



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

RELACION ENTRE EL AFRONTAMIENTO AL PADECIMIENTO DE  
UNA ENFERMEDAD CRONICO- DEGENERATIVA Y EL USO DEL  
SECTOR SALUD

T E S I S E M P Í R I C A  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A  
ALMA GLORIA SALAZAR ALDANA

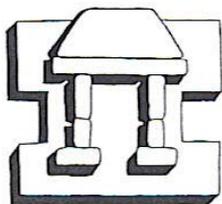
DIRECTORA

MTRA. ESTHER MARIA MARISELA RAMÍREZ GUERRERO

DICTAMINADORES

MTRO. 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.

## **Agradecimientos**

### **A Dios.**

#### **A mis padres:**

Por haberme transmitido los valores mas importantes de la vida a través de sus acciones diarias que forjaron en mí lo que hoy soy. Esto es sólo un ápice de agradecimiento para lo que merecen. Ustedes me dieron la vida y la capacidad de elegir una vida productiva, llena de amor y felicidad. Ustedes son mi mayor orgullo e inspiración.

Papá; gracias por tu esfuerzo cotidiano, por tus enseñanzas y mostrarme la gran fortaleza de tu corazón. Porque sabes ser padre, amigo y además un gran maestro de vida pues ante las adversidades solo me brindas cariño y comprensión. Tus consejos me mostraron la trayectoria a seguir para no sólo ser una persona profesionista sino una persona con calidad humana. Gracias por tus tiernos regaños al no querer levantarme temprano para asistir a la institución que me formó. Por lo grande que eres siempre te voy a amar.

Mamá; Porque siempre has tenido una mirada llena de amor hacia mi, por tus desvelos y compartir todos los momentos mas importantes de mi vida, porque siempre tienes una palabra de aliento, una sonrisa intrépida, los brazos mas sinceros. Por darme tu confianza, comprensión y enseñarme a caminar siempre con la mirada hacia adelante. Tu bondad, paciencia y grandes sentimientos te hacen una mujer excepcional. Te amo mamita.

#### **A mi hermana:**

Nena, agradezco tu amor, apoyo y porque en ti tengo el mayor ejemplo de lograr la excelencia académica. Por enseñarme “a buscar y lograr, un bello lugar... donde brilla siempre el sol”.

#### **A mis familiares:**

Juanito, por tu incondicional compañía y cariño; Roberto Bustamante, por tu amor, comprensión, y apoyo, la nobleza de tu ser ha quedado grabada en mi corazón.

### **A todos mis amigos y compañeros de generación.**

Eli, Marisol, Bart, Pepe, por las gratas experiencias juntos la vida universitaria. Elsy, Dulce Martínez; por sus prácticos consejos.

Al Cmdte. Ricardo Águila, por brindarme su apoyo y comprensión.

### **A mi guerrero de sangre:**

Edgar Jiménez; porque siempre ha creído en mí. Por tus amplias aportaciones en la elaboración del presente. Gracias por enseñarme a ser perseverante, entusiasta y transmitirme el camino de la lealtad, el honor y el valor en todas las acciones del ser humano y tú eres excepcional. Por su incondicional apoyo en mi vida académica, laboral y deportiva, gracias por existir y compartir conmigo innumerables experiencias.

### **A mi Alma Mater:**

La Universidad Nacional Autónoma de México, por ser una Institución de prestigio, llena de historia que lucha por la educación con principios soberanos, formadora de miles de mexicanos con actitud de servir a nuestro país. Siempre me sentiré privilegiada de ser egresada de tan solemne universidad. Orgullosamente llevaré en mis venas “Sangre Azul y Piel Dorada”.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Donde tuve la oportunidad de realizar un sueño y se consolido mi formación profesional a través de la calidad de los catedráticos que en ella dejan parte de su vida.

### **A mis Sinodales:**

A mi asesora de tesis, Mtra.. Esther Ma. Marisela Ramírez Guerrero por su brillante asesoría, paciencia, tiempo y en reconocimiento de su ardua labor en la investigación y transmisión del conocimiento. Al Mtro. Enrique Bernabé Cortés Vázquez, por sus invaluable aportaciones; a la Lic. Yasmín de Jesús Arriaga Abad, por su contribución y amabilidad; a la Lic. Juanita Olvera Méndez, por su dedicación en clase y gentileza; a la Lic. María Luisa Hernández Lira, por su cordial tiempo.

*“Uno puede devolver un préstamo de oro, pero está en deuda de por vida con aquellos que son amables” (Proverbio).*

# INDICE

|  |    |
|--|----|
| INTRODUCCION.....  | 2  |
| CAPÍTULO 1. PSICOLOGIA DE LA SALUD.....                      | 8  |
| 1.1 Antecedentes.....  | 8  |
| 1.2 Surgimiento de la Psicología de la Salud.....            | 17 |
| 1.3 Evaluación en Psicología de la Salud.....                | 23 |
| 1.4 Niveles de Intervención en Psicología de la Salud.....   | 29 |
| <br>   |    |
| CAPÍTULO 2. AFRONTAMIENTO.....                               | 34 |
| 2.1 Definición.....  | 34 |
| 2.2 Enfermedades Crónico- Degenerativas.....                 | 40 |
| 2.2.1 Hipertensión arterial.....                             | 40 |
| 2.2.2 Diabetes.....  | 42 |
| 2.2.3 Cáncer.....  | 44 |
| 2.3 Apoyo Familiar.....                                      | 48 |
| <br>   |    |
| CAPÍTULO 3. USO DEL SECTOR SALUD.....                        | 51 |
| 3.1 Percepción del usuario de los servicios de salud .....   | 51 |
| 3.2 El psicólogo en los hospitales.....                      | 56 |
| 3.3 El hospital como institución al cuidado de la salud..... | 61 |
| 3.3.1 Hospital de Cancerología.....                          | 62 |
| 3.3.2 Hospital de Cardiología.....                           | 64 |
| 3.3.3 Hospital general La Raza.....                          | 66 |
| <br>   |    |
| CAPITULO 4. METODO.....                                      | 68 |
| 4.1 Objetivo.....  | 68 |
| 4.2 Diseño.....  | 68 |
| 4.3 Hipótesis.....   | 68 |
| 4.4 Variables.....   | 68 |

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 4.5 Sujetos.....              | 69 |
| 4.6 Escenarios.....           | 69 |
| 4.7 Instrumentos.....         | 69 |
| 4.8 Procedimiento.....        | 69 |
| <br>                          |    |
| CAPÍTULO 5. RESULTADOS.....   | 70 |
| <br>                          |    |
| CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES..... | 83 |
| <br>                          |    |
| BIBLIOGRAFÍA.....             | 92 |
| <br>                          |    |
| ANEXOS.....                   | 98 |

## RESUMEN

La psicología de la salud, contribuye considerablemente en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas, así como para la promoción y educación para la salud. En el Capítulo 1, se presenta una reseña de la evolución de la psicología de la salud y sus objetos de estudio. El Capítulo 2, contiene los principios psicológicos del afrontamiento en las enfermedades crónicas. El Capítulo 3, manifiesta la participación de la psicología de la salud en el sector salud a través de la incursión de psicólogos en este ámbito. La presente investigación tuvo como objetivo identificar la relación existente entre el afrontamiento al padecimiento de una enfermedad crónico-degenerativa y el uso del sector salud. Se aplicó un diseño no experimental, descriptivo y explicativo, para el análisis cuantitativo se utilizó el método de encuesta observacional con un diseño transversal descriptivo explicativo. Fueron aplicados los instrumentos Funcionamiento de la Salud (FS) y Funcionamiento Psicosocial (FP) desarrollados por Ramírez y Cortés (2003) a 985 usuarios del sector salud público y privado con un rango de edad de 18 a 75 años, de ambos géneros. Los resultados indican la relación existente entre las subescalas de afrontamiento de los instrumentos (FP) y (FS) “aceptar sentimientos”; “mantener la calma”; “controlar la situación”; “conocer la situación”; “sentirse mejor” y “solucionar problemas”; y el uso del sector salud; lo que sugiere reforzar las conductas y estrategias de afrontamiento en el paciente con un padecimiento crónico a efecto de fomentar su asistencia a las instituciones de salud para mejorar su adherencia al tratamiento beneficiando así, su salud y en pro de una mejor calidad de vida.

## **Introducción**

El campo de estudio de la psicología anteriormente se centraba en la atención a las enfermedades mentales y a la observación de conductas que para la medicina no tenían explicación. Paulatinamente, la psicología ha ganado terreno en diversas áreas llevando a una amplia gama de especialidades que cubren las necesidades de la población; ya no solo se habla de psicología clínica sino también de psicología educativa, industrial, de la religión, del deporte y actualmente en creciente desarrollo de psicología de la salud que es la base de la que partirá el presente.

Uno de los principales condiciones como ser humano es la salud por ello es el interés de la psicología en extender sus conocimientos y aportar posturas teóricas y de intervención para entender el proceso salud-enfermedad como un esquema integral de los biológico, psicológico y social, bajo la visión de un trabajo inter y multidisciplinario que permita incorporar los avances científicos de las disciplinas de salud con un mismo objetivo: la salud.

Así, la psicología de la salud surge como una intersección entre la medicina y la psicología pues llena el espacio que la medicina no ha abordado tal como el conocimiento de actitudes, estilos de vida, hábitos de salud, que influyen y determinan el estado de salud del individuo o comunidad. De esta manera la psicología de la salud apoya al saber medico mediante la aportación de su conocimiento en el ámbito de la prevención y tratamiento de la enfermedad así como la promoción de la salud.

La psicología de la salud no ha surgido de forma espontánea sino ha tenido un gran proceso de consolidación que es preciso conocer para entender sus objetivas y su importancia mediante el entendimiento de diversos contextos sociales, culturales y tecnológicos, por lo cual en el presente escrito se da a conocer su aproximación histórica y conceptual.

La psicología de la salud ha sido definida por diversos autores que se citarán más adelante pero como un avance de ello hablaremos ahora de la definición más aproximada a lo que

nuestra disciplina refiere y es la que Matarazzo (1980; cit. En Labiano, 2004 pp. 16) expone como la psicología de la salud es: “la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud”.

Con los compromisos que se establecen en la anterior definición de psicología de la salud como ya se ha mencionado, se enfoca a la prevención y tratamiento de la enfermedad, en la actualidad son muchos los factores que propician el desarrollo de un padecimiento, estos pueden ser de género ambiental, hereditario, social y del propio comportamiento humano que desencadenan varias enfermedades como la diabetes, cáncer, artritis, hipertensión arterial. Este tipo de enfermedades están relacionadas con una excesiva ansiedad en el individuo que fomenta la pérdida de la salud, lo preocupante de esta situación es que cada vez incrementa el número de casos presentados de algún tipo de estas enfermedades. Es entonces, donde la psicología de la salud interviene aplicando sus conocimientos para el tratamiento a personas que ya presentan la enfermedad así como las estrategias de promoción de la salud como medio de prevención a la aparición de estos padecimientos.

De las enfermedades mencionadas, en el presente reporte la atención se centra en aquellas que aquejan en mayor medida a nuestra sociedad y han sido denominadas como crónico degenerativas señalando de entre ellas las siguientes: hipertensión arterial, diabetes y cáncer.

Una enfermedad crónica puede ser definida según Beneit (1994), como aquel trastorno orgánico funcional que obliga una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista largo tiempo. La atención y el cuidado especial que requieren este tipo de padecimientos recaen en que no sólo se da la pérdida de la salud de forma momentánea como en otras enfermedades sino que por su persistencia pueden llevar al individuo más que a la pérdida de la salud, a la pérdida de la vida.

Los factores psicológicos están presentes en el conjunto de objetivos cardinales para las políticas de salud que señaló la Organización Mundial de la Salud (1981; cit. En Grau, 1998) y que son:

- a) Promoción de estilos de vida dirigidos a la salud.
- b) Prevención de enfermedades que pueden ser evitadas.
- c) Establecimiento de servicios de rehabilitación y salud.

El padecimiento de una enfermedad crónica no solo produce cambios en el organismo de forma física sino también en el aspecto social, laboral y familiar, que promueven diversos tipos de respuesta de aceptación de la enfermedad, así el individuo debe aceptarse como un paciente crónico y que tiene la responsabilidad de cuidarse a sí mismo y apegarse a su tratamiento de un trastorno que tendrá durante toda su vida.

De esta manera, surge el interés por brindar estrategias psicológicas de afrontamiento que permitan al paciente tener alternativas de respuesta ante el padecimiento de una enfermedad crónica que beneficie su recuperación y la estabilidad de su salud.

Así, el proceso de adaptación de un paciente crónico es fundamental para que cualquier intervención resulte eficaz. Moos y Tsu (1977; cit. En Beneit, 1994) mencionan que durante la fase crítica de la enfermedad se producen en los pacientes diversas reacciones adaptativas que implican:

- 1) Hacer frente al dolor y la incapacitación
- 2) enfrentarse al ambiente del hospital y a los procedimientos terapéuticos.
- 3) Establecer relaciones adecuadas con los profesionales sanitarios.

Respecto a las últimas dos reacciones adaptativas el uso del sector salud es importante debido a que de ello dependerá la adhesión del paciente al tratamiento y muchos pacientes crónicos no son constantes en sus asistencia al sector salud. Amigo (1998) señala que el 50% de los pacientes no acude a las revisiones establecidas por el médico, y cuando es el propio paciente quien la solicita, el incumplimiento se sitúa en el 20 %. Entre los pacientes

quienes se les prescriben medicación, entre el 20% y el 60% dejan el tratamiento antes de lo establecido.

Por ello es preciso realizar una revisión de las políticas sanitarias y contribuir para el mayor beneficio de los pacientes. Al respecto Morales (1999) considera que existen dos planos donde puede participar la psicología: 1) Participación en la formulación de políticas de la salud, el diseño de programas de alcance nacional o regional para problemas específicos y la intervención en el diseño y la aplicación de programas de formación de recursos humanos para los servicios de salud en los que se integra una orientación psicológica, y 2) su participación en el trabajo directo de las instituciones de salud de diferente tipo.

