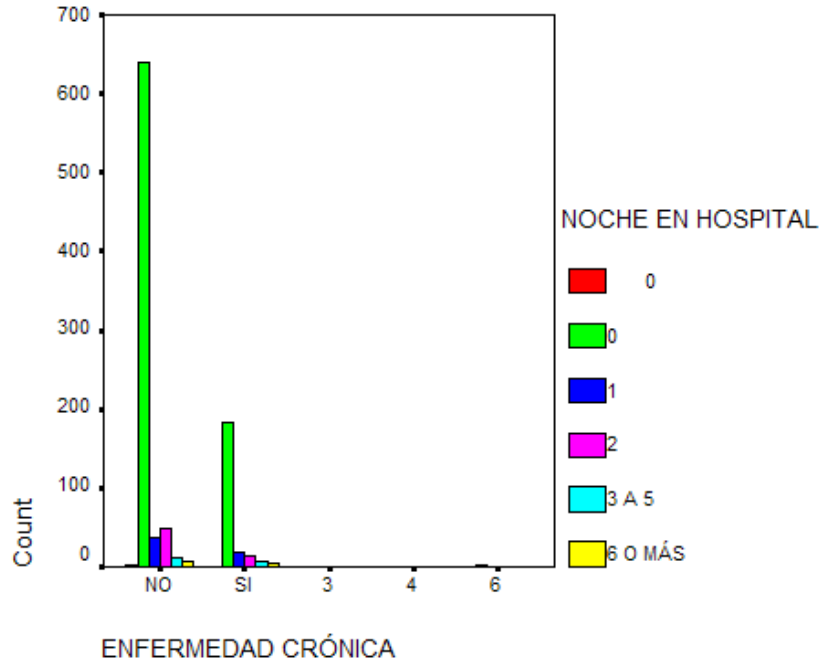


Fig. 3 Representa la frecuencia de la correlación de las noches pasadas en el hospital y la enfermedad crónica.

		ADMISIONES A HOSPITAL						Total
		0	0	1	2	3 A 5	6 O MÁS	
ENFERMEDAD CRÓNICA	NO	3	555	88	62	24	15	747
	SI		124	38	24	22	21	229
	3		2					2
	4		1					1
	6		2				2	4
	Total		3	684	126	86	46	38

Tabla 8. Muestra la frecuencia obtenida entre la correlación de admisiones a hospital (V.D) y enfermedad crónica (V.I.A) de 0 a 6 o mas veces de admisiones a hospital.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.218	.044	7.012	.000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.206	.034	6.580	.000 ^c
N of Valid Cases		983			

Tabla 9. Muestra el nivel de significancia de admisiones a hospital de .000 siendo significativa para esta correlacion.

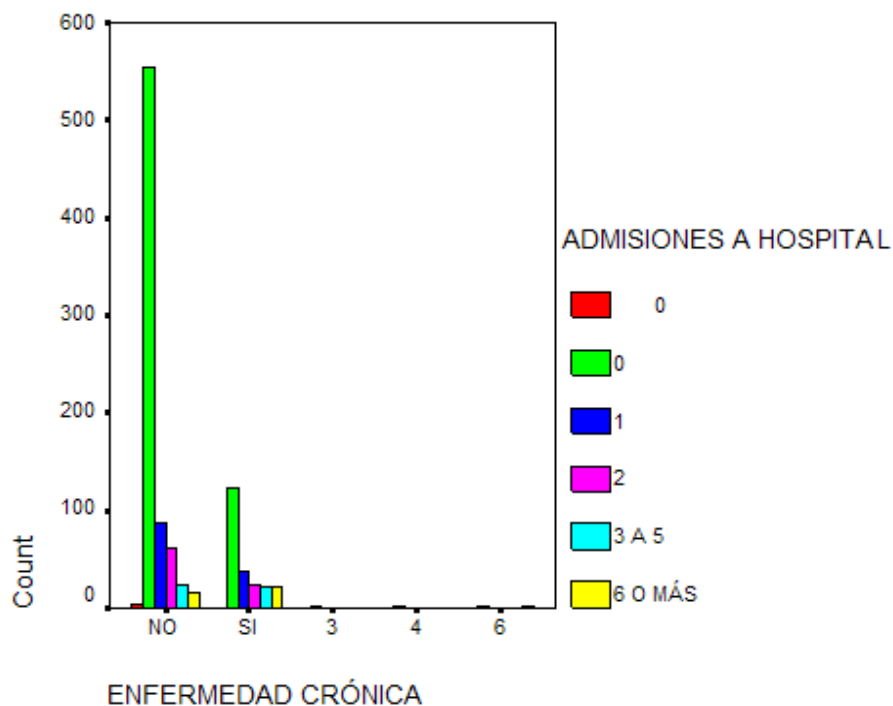


Fig. 4 Representa la frecuencia de la correlación de la admisión a hospital y la enfermedad crónica.