El interés en las políticas de salud reside en que de acuerdo con la atención y calidad que proporcionas los servicios de salud influye en la constancia de la asistencia que el paciente realiza y esto es de suma importancia para dar continuidad a los tratamientos que debe seguir el paciente crónico. Evaluar la calidad de los servicios de salud desde la percepción del usuario es una línea de investigación que permite conocer las relaciones existentes entre la frecuencia de la asistencia del paciente al sector salud.

Ramírez y Nájera (1998) realizaron un estudio con el objetivo de describir la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud en México y analizar su relación con algunas características predisponentes y habilitadoras de la población usuaria. La información fue recopilada en la Encuesta Nacional de Salud II de 1994 que fue realizada a 3324 usuarios que acudieron a los servicios de salud en las dos últimas semanas previas a la encuesta. Los resultados encontrados fueron que el 81.2 % de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y el 18.8 % mala. Los principales motivos que definieron a la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2 %) y mejoría en salud (11.9 %) en tanto que los motivos de mala calidad fueron: los largos tiempos de espera (23.7 %) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7 %). Los motivos por los cuales los usuarios no regresarían al servicio fueron: no lo atendieron bien (18.2 %) y los largos tiempos de espera (11.8 %). Los autores concluyeron que es necesario profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional y determinar la necesidad de

implementar en los servicios de salud acciones para la mejoría continua de la calidad de la atención.

Otro estudio fue realizado por Pérez, R., Santacruz, J., y Alanís, V., (1994) fue el “Análisis de la satisfacción del usuario y de la productividad de un modelo de atención primaria con la participación de médicos y técnicos” publicado en la revista de Salud Pública de México, en esta investigación la Secretaria de Salud instrumentó un modelo de atención médica, en el que se incluyeron técnicos en atención primaria de salud (TAPS) y médicos generales. Se entrevistaron 500 pacientes, 300 atendidos por el modelo de estudio y 200 con el modelo tradicional. Los resultados mostraron que los pacientes atendidos por TAPS y médicos se sintieron tan satisfechos como con el modelo tradicional, pero se encontró una mayor proporción de consultas de carácter preventivo en el modelo TAPS.

Amigo (op.cit, 1998) menciona que el contexto sanitario y la interacción del profesional de la salud con el paciente son determinantes de la adhesión terapéutica pues una relación terapéutica personalizada puede potenciar la satisfacción del paciente, aunque también es de suma importancia los factores motivacionales para la adhesión terapéutica pues en medida en que cada uno se perciba a sí mismo como vulnerable a la enfermedad y a las consecuencias negativas de la enfermedad en su vida y tenga expectativas favorables sobre los beneficios terapéuticos y los costes asociados, la adhesión será mayor.

Con lo anterior, se ha visto que la satisfacción del usuario y su percepción con la enfermedad se encuentran relacionadas con su asistencia al sector salud y su adherencia al tratamiento. A partir de ello y retomando los factores emocionales surge la siguiente pregunta de investigación: ¿existe una relación directa entre el afrontamiento a padecer una enfermedad crónica degenerativa con el uso del sector salud?

Se han realizado diversas investigaciones con el propósito de conocer que estrategias de afrontamiento conllevan al individuo a un buen ajuste psicosocial encontrando que las estrategias de evitación en general aquellas dirigidas al control emocional se asocian a un pobre ajuste a la enfermedad; mientras que el afrontamiento activo el espíritu de lucha y la

expresión emocional se relacionan con un buen ajuste (Friedman, Baer, Lewy y Lane, 1998; cit. En Urquidi, T., Montiel, C., Gálvez., L, 1999).

Para Robles (2004) el tratamiento de las quejas emocionales de una persona con enfermedad crónica afecta el bienestar psicológico y la calidad de vida del paciente, pero además, el autocuidado y apego a la terapia así como su evolución y consecuencias su curso y pronóstico.

Así, se puede señalar la importancia que tiene nuestra disciplina dentro de los servicios sanitarios con la intención de abordar aquellos aspectos que permitan apoyar al paciente para afrontar su enfermedad y obtener mayores resultados para su recuperación o mantenimiento de su salud. Es por ello que en el presente se pretende analizar la relación entre el afrontamiento al padecimiento de una enfermedad crónico degenerativa tales como la hipertensión arterial, la diabetes y el cáncer y el uso del sector salud, siendo éste el principal objetivo, además contribuir a la literatura de la psicología de la salud que requiere ser complementada y extendida con fines de realizar intervenciones cada vez más eficaces.

# CAPITULO 1. PSICOLOGIA DE LA SALUD

## 1.1 Antecedentes

Es imprescindible entender que para abordar el tema de Psicología de la Salud primeramente debemos realizar un recorrido histórico del concepto de salud y la enfermedad desde sociedades antiguas hasta las contemporáneas lo cual nos permitirá tener un mayor acercamiento al surgimiento, definición y futuro de ésta nueva perspectiva psicológica.

Así, nos remontaremos a la antigua Grecia, civilización en la que surgieron los intereses por la comprensión de la salud y la enfermedad que incorporaban aspectos biológicos y psicológicos del ser humano.

Dentro de la mitología griega se encuentra la vida de Asclepio quien fue hijo de los dioses Apolo y Corónide quienes lo instruyeron en las artes médicas para ser dedicado a la curación. Asclepio fue reconocido como dios y su culto quedo establecido en un templo de Epidauro (su ciudad natal) y ha sido representado como tal bajo la forma de una serpiente o bajo la figura de hombre pensativo cubierto con un manto y ostentando en su mano un palo con una serpiente enroscada (Humbert, 1972: cit. en Gil, 2004), símbolo que representa la salud para nuestros médicos en la actualidad.

Asclepio procreó dos hijas de nombres Hygea y Panacea quienes eran diosas de la salud y la curación respectivamente. Hygea enseñó a los griegos a mantener su salud mediante la moderación de su comportamiento, por su parte, Panacea representaba la búsqueda constante de la curación para las enfermedades que se padecían. Para Maes y Van Veldhoben, (1990, cit. en Gil, 2004) la importancia de esta revisión mítica recae en el fin común de Hygea y la psicología de la salud pues ambas retoman el papel activo del comportamiento en todo el proceso salud- enfermedad.

Para la civilización griega el cuerpo y la mente estaban unidos y tenían influencia uno sobre otro y se consideraba que la causa de las enfermedades tenía su origen en las fuerzas naturales; así, se plantea que mientras la salud era la resultante de un estado de armonía del

individuo consigo mismo y con el exterior, la enfermedad devenía de la ruptura de ese equilibrio por causas naturales y se incluían tanto las de naturaleza biológica como las relativas al comportamiento del individuo así como a su personalidad (Amigo, 1998).

Durante la Edad Media el concepto de la salud y la enfermedad cambió de un enfoque naturalista a una perspectiva espiritual donde el desacato a los mandatos divinos promovía el castigo sobre la salud siendo como consecuencia de ello la enfermedad. Esta concepción radicada en la religión propició que la práctica médica quedara en manos de sacerdotes donde la curación se lograba mediante la oración, la fe y el arrepentimiento de la falta a las divinidades.

Dentro de ésta ideología la concepción naturalista pudo rescatarse mediante la cultura árabe quienes sustentaban todavía la tradición hipocrática. Así, los árabes nos practicaron las creencias del mundo cristiano dando apertura a la práctica médica. Morales (1999) menciona que los árabes sustentaron enfoques materialistas para la explicación de la salud y la enfermedad y señalaron que de acuerdo con el equilibrio o desequilibrio de esos principios se mantenía la salud o se producía la enfermedad. Estos principios eran: el aire puro, la moderación en el comer y en el beber, el descanso y el trabajo, la vigilia y el sueño, la evaluación de lo superfluo y las reacciones emocionales

Según Gil (2004) los árabes se convirtieron en los principales conservadores de la escuela hipocrática enfatizando la traducción al árabe de los textos médicos antiguos y recogiendo la organización deontológica inspirada por Hipócrates, así mismo, para dicho autor el papel de la cultura árabe funge como correa de transmisión de un pensamiento precientífico y holista en lo relativo a la salud que, de otro modo, podría haberse perdido irremediablemente.

El pensamiento naturalista y la práctica médica retoman fuerza durante el Renacimiento donde se contempla la interacción de mente-cuerpo y de salud-enfermedad, aunado al interés del estudio de las ciencias y técnicas de intervención del modelo biomédico.

En este período surgieron cambios respecto al contexto político-cultural debido a la transición del feudalismo al capitalismo que requirieron de un nuevo modo de producción lo que trajo consigo el estudio de nuevas ciencias y el desarrollo de tecnología que generó la idea de que muchas enfermedades podían tener una etiología específica (Morales, op. cit. 1999).

El modelo biomédico defiende el dualismo mente-cuerpo, siendo el principal exponente René Descartes quien plateó que lo físico y lo espiritual son dos realidades separadas; mientras que el cuerpo pertenecería a la realidad física, la mente sería una realidad espiritual (Amigo, 1998). Esta concepción de descartes permitió conjuntar a la ciencia y la religión pues daba cabida a cada una de ellas delimitando su objeto de estudio, así el avance científico se encargaba de lo físico (el cuerpo) y la iglesia de lo espiritual (mente) y esto trae consigo que la salud y la enfermedad sean enmarcadas únicamente dentro de la bioquímica, restando importancia al terreno psicológico pues se mantenía en un concepto místico.

Bajo esta doctrina, el cuerpo se concebía como una máquina sometida a las leyes de la física y de la enfermedad como una avería de cualquier naturaleza en algunas de sus partes, quedando para los médicos la tarea de reparadores o restauradores del orden, circunscritos al entorno biofísico del organismo (Gil, op. cit. 2004)

Las ideas básicas que sustentan el modelo biomédico según Engels (1977, cit. En Amigo, 1998) son las siguientes:

1. El dualismo mente-cuerpo, que implica que el cuerpo pertenece a una dimensión física y la mente forma parte del dominio espiritual cada uno constituye una dimensión diferente y separada.
2. El reduccionismo, que sostiene que el proceso de la enfermedad se limita a una serie de reacciones físicas y químicas, por lo cual los factores emocionales y de comportamiento son considerados como aspectos ajenos a él.

Además de ésta última, existió otra percepción reduccionista de la salud y la enfermedad que fue la teoría de la teología específica del germen la cual sostenía que la enfermedad era producida por un microorganismo identificable (Oblitas, 2004). Ésta teoría fue avalada por científicos como Pasteur quien impulsó la investigación bajo este paradigma para encontrar cura a las enfermedades que en ese momento aquejaban.

La tecnología biologicista permitió el desarrollo de nuevos medios de curación como la insulina, los antibióticos, vacunas, lo que demostraba que este modelo teórico era útil y práctico, que dejaba fuera de contexto los aspectos emocionales y psicológicos del individuo, olvidándose de que las enfermedades están relacionadas con los hábitos comportamentales. Bakal (1996; cit. En Oblitas, 2004) consideraba que las alteraciones emocionales están originadas en alteraciones de neurotransmisores y pretende manejarlas sólo en términos bioquímicos, sin considerar las interacciones consigo mismo y con los demás, lo cual implicó la negación de una visión integrativa.

El modelo biomédico contiene carencias al dar respuestas a las problemáticas de salud-enfermedad y son analizadas por Amigo (1998):

1. El criterio fundamental para el diagnóstico de la enfermedad es la presencia de anormalidades bioquímicas.
2. El diagnóstico del estado físico depende también, en gran medida, de la información que proporciona el paciente.
3. La aproximación biomédica a la enfermedad, concentrada en el estudio de la problemática fisiológica, ignora la influencia de determinadas situaciones vitales en la salud de las personas.
4. Los factores psicológicos y sociales son fundamentales a la hora de determinar cuándo una persona y aquellos que le rodean llegasen a verla como enferma.
5. El modelo biomédico también puede fracasar a la hora de determinar la recuperación de la salud después de la enfermedad.

Debido al dualismo y reduccionismo del modelo biomédico ha surgido la necesidad de reconceptualizar esos esquemas que permitan conocer y comprender mejor la salud y la enfermedad en donde el aspecto psicológico y social sea considerado como parte importante de dicho proceso.

Amigo (op. cit. 1998) menciona que aunque en este intento se plantean opciones con matices distintos, existe un gran acuerdo en la necesidad de incorporar, obviamente, los aspectos positivos del modelo biomédico, así como sus avances técnicos y farmacológicos. De ésta manera, se pretendía complementar lo estipulado para hacerlo más integral y que tenga al alcance la reciprocidad de factores tales como lo físico, social, psicológico y ambiental.

A principios del Siglo XX surgen dos alternativas que partiendo del contexto social y de planteamientos científicos pretendieron brindar una postura más integrativa de la salud y la enfermedad como lo fue la medicina córtico -visceral y la medicina psicosomática.

Gil (2004) menciona que la medicina córtico visceral estableció sus raíces en Schenov, Vandesky y Pavlov y su tronco en el trabajo experimental de Bykov, manteniendo como postulado fundamental que la interacción entre medio externo y medio interno sigue las leyes del condicionamiento, entendiendo el comportamiento de los diferentes órganos corporales como partes integrantes de un todo piscoorgánico que interactúa con el medio ambiente, la labor de los investigadores soviéticos llevó a los descubrimientos que tenían una visión más global del proceso salud-enfermedad que posteriormente fue denominada como medicina conductual.

#### Psicoanálisis y Medicina Psicosomática

Freud (1856 cit. en Gil, 2004)) revaloriza la influencia de la mente en la enfermedad, afirmando en su teoría de las emociones que las que no son expresadas con palabras o acciones son manifestadas de forma física. Así, la teoría psicoanalítica sostiene que los impulsos inaceptables y prohibidos eran reprimidos y buscaban alternativas de salida,

dichos impulsos expresados de manera somática tenían un significado simbólico relacionado con el evento psíquico, de esta manera se creía que las causas de algunas enfermedades orgánicas están relacionadas con ciertos rasgos de personalidad, conflictos interpersonales, y la forma de responder a los conflictos.

La teoría psicoanalítica proporcionó la base teórica sobre la que se hipotetizaron relaciones causales entre actividad mental y somática, mientras la histeria se entendía como un intento de descarga emocional, los trastornos psicósomáticos se conceptuaron como respuestas somáticas a una emoción persistente.

Por otra parte, la medicina psicósomática según Alexander (1950, op.cit. 2004), sostenía la noción de que enfermedades específicas estaban asociadas con conflictos específicos. Ésta teoría contempla que los factores psicológicos y sociales son importantes en la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad y así pudo dar respuesta a las afecciones que no tenían cabida en el modelo biomédico.

Los objetivos de la medicina psicósomática según Lipowsky (1965; cit. En Gil, 2004) fueron:

1. el estudio de las relaciones entre factores psicosociales y funciones fisiológicas normales y alteradas;
2. el estudio de las interrelaciones entre factores psicosociales y biológicos en la etiología, desarrollo y pronóstico de las enfermedades;
3. la utilización de una aproximación de métodos terapéuticos psiquiátricos y conductuales para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad física.

Estas postulaciones aunque permitieron reconocer la importancia de las reacciones emocionales como partícipes del proceso salud-enfermedad, no consolidaron un modelo metodológico específico que brindara mayor aportación de técnicas de intervención terapéutica, lo que provocó el debilitamiento de las teorías psicósomáticas. Los principales

factores en declinar la medicina psicosomática son señaladas por Elliot (1983, cit. en Gil, 2004) y son los siguientes:

1. El excesivo énfasis sobre ciertas cuestiones de investigación que probaron ser improductivas.
2. La incapacidad para desarrollar intervenciones específicas para tratar, controlar o prevenir los síntomas físicos.
3. La preocupación exclusiva por las enfermedades relacionadas con el comienzo de la enfermedad.
4. El fallo por eliminar adecuadamente los problemas asociados con el dualismo cartesiano.
5. Excesiva dependencia de la teoría psicodinámica, mientras descuidaba los datos ya existentes en otras áreas que estudiaban el comportamiento humano.

Por éstas razones, la medicina psicosomática que estableció una fuerte relación entre lo psicológico y lo somático, se encontraba con una necesidad vigente de tener una base científica más sólida y la creación de alternativas terapéuticas que intervienen directamente sobre la enfermedad para reducirla o tener su desarrollo.

Uno de los personajes que colaboró para salvar la postura psicosomática fue Wolf quien se anexó al método científico centrándose en emociones más conscientes que inconscientes en las alteraciones somáticas a diferencia de la postura psicoanalítica

Respecto a estos cambios, Gil (op. cit. 2004) analiza que en el campo de la medicina psicosomática experimental una aproximación psicofisiológica sistemática que enfatizó la necesidad de estudiar los fenómenos clínicos basándose en la obtención de datos empíricos confiables que permitieron la elaboración de teorías verificables sobre la génesis de trastornos psicosomáticos.

Estas nuevas aportaciones dieron pauta para la reconceptualización de la medicina psicosomática la cual ahora presentaba mayor línea de profundización de la interacción entre los factores somático y psicológico en mayor totalidad y apegado al conocimiento

científico, y promovió que se hablara en mayores términos de psicofisiología humana más que de medicina psicosomática y su importancia recae en que la psicofisiología humana forma uno de los pilares que dan pauta al surgimiento de la psicología de la salud.

La psicofisiología humana tiene por objeto de estudio los cambios fisiológicos producidos por el comportamiento, ofreciendo datos que esclarecen las relaciones entre comportamiento, salud y la enfermedad y que han ayudado a abandonar definitivamente los presupuestos dualistas sustituyéndolos por una perspectiva interaccionista, en la que el Sistema Nervioso Central aparece como regulador junto al componente ambiental tanto del comportamiento como del componente biológico del organismo (Gil, op. cit. 2004). Ésta aproximación permite considerar dentro de la salud y la enfermedad tres grandes niveles de observación: el biológico, el psicológico y el social, lo que genera un nuevo modelo de conceptualización del proceso de salud-enfermedad: el modelo biopsicosocial.

### El Modelo Biopsicosocial

Amigo (1998), menciona que el modelo biopsicosocial sostiene que todos los factores biológicos, psicológicos y sociales son elementos determinantes de la salud y la enfermedad. Así, la salud y la enfermedad están multideterminadas por lo que dicho autor define como microprocesos (apoyo social, trastornos de la salud mental, contexto social, factores ambientales, etc.) y microprocesos (alteraciones bioquímicas, pensamientos, emociones, etc.) pues interactúan de manera constante.

Este modelo brinda igualdad de interés a la salud y la enfermedad a diferencia de otras posiciones teóricas que se inclinan más a un proceso u otro. Para Oblitas (2004) la teoría de los sistemas sirve de marco explicativo del modelo biopsicosocial pues los diferentes subsistemas (biológico, psicológico, cognitivo, afectivo, interpersonal, social, etc.) están interrelacionados y los cambios en cualquiera de ellos afecta a la totalidad individual y los procesos de causalidad son múltiples y más circulares que lineales considerándose como una red de procesos íntimamente interconectados.

En el campo de la investigación, este modelo propone que para estudiar los procesos de salud y de enfermedad se deben contemplar las tres variables (biológicas, psicológicas y sociales) así como para comprender las alteraciones y poder realizar un diagnóstico adecuado.

Para Amigo (op. cit. 1998) el modelo biopsicosocial conlleva distintas implicaciones clínicas mencionadas a continuación:

- a) El proceso de diagnóstico debe considerar siempre los factores biológico, psicológico y social de evaluar la salud o la enfermedad por lo que el diagnóstico debe realizarse de forma multidisciplinaria.
- b) Las recomendaciones para el tratamiento deben tener en cuenta los tres tipos de variables, ajustando la terapia a las necesidades particulares de cada persona.
- c) Destaca la importancia de la relación entre el paciente y el clínico.

Oblitas (op. cit. 2004) reflexiona que este modelo enfoca la atención en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana, en la importancia de las variables del medio ambiente, tanto físico como social, además estimula la creación de nuevas estrategias en la relación del ser humano con su entorno, orientadas a crear un futuro más saludable, combinando la elección personal con la responsabilidad social. Esta nueva concepción global de la salud-enfermedad da apertura al ámbito psicológico y más aún a la aparición de la psicología de la salud como tal.

De acuerdo con esto, Gil (op. cit. 2004) sostiene que este modelo tuvo que incorporar conceptualmente los siguientes planteamientos:

- que el comportamiento es un factor implicado, en uno u otro grado, virtualmente en todos los procesos de enfermedad, bien sea a nivel de génesis, desarrollo y/o mantenimiento de la alteración;

- que, en consecuencia, el paciente como persona debe implicarse activamente tanto en el tratamiento como en la prevención de la enfermedad;
- que las enfermedades crónicas, una vez diagnosticadas y establecido el tratamiento de mantenimiento, en muchos casos exigen más una intervención psicológica que una estrictamente médica;
- que para numerosos casos de diversos trastornos existen opciones de tratamiento “no médico” disponibles como tratamientos de elección;
- que, por criterios de pura eficacia en el control de la enfermedades y en atención al mantenimiento de una filosofía positiva de la vida, el énfasis individual, social, institucional y presupuestario debe ser puesto en el mantenimiento de la salud, que es en su mayor parte una cuestión comportamental, técnicamente hablando.

Como hemos visto, este proceso de cambios promovió la necesidad de tener un nuevo marco teórico de salud y enfermedad que contemplara los resultados experimentales, superara el reduccionismo del modelo biomédico sin perder su eficacia de los tratamientos.

## 1.2 Surgimiento de la Psicología de la Salud

Gil (op. cit. 2004) reconoce que dos causas fueron las que dispusieron las condiciones para la aparición de la medicina conductual y la psicología de la salud y son: a) La disponibilidad de una oferta de tecnología psicológica afectiva aplicable al ámbito del cuidado de la salud y la enfermedad y, b) las condiciones favorables impuestas por el avance del modelo biopsicosocial de salud- enfermedad.

Como hemos visto en el desarrollo del presente, el proceso salud-enfermedad ha necesitado de una conceptualización que englobe y considere la interacción de los factores que dentro de dicho proceso se suscitan, y en base a esa necesidad se origina el surgimiento de la medicina conductual y la psicología de la salud.

Primeramente surgió la medicina conductual y lo hizo en la Conferencia de Yale sobre medicina comportamental en 1977, y se definió como “el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas, propios de las ciencias comportamental y biomédica, relacionados con la salud y la enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (Schwartz y Weiss, 1978; cit. En Amigo, 1998)

También ha de conocerse que el primer hombre en utilizar el término medicina comportamental fue Birk en 1973, quien con éste término aplicó las técnicas de biofeedback para el tratamiento de trastornos médicos. Con el trabajo de Birk se generaron nuevas publicaciones de éste ámbito y desarrollaba los puntos de vista que integraban la conceptualización biopsicosocial de la salud y la enfermedad.

En 1978, se fundaron las primeras sociedades científicas de medicina conductual y que son la Academy of Behavioral Medicine Research, en Washington y la Society of Behavioral Medicine, en Chicago, además se publica la primera revista especializada en el ámbito: la Journal of Behavioral Medicine.

Los objetivos de la medicina comportamental según Collins, Rici y Burkett, 1981; Gentry, 1984 (cit. En Oblitas, 2000) son las siguientes: 1) La intervención directa; 2) Entrenar a los profesionales de la salud para que mejoren sus intervenciones; 3) Entrenar a los pacientes en seguir adecuadamente lo prescrito por el médico; 4) La modificación de patrones de conducta para la prevención de enfermedades y 5) Diseñar nuevas estrategias de intervención.

Vemos que la medicina conductual tuvo su apertura y consolidación como consecuencia del modelo biopsicosocial y a su vez ésta abrió paso al concepto de psicología de la salud

## Definición de Psicología de la Salud

La primera vez que se habló de psicología de la salud como origen para un nuevo ámbito de la psicología en el terreno de la salud, fue en 1975 cuando se creó la Sección de Investigación en Salud bajo los auspicios de la División 18 de la APA (American Psychological Association) como Psicólogos en el Servicio Público, siendo elegido éste nombre frente al de psicología de la salud; pero el surgimiento oficial fue en 1978 en la Reunión Anual de la APA donde se logró la autonomía de la Antigua Sección en una nueva División cuya denominación fue de Psicología de la Salud. Un total de 400 psicólogos formaron la Nueva División, eligiendo a Joseph Matarazzo como su primer presidente (Rodin y Stone; 1987; cit. En Gil, 2004). A raíz de este evento y consolidación de la psicología de la salud aparecen nuevas publicaciones como revistas especializadas y libros, se promueven congresos y conferencias extendiéndose así esta aproximación teórica.

En 1980, la división de psicología de la salud publica su primera revista con el nombre de *Health Psychology* siendo George Stone su primer editor. En 1983 se lleva a cabo la Arden House Conference sobre educación y entrenamiento en psicología de la salud, convocada para examinar las funciones y responsabilidades de los psicólogos en los diversos campos de actuación relacionados con la salud, tales como investigación básica, investigación aplicada, servicios de cuidado de la salud, política y administración sanitaria y actuaciones de salud en contextos industriales u organizaciones (Stone; 1983, cit. En Gil, 2004)

Son diversas necesidades de corte científico relacionados al cuidado de la salud las que promueven el surgimiento de la psicología de la salud, Oblitas (2004) señala como primordiales los siguientes:

Primero, el cambio en la concepción de los términos de salud y tener buena salud, pues este cambio conlleva una visión holística de la salud que incorpora los aspectos psicológicos, Segundo, paralelo al cambio de esta definición ha sido el cuestionamiento del modelo biomédico que se focaliza en los aspectos físicos ignorando los factores psicológicos y sociales. Tercero, el cambio en los patrones de la enfermedad, pues ahora los factores psicológicos han pasado a primer plano, ya que los principales problemas de salud de

nuestro tiempo están estrechamente relacionados con la conducta. Cuarto, cuestiones de índole económica el incremento de los costos por cuidados de salud, provocando un giro hacia medidas preventivas para cambiar las conductas no saludables. Quinto, La madurez de la tecnología conductual ha contribuido de modo claro a la emergencia de la psicología de la salud.

Después de conocer los antecedentes históricos, los cambios en los procesos teóricos, científicos y metodológicos, podemos tener una mayor visión de lo que ha sido conceptualizado como psicología de la salud y que Matarazzo (1980 cit. En Oblitas, 2000, p. 17) define de la siguiente manera:

“La psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud”

Ésta definición fue aceptada oficialmente por la APA en 1980. Otros autores han definido la psicología de la salud, como Morales (1999) quien considera que “la psicología de la salud es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de a atención de la salud. Consecuentemente, a la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención de los enfermos y personas con secuelas, para la educación de los servicios de salud a las necesidades de los que lo reciben.

Este autor señala que hay cuatro intereses particulares de la psicología de la salud y son:

1. La psicología de la salud no es una nueva psicología ni una psicología diferente que trata de reclamar, por el hecho de llevar el apellido “de salud”, el carácter de disciplina independiente o propia.
2. Le interesa todo lo que se relaciona con variables psicológicas en el proceso salud-enfermedad, que se asume en su carácter multicausado, acciones que se producen por personas y para personas.
3. se ocupa no sólo de la atención o curación de los enfermos, pues incluye la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
4. hace referencia a que se relaciona con todos los problemas de salud y no exclusivamente a los mentales.

La definición que propone Morales, puede ser criticada respecto a la amplia descripción que hace de las particularidades de la psicología de la salud y no se generaliza en un solo concepto, sin embargo su aportación es importante dentro de nuestro creciente ámbito psicológico.

Otra definición es la de Rodin y Stone (1987; cit. En Gil, 2004) que es entendida como una subdivisión de la psicología concerniente al estudio e intervención de la salud, estructurándola en una rama clínica y otra no clínica.

Así, para ellos la psicología de la salud se encarga de aquellos factores psicológicos que afectan de manera directa el estado de salud.