3.10 Análisis de Resultados

En base a los resultados obtenidos mediante el programa estadístico SPSS por medio del cual se realizó la correlación entre el reactivo de la variable independiente atributiva enfermedad crónica y los reactivos de la variable dependiente escolaridad y uso del sector salud del instrumento "Factores de salud" (Ver Anexo 2.)

De acuerdo a la frecuencia obtenida en cada correlación se obtuvo una validez ya que los porcentajes de cada una es de 99.5 % y 99.6 % respectivamente por lo que casi esta al 100% los reactivos de la prueba.

La Correlación entre la variable independiente atributiva enfermedad crónica y variable dependiente escolaridad y uso del sector salud permitió observar que de las cuatro correlaciones que se efectuaron solo dos obtuvieron un nivel de significancia que indica la existencia de la correlación y en dos de estas no se encontró tal.

Primeramente la relación de los reactivos en los que se encontró correlación fue ir al consultorio del doctor y admisiones de hospital o tratamiento de emergencia.

La Correlación de los reactivos en los que no hubo esta son escolaridad y noche en hospital (tratamiento hospitalario).

Congruentemente a lo expresado por la población la mayoría de personas con enfermedad crónica si van al consultorio del doctor y también van a los servicios de emergencia al hospital y que de acuerdo a la frecuencia van al consultorio de 6 a mas veces y admisiones al hospital no reciben un tratamiento o solo una vez reciben el tratamiento de emergencia.

Y de acuerdo a la no correlación de enfermedad crónica y escolaridad se observo que las personas con enfermedad crónica son profesionistas seguidos de los que tienen carrera técnica, secundaria, primaria, preparatoria y los que menos tienen enfermedad crónica son los de ninguna escolaridad. Así mismo las personas que no reciben tratamiento en el hospital o noche en hospital de 229 personas con enfermedad crónica 184 no pasan noche en hospital en su mayoría seguida de pasar solo una noche.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Por los resultados analizados en el instrumento de Ramírez y Cortés en el área de funcionamiento de la salud en sus reactivos de uso del sector salud en la enfermedad crónica se puede concluir que las personas con enfermedad crónica son en su mayoría de una escolaridad profesionalista que si van a consulta con el doctor y que si hacen uso de los servicios de emergencia pero no se quedan internados por lo que son atendidos, estabilizados y dados de alta y por lo tanto si hacen uso del sector salud cumpliéndose nuestro objetivo general de conocer si los pacientes de enfermedad crónica hacen uso del sector salud.

Quizás el actuar de las personas con enfermedad crónica y que no se quedan internados es debido a que aprenden a sobrellevar su enfermedad a afrontarla es decir hay una adaptación a la enfermedad crónica dependiendo de una multiplicidad de factores como la edad, genero, el estatus social, el apoyo, la educación, las creencias, religiosas, los patrones de personalidad, la inteligencia, los auto esquemas, los estilos de afrontamiento, etc. En función de las conductas individuales como lo mencionado por Vinaccia, (2003).

Dentro de esas conductas de vida se encuentran los estilos de vida como hábitos y comportamientos dicho por Mayo, (2003) así mismo como la calidad de vida que es muy importante para conservar la estabilidad de la enfermedad como lo menciona Nieto, (2004) sentimientos positivos actividades de la vida diaria, energía y fatiga, sentimientos negativos, capacidad de trabajo, autoestima, actividades de ocio, relaciones personales dolor y discomfort, sueño y descanso. Así como Vinaccia y Orozco, (2005) menciona la calidad de vida, el temor de ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento.

Sin embargo hoy en día la situación del sector salud a nivel estado no es muy buena debido a que no se encuentran los medicamentos y materiales necesarios para la atención de los pacientes.