Por otra parte, el grupo de Trabajo en Psicología de la Salud y Medicina Conductual de la Sociedad Interamericana de Psicología (1984 cit. en Morales, 1999), dieron la siguiente definición:

... “son áreas de la salud física del individuo y/o la prevención de las enfermedades físicas; los psicólogos que trabajan en éstas áreas tienen un gran rango de actividades, incluyendo la investigación, la enseñanza y la intervención; las áreas de interés de estos psicólogos incluyen conductas de

riesgo para la salud, como el fumar o la nutrición inadecuada, las enfermedades crónicas, como son la diabetes, el cáncer y las enfermedades coronarias; los comportamientos, como es el uso de cinturones de seguridad o de anticonceptivos; los servicios de salud, donde estudian la comunicación médico-paciente y la satisfacción de los pacientes; y la promoción de comportamientos más positivos como la lactancia materna”

Morales (op. cit. 1999) al respecto considera que ésta definición es una de las más inapropiadas, porque parte de los supuestos de que “medicina conductual” y “psicología de la salud” son lo mismo o son equiparables, de que “salud” y “enfermedad” así como “salud física” y “salud mental” son conceptos antagónicos, y restringe lo que se define a las actividades psicológicas con las personas para enfermar que enfermen físicamente.

Otra definición que ha sido citada constantemente es la publicada por Holtzman (1987 op.cit.1999) en el Bulletin of the World Health organization, la cual menciona que psicología de la salud:

... “se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado y del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud, la que comprende, además, el estudio de factores del comportamiento que afectan el tratamiento de emergencia y la recuperación de la enfermedad física”

Finalmente Stone (op. cit. Morales, 1999) señala de manera sencilla que cualquier aplicación de la teoría o práctica psicológicas a los problemas y cuestiones de salud se le denomina psicología de la salud. Así, todos los recursos teórico-metodológicos de la psicología son el modo de actuación, por su parte el sistema de salud es el contexto para la actuación de la psicología de la salud.

Las definiciones aquí descritas no están en contraste entre ellas, sino considero son alternativas de conceptualizar esta disciplina y que alcanzan el mismo objetivo y nos permiten tener una percepción general de los intereses y ámbito de estudio de la psicología de la salud, ya que como hemos visto, para llegar a estas definiciones la psicología ha tenido que

superar diversos obstáculos conceptuales y metodológicos para ser una práctica en constante desarrollo con un solo fin: brindar alternativas para la promoción y conservación de la salud que sirvan como una reforma cultural a nuestra actual sociedad.

### 1.3 Evaluación en Psicología de la Salud

La evaluación es un proceso de gran importancia dentro de la psicología como disciplina aplicada, así, constituye parte fundamental de la psicología de la salud, pues mediante la evaluación se recopila la información de cuáles son los factores que influyen en el comportamiento de una persona y así elaborar un diagnóstico acertado pues es indispensable considerar la determinación multicausal de la enfermedad.

Gil (2004) menciona que en psicología de la salud se precisa evaluar para saber cual y cómo es el problema, si la intervención consiguió o no sus propósitos, y si el problema reaparece o no, o el objetivo de salud se mantiene a lo largo de un tiempo preestablecido, convencionalmente denominado seguimiento.

Por ello, es preciso contar con los instrumentos y técnicas que permitan evaluar de manera objetiva las causantes de una determinada conducta, así como el resultado de la intervención terapéutica. El éxito del investigador que diseña intervenciones para evitar perder la salud en primer instancia, y para recuperarla después, depende de la medida en que las disciplinas científicas documenten con un grado razonable de confiabilidad las variables asociadas con la conservación de la salud y con su pérdida (Sánchez, 1998)

Existen planteamientos a seguir dentro de la evaluación en psicología de la salud y son señalados a continuación:

- 1) La consideración de los comportamientos o fenómenos objeto de evaluación en términos observables y mensurables, siempre que ello sea posible;
- 2) Una atención especial a la evaluación de la interacción entre comportamiento y fenómenos ambientales y fisiológicos, más que la medida aislada y atomizada de ambas partes;

- 3) Un énfasis en la conexión del proceso evaluador con el de aplicación del programa o tratamiento, en tanto ambos forman partes indisolubles de lo que se entiende como proceso de intervención;
- 4) La repetición de la medida a través del tiempo, en una secuencia de medición-aplicación-medición continua e integrada que permita comparar los niveles del cambio a lo largo del tiempo y;
- 5) El mantenimiento de un espíritu evaluador a lo largo de la propia aplicación del programa o tratamiento en cuestión, de manera que la efectividad de la aplicación se haga evidente y permita la rectificación sobre la marcha si fuera preciso (Pinkerton, Hughes y Wenrich, 1982; cit. En Gil 2004).

La evaluación en psicología de la salud no únicamente guía en torno al ámbito individual sino también a los niveles de colectividad (grupal, institucional o comunitario). Martin (2004) al respecto indica que en la evaluación en psicología de la salud es imprescindible considerar la relación multicausal de la enfermedad y la necesidad de intervenciones múltiples, pues se tiene una finalidad intradisciplinaria (lograr la identificación de los factores psicológicos y la dinámica de sus interacciones, que intervienen en el desarrollo de una enfermedad concreta en un sujeto concreto) y una finalidad extradisciplinaria (contribuir a la comprensión integral de cómo ellos pueden estar interactuando con factores biológicos, ambientales, sociales, etc.)

#### Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud

La evaluación en psicología de la salud requiere de instrumentos y técnicas que permitan obtener la información necesaria para cubrir los objetivos planteados para la evaluación. La psicología de la salud se ha apoyado en gran medida de los instrumentos creados para la evaluación conductual, aunque las necesidades de aplicación han promovido la elaboración de instrumentos específicos en este campo de estudio.

Sin perder de vista que la evaluación está directamente relacionada con los objetivos planteados para la intervención. Karoly (1985; cit. En Gil, 2004) describe los principales propósitos de la evaluación en psicología de la salud y que son:

1. Clasificación, diagnóstico y predicción o pronosis, y que harían referencia a evaluar para intervenciones con objetivos de control de la enfermedad.
2. Tratamiento y rehabilitación y que debe verse como una continuación natural del propósito anterior.
3. Prevención y promoción de la salud.
4. Cuidado de la salud
5. Planificación de política sanitaria.
6. Investigación
7. Enseñanza.

Roa (1995) sugiere que los modelos utilizados en este campo son: a) el modelo biopsicosocial, que tiene el objetivo de evaluar de forma general al paciente a través de las dimensiones, biológica personal, ambiental, que consiste en una historia clínica detallada y multidisciplinaria; pero que no aporta información acerca de los comportamientos a modificar y no tiene el propósito de establecer relación funcional entre los datos obtenidos; y b) la evaluación multisistema de estrés y salud, que valora las fuentes de estrés, el afrontamiento y la adaptación del individuo, así como a los sistemas matrimonial, familiar y laboral implicados en este proceso.

Para Caballo (1996) el proceso de evaluación facilita la identificación de necesidades objetivas de salud de una determinada población para establecer las prioridades de intervención, cuyos efectos esperados permiten planificar la correcta elaboración de programas dirigidos a instaurar o a modificar un comportamiento dado. Con lo anterior manifiesta cuatro puntos fundamentales para cumplir los objetivos de evaluación:

- a) Determinar la extensión de las medidas
- b) Especificar los principales aspectos de interés
- c) Ofrecer una estructura a través de la que organizar los grupos de medidas

- d) Facilitar la identificación de aspectos y medidas que resultan relevantes.
- e) Especificar la forma en que los componentes del programa de salud pueden afectar a las variables de impacto a las consecuencias.

Con la aportación de los anteriores autores podemos comprender que la evaluación dentro de la psicología de la salud es un proceso continuo que permite identificar los factores que interactúan en el estado de salud, y dan pauta a la elaboración de programas de intervención, midiendo la eficacia de actuación de los mismos y la permanencia de sus efectos.

Considerando la evaluación conductual podemos mencionar algunos instrumentos de evaluación más utilizados frecuentemente.

#### *La entrevista*

El término entrevista hace referencia a un intercambio verbal frente a frente donde una de las partes trata de obtener información del otro como su opinión, estilo de pensamiento, actividades, etc. La entrevista, es empleada como medio inicial de la evaluación a realizar según el objetivo planteado, y la información obtenida establece parámetros para el empleo de uno o varios instrumentos más.

#### *Observación Directa*

Ésta permite medir las diferentes dimensiones de una respuesta e interacción de alguien (frecuencia, fuerza y penetración), y ofrecen así mismo una buena oportunidad para descubrir las variables externas que pueden estar ocasionando la conducta (Weiner, 1992 cit. en Gil, 2004 )

La importancia de la observación directa para Gil (op. cit. 2004) recae en que ésta técnica al proporcionar datos sobre ocurrencias reales y naturales del comportamiento objeto de evaluación, permite el logro de una detallada descripción de tales comportamientos como de las condiciones de ocurrencia, antecedentes y consecuentes, a la vez que la obtención de datos sobre todos los parámetros necesitados (frecuencia, duración, latencia, etc.)

Este procedimiento puede resultar muy eficaz, aunque hay que tener en consideración que no siempre el evaluador tiene la posibilidad de estar dentro del contexto por cuestiones reglamentarias de la institución donde se pretenda llevar a cabo o por la propia autorización del paciente.

#### *La autoobservación y Autoregistro*

El autoregistro realizado mediante la autoobservación es un método de recopilación de información más empleado dentro de la evaluación psicológica, pues además de permitir la obtención de datos genera en el paciente la responsabilidad de su comportamiento y el conocimiento de los avances en el caso de la intervención.

Keefe (1979; cit. En Gil, 2004) señala tres fases como elementos necesarios a todo proceso de autoobservación y autoregistro:

- 1) Una fase de entrenamiento en la que el paciente o persona objetivo de la intervención aprende a discriminar el comportamiento objetivo y los parámetros de interés que ha de registrar y se familiariza con los procedimientos e instrumentos de registro;
- 2) Una fase de autoregistro en la que se realiza la toma de datos pertinente y,
- 3) Una fase de análisis de los datos registrados en la que junto al profesional que dirige los procesos, observan y discuten los patrones observados, las relaciones o tendencias aparecidas y cuantos aspectos de interés resulten aprovechables.

Éstos son algunos de los métodos que la evaluación conductual ha heredado a la psicología de la salud, pero de acuerdo a las necesidades que se le han planteado a éste ámbito y con el compromiso de cubrir el campo de actuación (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, etc) se han creado instrumentos de evaluación específicas para cada objetivo.

En el siguiente cuadro se presentan algunos de los instrumentos aplicados en psicología de la salud:

| NOMBRE DEL INSTRUMENTO  | AUTOR  | OBJETIVOS   | PARAMETROS DE EVALUACIÓN  |
|---|--|---|---|
| Millon Behavior Health Inventory (MBHI) Inventario de Conductas de Salud de Millon (*2)   | Basado en la teoría de Millon, 1986  | Evaluación de riesgos para la Salud   | “estilos de afrontamiento”<br>“actitudes psicógenas”<br>“trastornos psicósomáticos”<br>“escalas predictoras”                                |
| Modelo PRECEDE (Predisposing, Reforcing and enabling Causes in educational Diagnosis and Evaluation) (*1)   | L.w. green, M.W. Kreuter, S.G. Deeds, K.B (1980)                           | Evalúa los factores que facilitan o dificultan comportamientos concretos relacionados con la salud.                                     | Factores predisponentes, Facilitadores y reforzadores.  |
| Cuestionario COPE (*1)  | Ch. S. Carver y cols   | Evaluación disposicional o situacional de las estrategias de afrontamiento.   | Apoyo social, abandono de los esfuerzos de afrontamiento, crecimiento personal, evasión entre otros.  |
| Cuestionario de dolor de McGill (PAIN Questionnaire) (1)  | Ronald Melzack. (1975)   | Valoración de la características cualitativas de la experiencia del dolor.  | Problemas de dolor crónico.   |
| Cuestionario SERAD (*1)   | Albert Tundra (2000)   | Evaluar la adhesión al tratamiento antirretroviral.   | Proporciona información sobre el consumo de medicación y sobre los motivos de no consumo.   |
| Cuestionario de Calidad de vida de la Organización Europea para la Investigación y Terapia del Cáncer (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire) (*1)                                 | N.K. Aaronson y cols, 1993)  | Evaluar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en ensayos clínicos en los que puedan incluirse pacientes de diferentes países. | 5 escalas funcionales, 3 de síntomas, 1 global de calidad de vida.  |
| Escalas de evaluación Funcional de la terapia de Cáncer (Funcional Assesment of Cancer therapy Scales) (*1)   | Cella, D.F.; Tulsky, D.S.: y cols (1993)                                   | Evalúa la calidad de vida de cualquier tipo de enfermo con cáncer.  | Estado físico General de Salud; ambiente familiar y social, relación con el doctor, estado emocional, capacidad de funcionamiento personal. |
| Inventario de Estrategias de afrontamiento (doping strategies Inventory CSI)  | D.L. tobin (1983)  | Evaluar las estrategias de afrontamiento.   | Técnicas de afrontamiento centradas en el estancamiento.  |
| Lista de síntomas psicósomáticos (psychosomatic Symptom Checklist, PSC) (*2)  | Cox, Freundlich y Meyer (1975; Anastasio, Andrask Blanchard y Arena, 1984) | Evaluar la eficacia diferencial de diversos procedimientos de intervención terapéutica.   | Molestias psicósomáticas, dolor de espalda, náuseas, úlcera gástrica, asma, taquicardia, etc.)  |
| <i>Fuentes de Información: (*1) Ficha técnica elaborada por Raich (2003) publicada e el libro Instrumentos de evaluación En Psicología de la Salud. (*2) Caballo (1996) Manual de evaluación en psicología clínica y de la Salud.</i> |  |   |   |

#### 1.4. Niveles de Intervención en Psicología de la Salud

Partiendo del contenido de la definición de psicología de la salud se retoma uno de sus principales objetivos de actuación, la intervención, pues con ello la psicología de la salud ver de modo aplicad sus conocimientos y aporta estrategias para colaborar con el proceso de salud-enfermedad de un individuo, un grupo o una institución.

Los objetivos de intervención se estipulan de acuerdo a las necesidades que el proceso de salud. Enfermedad estipule, así pueden establecerse objetivos referentes a salud y otros diferentes a enfermedad sin pretender perder la interacción entre ambas. La intervención en psicología de la salud hace referencia a los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Taylor (1986, cit. En Latorre, 1994) señala que las áreas de aplicación de la psicología de la salud se enfocan en.

1. El psicólogo de la salud está interesado por los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud.
2. los psicólogos de la salud estudian también los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad
3. Los psicólogos de la salud enfocan también su atención sobre la etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones. La etiología hace referencia los orígenes o causas de la enfermedad y los psicólogos de la salud están especialmente interesados por los factores psicosociales que contribuyen a la salud y a la enfermedad.
4. Los psicólogos de la salud están interesados en el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes; y desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario.

Podemos ver que son múltiples las actividades que han de realizarse al hablar de intervención en psicología de la salud. En los siguientes apartados se realiza la descripción

de las áreas de intervención: 1) promoción de la salud; 2) prevención de la enfermedad y 3) Tratamiento.

#### Promoción de la Salud

La promoción de la salud es un constructo que ha sido de interés para los sistemas sanitarios en generaciones atrás, pero actualmente es prioritaria para todas las disciplinas encargadas de la salud, de entre ellas la psicología de la salud pues corresponde a su primer nivel de intervención.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1986, estableció que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud. (cit. En Morales, 1999).

En esta definición debe contemplarse que no se refiere únicamente al sistema de salud pues se requiere de otros sistemas sociales (político, económico, etc.) así como la inserción de múltiples profesionales en el área de la salud y no exclusivamente de los médicos.

Los objetivos que se proponen en la promoción de la salud según Turubían (1993, cit en Oblitas, 2004) son:

1. Cambiar conocimientos y creencias
2. Modificar actitudes y valores
3. Aumentar la capacidad para tomar decisiones.
4. Cambiar comportamientos.
5. establecer ambientes sanos

6. Conseguir cambios sociales hacia la salud.

7. Favorecer la capacidad y el poder de individuos, grupos y comunidades.

Con éstos objetivos se evidencia el interés y se justifica la participación de la práctica psicológica pues incursiona en los conceptos de hábitos de salud, creencias, estilo de vida, etc. La experiencia y el desarrollo de técnicas psicológicas para la modificación del comportamiento permiten a la psicología de la salud establecer su papel funcional dentro de la promoción de la salud.

Relacionado con lo anterior, Morales (op. cit.1999) realiza algunas recomendaciones para el trabajo de los psicólogos en ésta área y son:

1. Identificar los problemas que requieren atención prioritaria;
2. para esa identificación, la información sobre la comunidad es la fuente para la toma de decisiones, debiéndose usar datos seguros procedentes de registros continuos, investigaciones previas o investigaciones al efecto;
3. trabajar en equipo con profesionales de otras disciplinas, compartiendo el conocimiento que sea necesario compartir;
4. evaluar los resultados siguiendo un modelo de intervención;
5. utilización de diferentes procedimientos con un carácter creativo;
6. estimular la más activa participación de los miembros de la comunidad.

La labor del psicólogo dentro de la promoción de la salud es ardua, pues se deben generar programas de actuación a nivel individual, comunitario e institucional reconociendo para cada uno de ellos los factores ambientales y culturales que nos permita su entendimiento y conlleven a una aplicación eficaz.

#### Prevención de la enfermedad

La prevención de la enfermedad está estrechamente relacionada con la promoción de la salud de hecho es imprescindible hablar de una sin considerar a la otra, existen variaciones entre ellas respecto al planteamiento de sus objetivos pero se reitera su importancia y su constante interacción.

La prevención corresponde a la reducción o eliminación de los factores de riesgo que están asociados a enfermedades específicas. Según Backett, Davies y Petrós-Barsavian (1985, cit. en Morales, 1999) se puede considerar como factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad a toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas que según los conocimientos que se posee asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y que puede caracterizar a los individuos, la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente.

Al detectar los factores de riesgo mediante la aplicación de adecuados instrumentos de evaluación se pueden diseñar los programas de intervención ya sean preventivas o de rehabilitación.

Fielding (1978, cit. En Amigo, 1998) clasifica tres tipos fundamentales de prevención:

*La prevención primaria*, que se refiere a las medidas tomadas para prevenir la aparición de la enfermedad en personas sanas; *la prevención secundaria*, que se refiere a los esfuerzos necesarios que se realizan para detener el progreso de la enfermedad una vez que ésta se ha iniciado; y, finalmente *la prevención terciaria*, que incluye los procedimientos de tratamiento y rehabilitación de aquellas enfermedades que ya han mostrado sintomatología clínica.

Para Amigo (op. cit. 1998) la prevención de la enfermedad consiste en aquellas intervenciones dirigidas a reducir o eliminar los comportamientos riesgosos para el desarrollo de algún tipo de enfermedad, muestran, mientras que las intervenciones referidas a la promoción tienen como objetivo adquirir y mantener comportamientos saludables y, por consiguiente mejorar la calidad de vida.

En general, se puede considerar que el objetivo de la prevención de la enfermedad en psicología de la salud consiste en reducir la presencia de los factores de riesgo o impedir el avance de una condición patológica mediante la modificación de comportamientos relacionados con la enfermedad.

## Tratamiento

Una de las actividades que más satisfacen a la práctica psicológica es la del desarrollo de técnicas de intervención que permitan lograr cambios positivos en la vida de una persona, es el caso de la aplicación de estrategias terapéuticas o tratamiento. En psicología de la salud el tratamiento corresponde a un tercer nivel de prevención pues se aplica donde ya ha aparecido la enfermedad y está siendo atendida de forma multidisciplinaria.

En éste ámbito, la psicología de la salud hace uso de técnicas principalmente de origen conductual como lo son: técnicas de modificación de conducta, desensibilización sistemática, técnicas de autocontrol, reestructuración cognitiva entre otras, el uso de éstas técnicas está en función de satisfacer las necesidades de este nivel de intervención como las señaladas por Tulkin (1987; cit. En Roa, 1995) que son:

1. Tratamientos alternativos no farmacológicos, que incluyen enfermedades que pueden ser aliviadas sin fármacos.
2. Tratamiento psicológico como intervención primaria aplicado cuando los tratamientos médicos tradicionales fracasan.
3. Tratamiento psicológico auxiliar, que se aplica cuando los trastornos son agravados por factores psicológicos como el estrés.
4. Afrontamiento a procedimientos médicos invasivos como la quimioterapia.
5. Adaptación a enfermedades crónicas
6. El cumplimiento, aplicando técnicas para la adherencia al tratamiento.

Los objetivos del tratamiento tienen que ver prioritariamente con el tipo de enfermedad que se está combatiendo y el tipo de trastorno como lo puede ser la hipertensión arterial, diabetes, estrés, cáncer, asma, sida, insuficiencia renal entre tantos otros, así, la intervención conduce a la reducción de ansiedad, afrontamiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento, etc. Como se ha señalado ya, los niveles de intervención en psicología de la salud son de gran prioridad dentro de su campo de acción sin diferenciar la importancia de cada uno de ellos, lo que es preciso señalar es la necesidad de generar profesionales con las habilidades, responsabilidades y actitudes que debemos tener al incursionar en ésta área para el manejo de cada uno de estos niveles de intervención.

## CAPITULO 2. AFRONTAMIENTO

### 2.1 Definición

El diagnóstico de una enfermedad crónica no sólo representa cambios fisiológicos en el paciente sino que también se generan cambios en diversos contextos (emocional, familiar, escolar, laboral, etc.) de la vida del paciente; así, estará inmerso en un proceso de adaptación a dichos cambios y debe emplear habilidades que le permitan hacer frente a esta nueva condición. La importancia de ello radica en que de manera que el paciente afronta su condición como enfermo crónico puede realizar las actividades que le apoyen a tener un mayor control sobre la enfermedad y una mejor calidad de vida.

El hacer frente a una situación estresante de amenaza o peligro requiere de recursos que permitan al individuo manejar dicha situación o reduzcan la ansiedad, este proceso es conocido como afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo”.

Se han categorizado las estrategias de afrontamiento en dos enfoques:

1. estrategias centradas hacia “la resolución de problemas”
2. estrategias centradas en “la emoción”

#### Estrategias centradas en la solución del problema:

Consiste en cambiar la relación ambiente- persona, se intenta manejar o alterar las fuentes generadoras de estrés, actuando sobre los efectos de la situación estresante (Parker, 1996; cit. En Maris, 2003)

Estrategias centradas en la emoción: La función de este tipo de afrontamiento es cambiar lo que está ocurriendo para mitigar el estrés y disminuir el malestar y el dolor emocional (ídem)

Existen diversos factores que influyen en el proceso de afrontamiento como el género, estado civil, escolaridad, ámbito laboral, etc., así cada individuo actúa o emplea diferentes estrategias de afrontamiento pasivas o activas que mediarán la funcionalidad de la adaptación a la enfermedad.

Lazarus y Folkman (1984; cit. En González, L, 2004) han estipulado ocho estrategias de afrontamiento: Tres centradas en la solución del problema y cinco centradas en la emoción y que a continuación se describen:

Centradas en el problema.

1. Confrontación: acciones directas para alterar la situación. Ejemplo:” Me mantuve firme y luché por lo que quería”.
2. Búsqueda de apoyo social: Acciones para buscar consejo, información o simpatía o comprensión. Ejemplo:” Acudí a personas amigas para que pudieran darme una mano”.
3. Búsqueda de soluciones: Acciones orientadas a buscar las posibles alternativas de solución. Ejemplo.” Analicé detenidamente la situación y me tracé un plan de acción paso a paso”.

Centradas en la emoción:

1. Autocontrol: esfuerzos para regular los sentimientos y acciones. Ejemplo: “intente controlar mis sentimientos y que no me dominara el problema”
2. Distanciamiento: Esfuerzos para separarse de la situación. Ejemplo: “procuré distraerme y no pensar demasiado en el problema”.
3. Reevaluación positiva: Esfuerzos para crear un significado positivo centrándose. Ejemplo: “Pasar por esta experiencia enriqueció mi vida”.
4. Autoinculpación o autocastigo. Ejemplo:” Asumí que yo me había buscado el problema”.

5. Escape/Evitación: evitación de la situación de estrés. Ejemplo: "Fantasee y soñe con tiempos mejores".

Otros autores han categorizado también las estrategias de afrontamiento según sus estudios y son presentadas en los siguientes cuadros conceptuales:

#### **Estrategias de afrontamiento según McCubbin**

- Ventilando sentimientos (ventilating feelings) es la expresión de las tensiones y las frustraciones.
- Buscando diversiones: escapar de las fuentes de tensión, mirando películas o jugando con videojuegos.
- Desarrollando la autoconfianza y el optimismo: los esfuerzos por ser más organizados, asumiendo la situación.
- Búsqueda de apoyo social: focalizado en conectarse con otra gente a través de la expresión de los afectos y la resolución mutua de los problemas.
- Resolviendo los problemas familiares: hablando con los padres o buscando entrar en razones con ellos.
- Evitando problemas: usando sustancias como un camino de escape para no enfrentar las dificultades personales.
- Búsqueda de apoyo espiritual: por ejemplo, concurriendo a la iglesia, orando y hablando con el mismo religioso.
- Involucrándose con amigos íntimos: teniendo amigos o amigas con quienes compartir.
- Búsqueda de ayuda profesional: acudiendo a un consejero profesional o un profesor.
- Integrándose a actividades: trabajando en proyectos, proponiéndose logros, metas u objetivos.
- Teniendo buen humor: buscando el sentido del humor y siendo divertido.
- Relajación: orientado a aliviar las tensiones, comiéndole día, conduciendo el automóvil y otras conductas por el estilo.

*Fuente de información: Cuadro citado por Pereyra (2004) en el libro Psicología de la salud y calidad de vida*

### **Estrategias de afrontamiento según Carver y colaboradores.**

- afrontamiento activo “hago lo que debo, un paso a la vez”
- Planificación: “elaboro un plan de acción”.
- Suprimiendo la competencia de actividades “dejo otras actividades para concentrarme en la actual”.
- Restringiendo el afrontamiento:” espero el tiempo propicio para hacer las cosas”.
- Buscando apoyo social por razones instrumentales:”converso con la ente buscando nuevas ideas para afrontar el problema”.
- Buscando apoyo social por razones emocionales:”hablo con la gente acerca de cómo me siento”.
- Reinterpretación positiva y crecimiento:” aprendo cosas de la experiencia”.
- Aceptación: “aprendo a vivir con el problema”.
- Volviendo a la religión: “pongo mi confianza en Dios”.
- Focalizando en la ventilación de las emociones: “dejo salir mis sentimientos”.
- Negación: “me niego a creer que esto ha pasado”.
- Desvinculación conductual: “renuncio a intentar concretar mis metas”.
- Desvinculación mental. 2 sueño acerca de otras cosas en lugar de eso”.

*Fuente de información: Cuadro citado por Pereyra (2004) en el libro Psicología de la salud y calidad de vida*

Para Urquidi (1999) las diversas estrategias de afrontamiento que los individuos despliegan ante situaciones estresantes, pueden o no ser efectivas, esto dependerá de si dichas estrategias ayudan a resolver el problema, ya sea cambiando las condiciones ambientales o modificando la percepción de las mismas (a través de la reestructuración cognoscitiva) o del manejo pertinente de las respuestas emocionales.

Algunos autores consideran que ciertos rasgos de personalidad están relacionados con el proceso de adaptación del paciente ante situaciones estresantes como lo mencionado por Hewitt y Flett (1996: cit. En Ramírez, Esteve, Zaragoza y López: 2001) quienes proponen un modelo acerca de la relación entre la personalidad, el afrontamiento y la adaptación.