La importancia que tiene el Psicólogo de la salud al valorar su trabajo incrementaría la calidad en los servicios de salud reconocimiento profesional en los mismos términos en que se reconoce a otros profesionales esto dicho también por Piña, (2003).

Este estudio nos permite sugerir otras investigaciones que arrojarán nuevos datos de suma importancia para la psicología de la salud así como lo dice Bronfman, (1997).

Cuales son las actividades de los enfermos crónicos siendo profesionistas y si es su actividad o herencia lo que los lleva a la enfermedad y si es este grupo en mayor porcentaje de enfermedades crónicas y por supuesto si los enfermos crónicos no hacen uso de otros servicios médicos y no solo del sector salud o si deciden en dado caso recibir atención hospitalaria (internarse). Conocer lo que le falta al sector salud para brindar un mejor servicio y también por parte del psicólogo de la salud conocer sus medidas de trabajo para brindar un mejor servicio y así valorar más el trabajo y reconocimiento al mismo.

Esperemos que este trabajo sirva a todas las personas para conocer y tener interés en la psicología de la salud ya que es un área de la psicología muy bonita e interesante y que sin lugar a dudas esta en la vida de todo ser humano.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Barquín, M. (2002). "La Moderna Salud Pública". Revista Medica del IMSS. 40, 483-486.

Bayes, R. (1994). "Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad". Cuadernos de Medicina Psicosomática, 30, 28-34.

Becoña, E. Vázquez, F. Oblitas, G.L.A. (2000). Psicología de la salud. Antecedentes, Desarrollo, Estado actual y perspectivas en E. E Y L. Oblitas (Eds.). Psicología de la Salud. Mexico. Plaza y Valdes.

Belar, CD & Deardorff, W.W. (1995). Clinical Health Psychology in Medical Settlings. Washington: American Psychological Association.

Bronfman, M. (1997). Del "Cuanto" al "Por Que": La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México.

Buela, C.G., Caballo, E.V., Sierra, D.J.S. (1996). Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid; México. Siglo XXI.

Carrobles, J.A. (1993) Psicología y Medicina, en M.D. Avía; R. Burgaleta; C. Camarero; J.A. Carrobles; M. Costa; A. Fierro; J.A. de Juan y J. Toro (eds.) La Psicología como ciencia. Madrid. Ayuso.

Centro de Apoyo de la APA, (2007). Enfermedades Crónicas. Recuperado de:
<http://www.centrodeapoyoapa.org/articulos/articulos.php?id=119>

Flórez, A.L. (2004). Psicología de la Salud. 20 de junio, 2004. Revista Electrónica Psicología Científica. Recuperado de: <http://www.psicologiaincientifica.com>

Gaceta de Salud. (2003). Tres Grupos de Prestadores de Servicios. Recuperado de: http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html

García, R.R.E. (2006). "Notas sobre la noción de salud y la reflexión cultural en la psicología". Athenea Digital, 9, 1-17.

Higashida, H. y Yoshico, B. (1995). Educación para la Salud Interamericana. México. Mc. Graw Hill.

Howard C. Warren. (1982). Diccionario de Psicología. México. Fondo De Cultura Económica.

Jores, A. (1961). El hombre y sus enfermedades. Barcelona. Labor.

Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. American Psychologist.37, 1-4.

Mayo, P.I. (2003). La categoría estilo de vida y su importancia para la psicología de la salud. Recuperado de:

<http://www.wilustrados.com/publicaciones/EpyudApyAFwwPQfCR.php>

Muños, A. (2008). Psicología de la Salud. Recuperado de:

http://www.cepvi.com/articulos/psicologia_de_la_salud.shtml

Moix, Q.J. (2003). "El papel del psicólogo de la salud en el voluntariado hospitalario". Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría en Enlace, 65, 73-77.

Nemours Foundation. (2007). Vivir con una enfermedad crónica. Recuperado de:

http://www.kidshealth.org/teen/en_espanol/mente/deal_chronic_illnes_esp.html.

Nieto, M.J. (2004). Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. Madrid. Mc. Graw Hill/Interamericana.

Oblitas, G.L.A. y Becoña, E. (2000). Psicología de la Salud. México. Plaza y Valdés.

Oblitas, G.L.A. (2006). Psicología de la Salud y Enfermedades Crónicas. México. Psicom.