PERSONALIDAD → AFRONTAMIENTO → ADAPTACION

Este modelo asume que la personalidad determina las estrategias de afrontamiento que utilizará el individuo en situaciones estresantes, siendo éstas a su vez las que permitirán al sujeto un alto o bajo nivel de adaptación (Hewitt y Flett, 1996: cit. En Ramírez, et. Al; 2001).

Además de Hewitt y Flett, existen investigadores que han ubicado las estrategias de afrontamiento dentro del plano de la personalidad como Pelechano (1992; cit. En. Gil y López, 2004) quien considera que las estrategias de afrontamiento se conceptúan formando parte de las capacidades-aptitudes de personalidad, representando modos de operar ante problemas concretos que se encuentran consolidados (esto es, formas de hacer estables) y que resultan eficaces frente a ciertos problemas e ineficaces frente a otros.

La presencia de una enfermedad, desencadena diversas situaciones y factores de estrés y sus efectos se derivan de las características y tipo de la enfermedad, dentro de ello el rol que  $\langle$ asume el paciente es determinante para el proceso de adaptación y su nueva condición. Weiner, (1982; cit. En Gil y López, 2004) puntualiza que el proceso de adaptación o afrontamiento de la enfermedad es una tarea compleja que depende de numerosos factores, tales como las siguientes:

- Si la enfermedad acontece abruptamente o se desarrolla gradualmente.
- Si es o no curable.
- Si comporta un estigma social o no.
- Si requiere de hospitalización, de procedimientos terapéuticos especiales o de cirugía.
- El comportamiento de los profesionales sanitarios,
- La habilidad previa a la experiencia del paciente con otras enfermedades.
- Sus experiencias vitales previas en el sistema sanitario
- El desarrollo o no de las alteraciones metabólicas y fisiológicas provocadas por la enfermedad en curso que puedan alterar la capacidad de percepción, memoria a las habilidades en solución de problemas del paciente, variables personales tales como la edad.

Para lograr la efectividad de las estrategias de afrontamiento primordialmente es necesario que el paciente tenga un papel activo y la constancia en el manejo de sus habilidades. De acuerdo con lo anterior, Oblitas, (2004) menciona que para ello es importante:

1. Aprender a medir las fuerzas y no violentarse uno mismo intentando hacer algo más allá de sus posibilidades.
2. el pensamiento debe corresponder con una visión objetiva de la realidad.
3. Tomar el tiempo necesario para responder a las demandas de acuerdo con el estilo propio de cada persona, es decir, seguir el propio paso.
4. No existe una solución única y perfecta para cada problema, sino que es necesario aprender a enfrentar las situaciones con los recursos propios o aquellos que se tienen a mano.
5. Lo trágico no son las situaciones, sino el modo de interpretarlas; cuando es posible, conviene ver los conflictos y contratiempos como desafíos y no como situaciones amenazadoras. Si es bueno o malo lo que ocurre, depende mucho de cómo se perciba.

Así, según la situación en que se presente la enfermedad y la experiencia que en el individuo ha tenido con ella se pondrán de manifiesto las habilidades y estrategias de afrontamiento.

Para los profesionales de la psicología uno de los puntos clave de la intervención en el proceso de adaptación o la enfermedad de un paciente crónico es el manejo del estrés mediante la aplicación de los recursos del paciente. Uno de los procedimientos terapéuticos generalmente empleado en estos casos es la inoculación del estrés que es una técnica cognitivo conductual que consiste en ayudar a los pacientes a que comprendan y controlen sus reacciones de temor asociados al trauma (Mechenbaum, 1974; cit. En. Caballo, 2002).

## 1.2. Enfermedades Crónico Degenerativas

### 2.2.1 Hipertensión Arterial

#### 2.2.1.1 Características de la enfermedad

La presión arterial es la fuerza con la que la sangre circula por el interior de las arterias del cuerpo. Cuando el corazón se contrae envía sangre con fuerza a las arterias para que sea distribuida a todo el organismo; a esta presión se le conoce como sistólica. Cuando el corazón se relaja la presión en el interior de las arterias es menor y se denomina presión diastólica \*\*\*.

A la evaluación de la presión sistólica y/o diastólica, ya sea primaria o secundaria se le denomina hipertensión arterial (Manual Merk, 1997).

Existen dos tipos de hipertensión arterial, la primaria o esencial y la secundaria. La primaria se define como el aumento de los niveles medios de la presión arterial sin causa orgánica reconocida y se habla de hipertensión secundaria cuando la presencia de la hipertensión es responsable al otro trastorno orgánico (García, 1991).

Según la Norma Oficial Mexicana NOM—030-SSA-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, ésta se clasifica de acuerdo con los siguientes criterios:

Presión arterial óptima < 120/80 mm de Hg

Presión arterial normal 120-129/80-84 mm de Hg

Presión arterial normal alta 130-139/85-89mm de Hg

Hipertensión Arterial

Etapas 1. 140-159/90-99 mm de Hg

Etapas 2. 160-179/100-109 mm de Hg.

Etapas 3.  $\geq 180 / \geq 110$  mm de Hg

### 2.2.1.2 Factores de Riesgo

La hipertensión arterial se relaciona con una serie de factores identificados para su desarrollo, de entre ellos se puede mencionar la ingesta elevada de sodio, la falta de ejercicio físico, la obesidad o el estrés, siendo este último factor el que ha sido objeto más frecuente de la intervención psicológica (Amigo y Buceta, 1990)

La relación entre la hipertensión arterial y el estrés es de gran relevancia dentro del campo de la psicología de la salud la cual aporta sus recursos para apoyo de que tenga mayor control del padecimiento.

### 2.2.1.3 Intervención Psicológica

La psicología de la salud se ocupa de determinar los factores psicosociales asociados al padecimiento de una enfermedad en cada una de sus fases: patogenia, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a la persona que padece la afección; y de aplicar tratamientos coadyuvantes o sustitutivos de los tratamientos médicos, lo cual optimiza las condiciones de curación, rehabilitación y adaptación a la enfermedad (Rodríguez, 1995).

Mediante la identificación de los factores de riesgo, el psicólogo puede promover la salud y así prevenir que se genere este padecimiento. Para combatir los factores de riesgo se han aplicado diferentes estrategias psicológicas adicionadas al tratamiento farmacológico del paciente, desde proporcionar información concerniente a la enfermedad, el cambio de hábitos como el sedentarismo, las prácticas de alimentación, hasta la reeducación del paciente en el afrontamiento de estresores, dando lugar a cambios en el estilo de vida más o menos permanentes y una mejoría consecuente de la enfermedad (Ortiz, G; y Ehrenzweig, y; 1998).

### Biofeedback

Las técnicas de biofeedback son procedimientos que mediante la instrumentación adecuada proporcionan a una persona información inmediata, precisa y directa sobre la actividad de sus funciones fisiológicas, en este caso su presión arterial, facilitando de esta forma su percepción su control voluntario (García Vera, 2000), así éstas técnicas tienen el efecto de reducir el nivel de activación del organismo y como consecuencia la presión arterial.

### Relajación

La técnica de relajación desarrollada por Jacobson (1974, cit. En Slaikeu, K, 1996), implica el entrenamiento en el contraste de tensión-relajación. Se instruye al paciente para que alterne el tensor y liberar cada zona muscular. El objetivo de estas terapias es disminuir la presión arterial mediante el control voluntario de la tensión muscular y/o de la respiración para que se produzcan cambios en la salida cardiaca. Debido a que las resistencias periféricas y la salida cardiaca determinan la presión arterial, la disminución de estos dos factores supone una reducción en los niveles de presión arterial (García Vera, 2000).

### Desensibilización Sistemática

Es aplicada a las situaciones de medida y a las sensaciones que el paciente siente frente a la presión durante ese proceso. Si como consecuencia de la desensibilización se consiguen valores de normotensión y estos se mantienen, tras el período pertinente período de seguimiento, la intervención se debe dar por determinada (Mussi, 2004).

Además de estas propuestas de intervención se debe de entrenar al paciente en el uso de sus habilidades de afrontamiento, solución de problemas, e implementar programas de hábitos de alimentación y ejercicio físico, para aumentar la eficacia de estos procesos terapéuticos.

### 2.2.2 Diabetes

El tratamiento médico para el paciente diabético se basa en tener control de la glucosa mediante un programa de dieta, ejercicio físico, medicamentos y/o administración de insulina y la modificación de diversos hábitos de salud. La eficacia de este tratamiento

reside en la constancia del papel activo del paciente ante el seguimiento de dicha prescripción.

De esta manera, se hace resaltar la adherencia al tratamiento para que el paciente mantenga el control sobre el desarrollo de su enfermedad, aunque esto parezca sencillo existen factores que impiden dicha adherencia. Es por ello que entre un 7% y un 20% de los pacientes cumplen todas las condiciones, el 75% incumple su dieta, un 80% comete errores en la administración de insulina y el 50% muestra un cuidado insatisfactorio de sus pies (Sherbone, Hays, Ordway, D' Matteo y Kravitz, 1992, Surwit, Feinglos y Scorven, 1983; cit. En Amigo, 1998).

El rol del psicólogo de la salud como parte de un equipo multidisciplinario para la atención del paciente diabético, reside en implementar programas de intervención que modifiquen los factores que inhiben el papel activo del paciente con el objetivo de incrementar la adhesión al tratamiento.

Las estrategias de intervención psicológica para mejorar la adherencia al tratamiento incluyen programas de educación y técnicas de modificación de conducta así como el desarrollo de habilidades sociales.

#### Programas de Educación.

Los programas de Educación Diabetológica tienen como objetivo brindar información respecto a la enfermedad y los tipos de tratamientos, hábitos de salud entre otros, que van dirigidos al paciente, al personal de salud y a familiares del paciente diabético para el afrontamiento de la enfermedad.

La mayor parte de los programas de educación en diabetes que se aplican en la actualidad parecen producir cambios en la información que el paciente posee de su trastorno y del cuidado necesario para su control; sin embargo, no siempre este cambio en el nivel de conocimientos se traduce en una mejora en los niveles de adherencia al régimen terapéutico (Beneit, 1994).

## Programas de Modificación de Conducta

Los procedimientos más empleados para la modificación de conducta para la adherencia al tratamiento del paciente diabético destacan: asignar de manera específica y operativa las tareas a realizar; proporcionar señales y claves para conductas específicas; adaptar el régimen de tratamiento a las necesidades específicas del paciente; elaborar contratos que definan las contingencias en caso de cumplimiento y, alternativamente de incumplimiento; practicar gradualmente y en esas fases sucesivas las conductas a implantar: y emplear el modelado, moldeado y refuerzo diferencial en el entrenamiento de nuevas conductas. (Polaina y Gil Roales-Nieto, 1990; cit. En Amigo; 1998).

### 2.2.3 Cáncer

#### 2.2.3.1 Características de la enfermedad.

El cáncer o también conocido como “neoplasia”, que significa “nuevo crecimiento”, es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento es excesivo respecto del tejido normal; este crecimiento continua aún después de interrumpir el estímulo que indujo el cambio. Un hecho fundamental en el origen de toda neoplasia es la pérdida de la capacidad de respuesta a los controles normales de crecimiento. Se dice que las células neoplásicas han sufrido alguna transformación porque continúan replicándose, al parecer ignorando las influencias reguladoras que controlan el crecimiento normal de las células. Las neoplasias también tienen un cierto grado de autonomía e incrementan su tamaño de manera más o menos estacionaria, cualesquiera que sean las condiciones locales donde se desarrolla y el estado nutricional del huésped (Stanley, L; Robbins, M; Ramli, R; 2003).

El cáncer se ha clasificado en: neoplasia benigna y tumor maligno. La neoplasia es benigna cuando las mutaciones sólo permiten que el tumor adquiera una ventaja en el crecimiento con respecto al tejido normal adyacente. La neoplasia benigna permanece confinada en la localización original. Por otra parte, un tumor es maligno cuando se producen mutaciones secuenciales que hacen que la neoplasia invada las estructuras circundantes de forma

destruictiva, y que se desarrolle en zonas distantes del organismo. Un cáncer es una neoplasia maligna (Spitalnik, 2003).

#### 2.2.3.2 Factores de Riesgo

El cáncer es considerado como una enfermedad multideterminada y los factores que pueden determinar su aparición se ha agrupado en varias categorías: factores genéticos, factores hormonales y de reproducción, y factores dependientes del comportamiento del individuo (Roales –Nieto, 2004).

Situándonos en nuestro ámbito profesional, se señalan a continuación los factores de riesgo relacionados con el comportamiento como lo es el consumo del tabaco, hábitos alimenticios, alcoholismo. Por ello una de las primeras tareas de estas conductas para la prevención primaria del cáncer.

Otro factor importante (aunque no primario) que se relaciona con el cáncer es el estrés. Cox (1986; cit. En Beneit, 1994) señala que existen diferentes modos por los que el estrés puede influir en la iniciación del cáncer; en primer lugar, determinados estilos de afrontamiento del estrés pueden propiciar que el sujeto se exponga a estímulos carcinógenos; por ejemplo incrementar el hábito de fumar o beber como una estrategias para el manejo de situaciones estresantes. En segundo lugar, la respuesta fisiológica de un individuo ante el estrés puede aumentar los efectos de una estimulación cancerígena ya existente; dicha respuesta fisiológica podría implicar cambios en el ambiente celular y hormonal, con el resultados de favorecer el desencadenamiento de cualquier proceso neoplásico latente.

Así, el estrés favorece el desarrollo de las neoplasias pues causa un desajuste en el sistema inmunológico eliminando a las células que defienden al cuerpo de la proliferación de las células cancerígenas, como los linfocitos NK llamadas células “Natural Killer”.

Otro factor relacionado con el cáncer es la personalidad, siendo Galeno quien afirmó que las mujeres melancólicas eran más propensas a pacer cáncer que las mujeres que se

mostraban activas y seguras de sí mismas (Lezna y Worthington, 1956; cit. En Amigo, 1998).

Al tipo de personalidad que es propensa al cáncer se le ha denominado como personalidad tipo “C” diferente al tipo “A” (con predisposición a enfermedades coronarias) y también diferente del tipo “B” (estado saludable).

Los elementos que definen a las personalidad tipo “C”, son la inhibición y negación de las reacciones emocionales negativas como la ansiedad, agresividad e ira; por otra parte la excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en general (Mussi, 2004). De acuerdo con ello, Amigo (1994) pone énfasis en la supresión y/o negación de reacciones emocionales fuertes, y por otra parte en la imposibilidad de hacer frente adecuadamente al estrés con la subsiguiente reacción de abandono asociada a sentimientos de desesperación y desamparo.

La depresión también tiene intersección con el cáncer en primer lugar como posible causa para el origen de esta enfermedad y en segundo lugar como la reacción psicológica ante el diagnóstico de la enfermedad. En el primer caso la depresión puede ser un factor que aunado a otros den pauta a la aparición del cáncer, en este sentido se deben tomar medidas de prevención primaria. En el caso de que la depresión sea consecuencia de la aparición del cáncer se deberán implementar intervenciones psicológicas para que no haya repercusiones en el desarrollo de la enfermedad.

### 2.2.3.3 Intervención Psicológica

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer son procesos que afectan el estado emocional del paciente pues con ello se modificarán diversos aspectos de su vida para poder adaptarse a la enfermedad Font (1988; cit. En Beneit, 1994) menciona que los problemas psicosociales que experimentan los pacientes de cáncer con:

1. Problemas emocionales (depresión, ansiedad, estrés, etc.)
2. Problemas derivados de la sintomatología física (efectos directos de la enfermedad, como el dolor; efectos colaterales de los tratamientos, etc.

3. Problemas derivados de la ruptura de los modelos de vida cotidianos (laborales, familiares, de relación social, etc.).

Para la evaluación del estado psicológico del paciente con cáncer es necesario tener en consideración su estilo de pensamiento, capacidad de adaptación y estrategias de afrontamiento que permitirán fortalecer su calidad de vida.

La psicooncología es una rama de la psicología de la salud que tiene como objetivo el estudio científico de la persona con cáncer y el cuidado de la dimensión psicosocial del paciente oncológico. El acercamiento psicoterapéutico a la persona con cáncer supone la posibilidad de coadyuvar con el tratamiento médico e influir en el curso y el pronóstico de la enfermedad, con un instrumental terapéutico de orden psicológico; dirigido al logro de diferentes objetivos, generales y específicos que convergen en el aumento cualitativo y cuantitativo de la vida (Canelones, 2005).

Canelones (op. cit. 2005) señala diferentes fases en la evolución de la persona con cáncer y en cada una de ellas las necesidades psicoterapéuticas son diferentes; estas fases son:

- a) Diagnóstico, la tarea más importante a cubrir es descontaminar de creencias destructivas el significado de la enfermedad, amortiguar el impacto del diagnóstico, equiparlo con alguna técnica de solución de problemas, apoyo a las necesidades emocionales, sociales y espirituales del enfermo y sus familiares, facilitar la percepción de control sobre su enfermedad.
- b) Tratamiento, facilitar la adhesión al tratamiento biomédico, coadyuvar al control de efectos colaterales del tratamiento.
- c) Intervalo libre de enfermedad, facilitar la expresión de miedos, preocupaciones anticipadas de la persona con el diagnóstico y su familia, estrategias para controlar cualquier alteración emocional, facilitar el retorno a las actividades cotidianas fuera de casa;

- d) Prevención y/o tratamiento de estados depresivos, facilitación de la adaptación al nuevo estadio de la enfermedad.
- e) Final de vida: colaborar en el control de síntomas físicos como el dolor, detectar y atender problemas psicológicos, como ansiedad, depresión dificultades de comunicación entre el enfermo y los familiares, detectar y facilitar las necesidades espirituales, acompañar a la persona en el proceso de morir y a los familiares en el procesamiento del duelo para prevenir complicaciones.

Uno de los principales aspectos en el paciente con cáncer es el dolor, para lo cual además del seguimiento de una tratamiento farmacológico se pueden emplear técnicas de intervención psicológica tales como la relajación muscular o el biofeedback.

### 2.3. Apoyo Familiar

El ser humano por su propia naturaleza es un ser social y por consiguiente está en constante interacción con otros, perteneciendo a un grupo o varios, en la actualidad dicha interacción corresponde a diversos intereses como lo puede ser el cultural, laboral, educativo y familiar; de ellos el último es el más importante porque es el primero donde se fomenta la socialización y genera una identidad propia.

La intención de convivir con otros es una necesidad emocional en el individuo y ésta es aún más notoria cuando se está enfermo, por ello el apoyo familiar es ampliamente recomendable para el afrontamiento de una enfermedad mediante el cumplimiento del tratamiento médico y psicosocial.

Cuando uno de los miembros de la familia enferma, surge un estado de alerta que activa determinadas estrategias de autocuidado en el sistema familiar con el propósito de controlar la situación que se presenta y depende de las representaciones que se tengan respecto a la

salud y la enfermedad así como la capacidad de generar alternativas para que el afrontamiento sea o no eficaz.

De acuerdo con ello, Hill (1949; cit. En Robledo de Dios; 1994) propuso un modelo de análisis de las situaciones críticas y es conocido por sus siglas ABCX y postula los siguientes factores:

A: El hecho en sí y los duelos vinculados a él.

B: La definición que la familia hace del hecho en sí.

C: Los recursos con que cuenta la familia para hacerle frente.

X: LA crisis, en donde concurren los tres factores anteriores.

Cabe señalar que estos factores se manifiestan en mayor o menor intensidad dependiendo de la evolución y afectación del tipo de enfermedad que se presenta así como los antecedentes que se tienen de ella. Los profesionales de la salud debemos poner énfasis en estos recursos para prevenir la desorganización en el seno familiar para hacer frente a la enfermedad.

Robledo de Dios (op. cit. 1994) señala que la familia puede dar dos tipos de respuesta frente al enfermo, como los polos de una misma dimensión: estilo de respuesta centrípeto y estilo de respuesta centrífugo.

Estilo de respuesta centrípeto: La familia se vuelca excesivamente en el enfermo. Sólo se habla y se vive para la enfermedad, ésta sale a relucir en cada momento, se está en un estado constante de tensión.

Estilo de respuesta centrífugo: Por el contrario; nadie quiere saber nada, y no hacen caso del enfermo. En general, en esta situación, aparece un miembro “galante” que se hace cargo del enfermo, al que éste se va a aferrar.

La evaluación de estos estilos de respuesta nos mostrará los indicadores de la capacidad de la familia para enfrentarse y solucionar el problema de la enfermedad y los consecuentes de ellos.

La adaptación a la enfermedad es un proceso que requiere de diversos recursos personales, terapéuticos y sociales. Pero más aún, cuando se trata de una enfermedad “crónica” pues con este término dichos recursos tornan en un matiz de permanencia debido a la presencia de factores como el dolor, degeneración del organismo, múltiples medicamentos, etc. Así, que el proceso de adaptación se vuelve un continuo en todas las actividades del paciente y es donde actúan las variables de intervención como el apoyo familiar, solución de problemas, estrategias de afrontamiento.

Así, el estado de enfermedad crónica como las características propias de cada enfermedad plantean demandas específicas de apoyo social y determinan a su vez, las actitudes y las conductas de las personas próximas al enfermo, las cuales son, en ocasiones, opuestas, o no están a la altura de sus necesidades (Mussi, 2004).

En este sentido, la familia es una esquema de apoyo social al afrontamiento de una enfermedad crónica y a la adherencia al tratamiento médico y psicológico. Así, el apoyo social en sus diversas manifestaciones fortalece la salud y el bienestar personal independientemente de los niveles de estrés o malestar que una persona pueda sufrir (Roales-Nieto, 2004).

El interés terapéutico del apoyo familiar radica en la reducción de los trastornos psicológicos que se presentan con las enfermedades crónicas (ansiedad, depresión, trastornos del sueño, dolor, etc.). El compromiso de la familia como apoyo social se hace necesario en enfermos que no tienen un buen cumplimiento terapéutico como en la hipertensión, diabetes, cáncer, entre otras.

## **CAPITULO 3. USO DEL SECTOR SALUD.**

### 3.1 Percepción del usuario de los servicios de salud.

Al evaluar la atención de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios nos permite adquirir conceptos relacionados con la atención percibida que aportan información benéfica para mejorar la calidad de servicio de las instituciones y conocer las necesidades y expectativas del usuarios; y en este sentido fomentar la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

Un estudio realizado por Ramírez, Sánchez y Nájera Aguilar (1998) que tuvo como objetivo describir la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud en México y analizar su relación con algunas características predisponentes y habilitadoras de la población usuaria. La información fue obtenida de la Encuesta Nacional de Salud II de 1994, que entrevistó a 33324 usuarios que acudieron a los servicios de salud en dos semanas previas a la encuesta. Los resultados encontrados fueron que un 81.2 % de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y 18.8% mala. Los motivos que definieron la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); y los motivos que definieron la calidad de la atención como mala fueron: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados.

Para los usuarios, la calidad en este estudio estuvo representada por las características del proceso de atención (44.8%), del resultado de su asistencia (21.3%), de la estructura (18.0%), y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresaron al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%).

En general los usuarios perciben una buena calidad de la atención en las instituciones de salud con lo que se pretende se mantenga la frecuencia de la asistencia de los pacientes a

los servicios de salud para la prevención y tratamiento de los padecimientos crónicos. Cabe señalar que se debe enfatizar en los aspectos por los cuales los pacientes no regresarían a los servicios de salud para mejorarlos y así no disminuir el interés de los usuarios para acudir a su tratamiento.

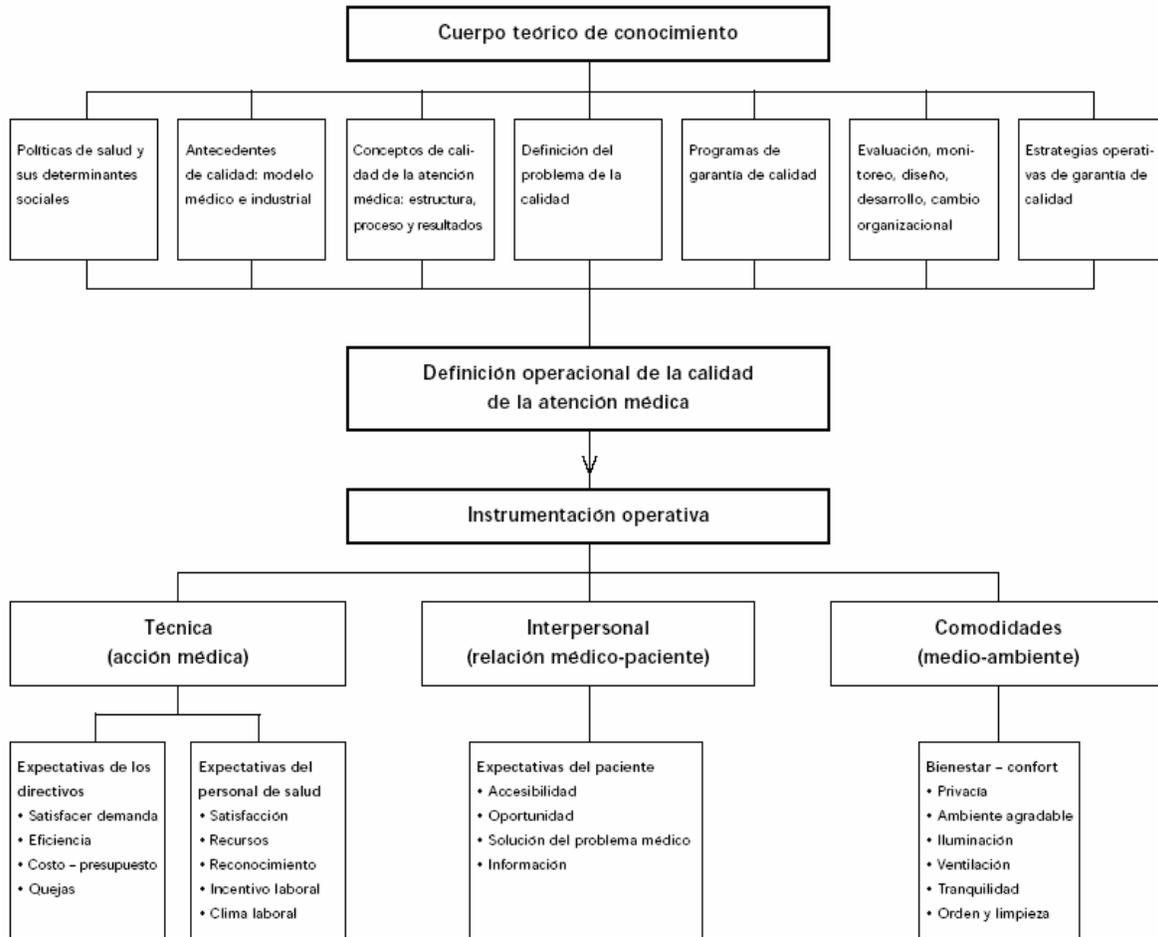
Al abordar el tema de “calidad” en los servicios sanitarios es necesario tener en claro este concepto el cual ha sido definido por Donabedian (1984) como la capacidad que puede tener una organización para satisfacer las necesidades de los consumidores de los servicios de salud, por lo que el indicador externo mayormente empleado ha sido la evaluación de la satisfacción del usuario.

Para Varela, Ríal y García (2003) la importancia de evaluar la satisfacción del usuario radica en las siguientes razones. 1) Proporcionan un feedback imprescindible para la gestión y optimización de los recursos sanitarios; 2) Proporciona una medida legítima de la capacidad de la organización para dar cuenta de las necesidades de los usuarios, pudiendo ser utilizado como un indicador en el control de calidad del servicio; 3) es uno de los activos con los que cuentan las organizaciones para lograr mejoras competitivas y resultados estables a medio plazo; y por último, 4) es un predictor de las reacciones comportamiento de los usuarios (lealtad, prescripción, adherencia al tratamiento, etc.).