OMS. (1979). Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Ginebra.

Pérez, Lovelle R. (2002). La Psicología de la Salud en Cuba. Universidad Médica de Moscú e Instituto Superior de Ciencias Medicas de la Habana Cuba. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com>

Piña, L.J.A. (2003). "La Psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras". International Journal of Clinical and Health Psychology, 4 (1), 191-205.

Ramírez, S.T., Nájera, A.P. y Nigenda, L.G. (1998). "Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios". Salud Publica México, 40, 3-12.

Rodríguez, M.J. (1995). Psicología Social de la Salud. Madrid. Síntesis.

Salubridad, Antecedentes. (2000). El Sistema De Salud Mexicano, Una Historia De Casi 60 Años. Recuperado de:

<http://salud.edomexico.gob.mx/html/antecedentes/antecedentes.doc>

San Martín, H. (1979). Ecología Humana y Salud: El hombre y su ambiente. México. La Prensa Médica Mexicana.

Sarafino, E. (1990). Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. Nueva York. John Wiley.

Schwartzmann, L. (2003). "Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales". Ciencia y Enfermedad. 2, 9-21.

Simón, M.A. (1999). Manual de Psicología de la Salud Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Madrid. Biblioteca Nueva.

Tarcotte, P. (1987). Calidad de Vida en el Trabajo: Antiestrés y Creatividad. México. Trillas.

Taylor, R.B. (1995). Medicina de Familia: principios y práctica. Barcelona. Springer-Iberica.

Vázquez, I.A., Fernández, R.C., Pérez, M.A. (1998). Manual de Psicología de la Salud. Madrid. Pirámide.

Vinaccia, S. (2003). "El patrón de Conducta Tipo C en Pacientes con Enfermedades Crónicas". Revista Colombiana de Psiquiatría, 32 (2), 84-87.

Vinaccia, S. y Orozco, L.M. (2005). "Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas". Perspectivas en Psicología, 1 (2), 125-137

World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies. Washington.

Zaragoza, R. (2007). Enfermedad Crónica. Recuperado de:

File://G:\Crohn'sFAQ-Enfermedad cronica.htm

ANEXOS

ANEXO NO. 1

**INSTRUMENTOS ELABORADOS POR:
RAMIREZ Y CORTES**

“FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD”

“FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL”

El año pasado, ¿Qué tan seguido realizo las siguientes acciones?

	Diario 1	A menudo 2	Algunas veces 3	Pocas veces 4	Nunca 5		HP	HN
15.-	¿Abusar de la sal en la comida?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.-	¿Beber algún líquido con cafeína?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.-	¿Beber algún líquido sin cafeína?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.-	¿Caminar a diario con fuerza y energía?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.-	¿Comer entre comidas?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.-	¿Comer menos?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.-	¿Conocer las calorías que consume en los alimentos?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.-	¿Consumir tabaco en cigarros, puros o pipa?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.-	¿Desayunar sustanciosamente?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.-	¿Dormir por lo menos siete horas todas las noches?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.-	¿Ingerir alimentos nutritivos?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.-	¿Ingerir comida chatarra?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.-	¿Ingerir vitaminas?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.-	¿Leer escritos sobre el cuidado de la salud?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.-	¿Manejar sin respetar el límite de velocidad?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.-	¿Medir su colesterol?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.-	¿Platicar con los amigos sobre su salud?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.-	¿Realizar algún ejercicio con energía?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.-	¿Tomar cerveza?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.-	¿Tomar vino, jerez, anís, rompopé?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.-	¿Tomar, tequila, ron, brandy, u otros?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.-	¿Usar drogas?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.-	¿Usar el hilo dental?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.-	¿Usar cinturón de seguridad?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque el número que mas se acerque a su respuesta.

Pésima **Mala** **Regular** **Bien** **Excelente**
1 **2** **3** **4** **5**

39.-	¿Cómo ha sido su salud en los últimos seis meses, comparada con otras personas de su edad?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	SR
40.-	¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	ST

41.- ¿Tiene una enfermedad crónica? (una enfermedad que haya durado mas de seis meses)(marque si o no)

0. NO ---- vaya a la pregunta 43

1. SI ----vaya a la pregunta 42

EC

Marque el número que mas se acerque a su respuesta.

Nada **Un poco** **Regular** **Mucho** **Totalmente**
1 **2** **3** **4** **5**

42.-	Si tiene una enfermedad crónica. ¿Qué tanto limita sus actividades? (Si no tiene una enfermedad crónica, no responda esta pregunta)	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	IC
------	--	---	---	---	---	---	--------------------------	----

El año pasado, ¿En cual de las siguientes situaciones se encontró?

Marque **0** (NO) si NO le ocurrió Marque **1** (SI) si SI le ocurrió

Por cada situación que **SI** le haya ocurrido, marque que tanta tensión sintió. Seleccione el número que mas se acerque a su respuesta. Si marca **NO**, deje sin marcar los siguientes de ese mismo renglón.

Nada tenso **Muy poco tenso** **Poco tenso** **Muy tenso** **Totalmente tenso**
1 **2** **3** **4** **5**

		NO	SI							EP
1.-	Adquirió una casa nueva	0	1	1	2	3	4	5		
2.-	Algún amigo tuvo problemas serios	0	1	1	2	3	4	5		
3.-	Algún hijo se fue de la casa	0	1	1	2	3	4	5		
4.-	Cambio de casa o departamento	0	1	1	2	3	4	5		
5.-	Cambio de trabajo	0	1	1	2	3	4	5		
6.-	Dejo el trabajo o lo despidieron	0	1	1	2	3	4	5		
7.-	Enfermedad grave de un familiar o amigo	0	1	1	2	3	4	5		
8.-	Muerte de un familiar o amigo	0	1	1	2	3	4	5		
9.-	Nacimiento de un hijo	0	1	1	2	3	4	5		
10.-	Problemas con el jefe o compañeros	0	1	1	2	3	4	5		
11.-	Problemas con la esposa(o) o familiares	0	1	1	2	3	4	5		
12.-	Problemas financieros	0	1	1	2	3	4	5		
13.-	Se cambio de ciudad	0	1	1	2	3	4	5		
14.-	Su hijo(a) empezó o dejo la escuela	0	1	1	2	3	4	5		
15.-	Su hijo(a) tuvo problemas	0	1	1	2	3	4	5		
16.-	Tuvo problemas legales	0	1	1	2	3	4	5		
17.-	Usted sufrió una enfermedad	0	1	1	2	3	4	5		

NE

Nada **Un poco** **Regular** **Bastante** **Mucho**
1 **2** **3** **4** **5**

18.- ¿El año pasado, que tanto estrés o tensión tuvo?

1 2 3 4 5

EG

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

Me describe muy mal **Un poco** **Regular** **Bastante** **Me describe muy bien**
1 **2** **3** **4** **5**

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

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

Ninguno **Un poco** **Regular** **Bastante** **Mucho**
1 **2** **3** **4** **5**

25.-	El año pasado ¿Cuánta ayuda, guía o información recibió de sus amigos y familiares más cercanos?	1	2	3	4	5
------	--	---	---	---	---	---

AO AI AT

26.-	¿Cuánta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5
------	--	---	---	---	---	---

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

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

Ninguno **Un poco** **Regular** **Bastante** **Mucho**
1 **2** **3** **4** **5**

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

AO AI AT

Nada satisfecho **Un poco** **Regular** **Mucho** **Muy satisfecho**
1 **2** **3** **4** **5**

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

Muy poco **Un poco** **Regular** **Bastante** **Muy a menudo**
1 **2** **3** **4** **5**

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

AO AI AT

Nada satisfecho **Un poco** **Regular** **Mucho** **Muy satisfecho**
1 **2** **3** **4** **5**

33.-	¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?	1	2	3	4	5
------	--	---	---	---	---	---

TS

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

Muy poco **Un poco** **Regular** **Bastante** **Muy a menudo**
1 **2** **3** **4** **5**

		1	2	3	4	5	IN
34.-	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos estuvieron impacientes o enojados con usted?						
35.-	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos fueron poco considerados e insensibles con usted?						
36.-	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos le llamaron la atención por su forma de ser?						

37.-	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos se burlaron, hicieron chismes o lo rechazaron?	1	2	3	4	5	
------	---	---	---	---	---	---	--

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

Muy poco **Un poco** **Regular** **Bastante** **Mucho**
1 **2** **3** **4** **5**

		1	2	3	4	5	CA	CU	LM	EE	QS	DC	SV
38.-	¿Ha perdido interés en las cosas?												
39.-	¿Piensa mucho en sus fallas?												
40.-	¿Qué tan a menudo a tenido problemas con la memoria?												
41.-	¿Qué tan a menudo se ha sentido preocupado?												
42.-	¿Qué tan cerca ha estado de sus ideales?												
43.-	¿Qué tan difícil le ha sido concentrarse en sus cosas?												
44.-	¿Qué tan fatigado se ha sentido?												
45.-	¿Qué tan satisfecho se ha sentido con su vida?												
46.-	¿Qué tan seguido ha sentido un nudo en el estomago?												
47.-	¿Qué tan seguido ha tenido "miedo de lo peor"?												
48.-	¿Qué tan seguido se ha sentido nervioso o con dudas?												
49.-	¿Se ha sentido cansado?												
50.-	¿Se ha sentido criticado?												
51.-	¿Se ha sentido culpable cuando algo le sale mal?												
52.-	¿Se ha sentido deprimido?												
53.-	¿Se ha sentido mareado o con vértigos?												
54.-	¿Se reprocha a menudo cuando algo sale mal?												
55.-	¿Su ánimo ha sido feliz y positivo?												
56.-	¿Se ha sentido insatisfecho con tu vida?												
57.-	¿Se ha sentido activo?												
58.-	¿Fácilmente aleja los miedos de su mente?												

TT = =

De nuevo le agradecemos su interés y cooperación.

ANEXO NO. 2

ESCALAS DE INSTRUMENTOS:

FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD

FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

FUNCIONAMIENTOS DE LA SALUD (FS)

RESPUESTA DE LA ENFERMEDAD		
AA	AUTOAYUDA	4, 7, 12
AP	AYUDA PROFESIÓN	6, 9, 14
AM	AYUDA AMIGOS	3, 10, 13
AE	AYUDA ESPIRITUAL	2, 5, 11
PT	PASO DEL TIEMPO	8

HABITOS DE SALUD		
HP	HABITOS POSITIVOS	17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 37, 38
HN	HABITOS NEGATIVOS	15, 16, 19, 22, 26 29, 33, 34, 35, 36

HISTORIA DE SALUD		
ST	SALUD TOTAL	40
SR	SALUD RECIENTE	39
EC	ENFERMEDAD CRONICA	41
IC	INPEDIMENTO ENF CRO	42

USO DEL SECTOR SALUD		
VD	VISITA AL DOCTOR	43
TN	TRATAM HOSPITALA	44
TE	TRATAM EMERGEN	45
PT	PASO DEL TIEMPO	8

CREENCIAS Y ACTITUDES SALUDABLES		
EA	AUTOEFICIENCIA	50, 61, 62, 64
VS	VIGILANCIA SALUD	46, 47, 53, 59, 65
VL	VALORES DE SALUD	52, 55, 63, 68
CP	CONFIANZA AL PERS	49, 54, 57, 58
CS	CONFIANZA SISTEMA	51, 66, 67
HI	HIPOCONDRIA	48, 54, 60, 69

FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

ESTRÉS DE VIDA		
NE	NUMERO DE EVENTOS ESTRESANTES	
EP	ESTRÉS PERSIBIDO	1 A 17
EG	ESTRÉS GLOBAL	18

AFRONTAMIENTO		
HA	TOTAL AFRONTAMIENTO	19 A 24

APOYO SOCIAL		
TS	TOTAL APOYO SOCIAL	
AO	APOYO EMOCIONAL	28, 29, 30
AI	APOYO INFORMATIVO	25, 26, 27
AT	APOYO TANGIBLE	31, 32, 33
IN	INTERCAMBIO NEGATIVO	34, 35, 36, 37

SALUD PSICOLOGICA (ESTRÉS PSICOLOGICO)		
TT	TENSION TOTAL	
CA	CAMBIO DE ESTADO DE ANIMO	38, 52, 55
CU	CULPABILIDAD	39, 51, 54
LM	LENTITUD MOTORA	44, 49, 57
EE	ESTADO ANSIONSO	41, 47, 50
QS	QUEJA SOMATICA	46, 48, 53
DC	DISTURBIO COGNITIVO	40, 43, 58
SV	SATISFACCION DE VIDA	42, 45, 56, 57