Al conocer las expectativas del usuario podemos comprender la gama de factores que intervienen en la utilización de la red de los servicios sanitarios y la constancia del acercamiento de los pacientes a su tratamiento. Martínez, Van-Dick, Nápoles, Robles, Ramos y Villaseñor (1996) enuncian que existen tres componentes fundamentales en la prestación de servicios médicos: la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente; en donde la atención técnica es representada por la acción médica, siendo la aplicación y adecuación de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento del manejo de un problema personal de salud; la relación interpersonal es la interacción social y económica, y el medio ambiente representa las condiciones de confort o bienestar que se tienen durante el proceso de la atención médica. Estas descripciones las han plasmado en el

Guía Metodológico para el estudio de la calidad de la atención médica, que a continuación se presenta:

Guía metodológico para el estudio de la calidad de la atención médica.



La propuesta de estos autores nos da la posibilidad de evaluar la utilización del sector salud desde una perspectiva multifactorial e interactiva erradicando así la posición metodológica de conocer las necesidades del paciente por un lado y el proceso de atención por otro; pues estas variables se ligan de manera directa en cada caso.

Siguiendo esta tendencia, Jiménez, Báez; Pérez y Reyes (1996) también propusieron una metodología que permitía evaluar la calidad en instituciones de atención primaria de salud utilizando para ello la selección de actividades y los problemas de salud que puedan ser considerados como trazadores para el proceso, y métodos participativos para la selección de criterios, indicadores y estándares a utilizar en la evaluación, en los que interviene el propio personal de la institución objeto de la misma, y se refieren no sólo a los resultados de la atención, sino también de la estructura y el proceso incluyendo la opinión de los usuarios del servicio. Esta metodología según los autores, permite un mayor compromiso de los proveedores de los servicios con los resultados del proceso y con las medidas correctoras que de él deriven, por lo que se hacen más factibles las soluciones a los problemas que se detecten.

Estas propuestas son conducidas con una intención benevolente en el sentido de dar a conocer los componentes del proceso de atención y resultados de los servicios de salud considerando las expectativas del usuario, pero no sólo debemos hacerlas miembros de un acervo bibliográfico sino hacerlas partícipes en cada una de las actividades que se realizan en el Sistema Nacional de Salud de nuestro país : pues generalmente son aplicadas en países del primer mundo, pues esto también está desarrollado con la equidad de la salud, que corresponde al sistema político y económico de cada nación.

Respondiendo a los intereses del presente, es necesario especificar en la utilización de los servicios de salud por los pacientes con enfermedades crónicas y conocer la frecuencia de su asistencia y las razones del desuso que afectan su adherencia al tratamiento y por consiguiente a su salud. Un estudio realizado en la ciudad de Guadalajara en México, por Mercado (2003) tuvo como objetivo conocer la utilización de los servicios de salud desde la óptica de los individuos enfermos de una patología crónica. Se entrevistaron a 20 sujetos enfermos a través de un muestreo aleatorio. Los resultados obtenidos fueron que los participantes suelen combinar diversos tipos de atención médica. Encontrando cuatro categorías de utilización de los servicios de salud: frecuente, ocasional, periódica o abandono.

*Los participantes que usan los servicios de salud frecuentemente;* presentan una trayectoria de su padecimiento oscilatoria o deteriorante, trabajan en actividades domésticas y están incapacitados y/o jubilados. Además reciben el apoyo de sus familiares, sobre todo para acudir a la atención médica.

*Los usuarios que acuden en forma ocasional una o dos veces por año;* son por lo común los más jóvenes, tienen trayectorias estables u oscilatorias y trabajan fuera de su hogar, por lo que acudir a la atención implicará no trabajar y no recibir un ingreso ese día. Aquellos que tienen acceso a la Seguridad Social evitan ausentarse de sus trabajos temiendo ser despedidos a causa de su enfermedad.

*Los usuarios que acuden en forma periódica;* tienen trayectorias estables u oscilatorias, pero en dos circunstancias diferentes. Algunos tienen manifestaciones o efectos secundarios debidos a su enfermedad, así que solo utilizan los servicios médicos cuando sienten alguna molestia o complicaciones, pero después de algunas semanas o meses abandonan los servicios médicos al sentir mejoría.

*Abandono del servicio médico.* En este estudio, en lo común los participantes tenían acceso al seguro social pero dejan de acudir al perder el empleo, y por ende su afiliación al mismo seguro. Algunos dejan de acudir y sólo van en caso de una crisis severa. El abandono, según los autores, se da principalmente por parte de los ancianos, con dos o más patologías crónicas, con trayectorias oscilatorias o deteriorantes que no cuentan con el apoyo familiar y que no han mejorado a pesar de tratamientos previos.

La información obtenida por Mercado-Martínez, nos manifiesta las razones de la utilización y abandono de los servicios de salud, aunque el autor reconoce las limitaciones metodológicas de su investigación, sin embargo, nos da la pauta para indagar más en la percepción y utilización de los servicios médicos, así como las actitudes y condiciones socio-culturales de nuestra población mexicana y así fomentar la investigación y estipular planes de acción.

Por otra parte, ya se ha mencionado cuales son los factores que intervienen en la utilización de los servicios sanitarios, así como la importancia de la participación del personal médico y la necesidad de reformas en el sistema de salud, pero ¿cuál es nuestro papel como psicólogos de la salud ante estas necesidades? ¿Ha incursionado el uso de la psicología en los hospitales? Es precisamente en a respuesta a estas preguntas donde recae nuestra participación mediante el implemento de nuestros recursos en interacción con los demás profesionales de la salud en un objetivo común: el bienestar de los pacientes.

### 3.2. El Psicólogo en los hospitales

El proceso de salud enfermedad como hemos visto en capítulos anteriores está determinado de forma multifactorial por variables biológicas, sociales y psicológicas. Las instituciones sanitarias ofrecen mediante sus recursos, servicios destinados a efecto de vigilar dicho proceso. Indagando dentro de los recursos profesionales es preciso reconocer la participación del psicólogo como parte del equipo multidisciplinario que aborda las diversas temáticas dentro del proceso salud-enfermedad.

En el capítulo II del presente, se describen las áreas de acción que la psicología de la salud comprende y que tienen relación con la prevención de la enfermedad, promoción de la salud, educación para la salud, evaluación y tratamiento. Estas áreas de acción son las que definen las actividades del psicólogo dentro de los servicios sanitarios y dan la apertura a una postura diferente de la aplicación de la psicología que en décadas anteriores sólo radicaba en la atención a los trastornos mentales.

La aplicación efectiva de los programas de actividades del psicólogo de la salud requiere del reconocimiento de dicha labor por parte de las autoridades que administran los recursos profesionales dentro del sector salud.

La actividad de los psicólogos que desempeñan sus labores en un servicio hospitalario tiene un objetivo de carácter preventivo y de asistencia, pues además de realizar intervenciones terapéuticas con padecimientos graves (en este caso enfermedades crónicas) se realizan

programas que benefician las respuestas de afrontamiento, asesoría a familiares, adherencia al tratamiento, manejo de síntomas, etc.

Para Moix (2003) el objetivo de los psicólogos de la salud, consiste en evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir distintos trastornos de salud utilizando el conocimiento, habilidades, técnicas e instrumentos proporcionados por la psicología. Siendo múltiples las funciones que pueden clasificarse en dos grandes bloques: directas e indirectas. Entendiendo 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).

Las tareas que el psicólogo de la salud realiza en los hospitales con los pacientes son diversas y de acuerdo con la literatura consultada puedo citar los siguientes ejemplos:

#### *Promoción de la salud*

Creación de estrategias para la difusión de la promoción de la salud en diversas áreas:

- Evitar el consumo de drogas
- Practicar ejercicio físico
- Hábitos alimenticios
- Sexo seguro
- Salud psicológica
- Prevención de accidentes
- Hábitos de salud
- Calidad de vida y salud

Y de las actividades referentes al paciente con algún padecimiento se pueden mencionar las siguientes:

- Manejo del estrés
- Control de ansiedad
- Adherencia al tratamiento

- Entrenamiento en solución de problemas
- Modificación de hábitos de salud
- Tratamiento psicológico del dolor crónico
- Preparación psicológica ante una intervención quirúrgica
- Terapia psicológica para el padecimiento de una enfermedad crónica.
- Apoyo psicológico para familiares del paciente
- Entrenamiento en estrategias de afrontamiento
- Entrenamiento en conductas de autocuidado
- Estrategias para mejorar la calidad de vida
- Intervención para el control de la hipertensión
- Aspectos emocionales del cáncer
- Control del enfermo diabético.

Las actividades del psicólogo de la salud para mejorar el sistema de cuidado de la salud según Barriga, J. & León, R. (2004) son:

- Elaborar modelos de organización y gestión de los servicios de salud.
- Crear grupos de apoyo comunitario (participación ciudadana) para hacer frente a las necesidades más urgentes de la comunidad.
- Desarrollar programas que generen actitudes favorables hacia el uso racional y solidario de los servicios de salud.
- El entrenamiento en habilidades de dirección y gestión a los responsables de los distintos centros de salud para que puedan lograr un adecuado clima organizacional que facilite la ejecución de las tareas y funciones del centro, así como optimizar los recursos del mismo.
- Facilitar la coordinación y funcionamiento del equipo sanitario.
- Formar al personal de salud en las modernas técnicas de organización y aprovechamiento de recursos, materiales y humanos, con el objeto de mejorar las prestaciones del sistema sanitario.

- Desarrollar programas para el cuidado del cuidador. Partiendo del supuesto que una mayor calidad de vida laboral de los profesionales sanitarios contribuye a la mejora de la prestación de sus servicios y por tanto redundando en beneficio no sólo de dichos profesionales, sino también de los usuarios de servicios de salud.

Ahora bien, se han identificado las funciones que el psicólogo de la salud puede ejercer dentro del marco hospitalario pero debemos reconocer que hay que realizar una ardua labor para integrar estas propuestas al sistema sanitario para que ésta labor científica genere beneficios para el paciente como para el personal sanitario.

Al respecto Morales (1999) menciona que una de las bases de la incorporación de la psicología a un trabajo amplio en los hospitales, debe ser la creación de servicios de psicología, desde los cuales, sin subordinación a ningún otro servicio, se puedan establecer los objetivos que deben ser perseguidos, decidir las prioridades para el uso del fondo de tiempo de los psicólogos en la institución, precisar los procedimientos y las técnicas de trabajo investigativo, mantener un sistema de intercambio permanente de experiencias, y supervisar los resultados de la labor que realizan los psicólogos que son miembros de este servicio.

Para ello, se requiere de mejorar y extender los conocimientos y líneas de investigación que a la psicología de la salud correspondan con el objetivo de cubrir las demandas en materia de salud que nuestra sociedad manifiesta que serán de utilidad para el reconocimiento de las aportaciones sanitarias que nuestra profesión puede brindar.

El terreno laboral del psicólogo dentro de los hospitales es extenso debido a la enormidad de la problemática de salud que actualmente se presenta y la participación del psicólogo dentro del equipo de atención al usuario del sector salud cada vez es más notable debido a que mediante la aplicación de sus recursos proporciona soluciones que enriquecen las alternativas terapéuticas para el mantenimiento de la salud, cubriendo sus objetivos desde el modelo biopsicosocial de salud-enfermedad.

Los objetivos de la psicología en los hospitales según Morales (op. cit. 1999) deben ser agrupados en cuatro direcciones principales, en íntima vinculación: 1) la asistencia directa a los enfermos y sus familiares; 2) la docencia, mediante la enseñanza regular de contenidos de psicología a estudiantes de medicina y de enfermería, de profesionales de nivel medio de la salud, de residentes de especialidades médicas; 3) la investigación, que debe estar orientada al esclarecimiento de aspectos psicológicos tanto de los problemas de salud que se presentan con más frecuencia, como de la atención de los mismos; 4) la acción institucional, que comprende los problemas de la satisfacción de los usuarios con los servicios, el diseño del ambiente hospitalario, la evaluación y el mejoramiento de los sistemas de información, la adecuación de reglamentos y rutinas, la optimización del funcionamiento de determinados servicios y equipos de trabajo y otros muchos aspectos relacionados y que varían de una institución a otra.

En México, la situación del papel laboral de los psicólogos en los hospitales es inquietante debido a que aún no se ha incorporado como parte del equipo multidisciplinario para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad pues sus funciones recaen únicamente en el aspecto clínico. Esta situación se relaciona con las políticas y la legalidad de nuestro Sistema Nacional de Salud que no incluye a la psicología como parte activa de los objetivos para resolver las problemáticas de salud. En una revisión y análisis de la Ley General de Salud de nuestro país, realizada por Piña (2003), encontró que a lo largo de todo el documento se hace referencia en una sola ocasión a la psicología a la que se le concibe como profesión, se circunscribe única y exclusivamente a su reglamentación para los efectos de su ejercicio como tal, es decir como profesión sin considerarla como parte actora fundamental en las finalidades, materias, objetivos, servicios ni actividades, pues prácticamente en todos se hace mención explícita a la profesión médica.

Para modificar este legado, se debe seguir fomentando la investigación e intervención de la psicología de la salud difundiendo los logros y la eficacia de la misma para dar la apertura a la inserción de nuestra disciplina en el Sistema Sanitario de nuestro país con la intención de mejorar el concepto de atención a la salud.

### 3.3 El Hospital Como Institución al Cuidado de la Salud.

Atender las necesidades de salud de la población es un compromiso social que se enlaza con aspectos políticos y económicos según las condiciones de cada país. Así, se crean instituciones de salud cuyo objetivo es la evaluación, prevención e intervención de los padecimientos que se manifiestan dentro de una población, y son intervenidos por profesionales en la materia con medios científicos y tecnológicos según los recursos de cada institución.

El hospital, es la institución que se forma como unidad al cuidado de la salud, teniendo origen en la Edad Media cuando el cuidado de los enfermos estaba a cargo de las manos de los religiosos concentrando a los enfermos en lugares específicos lo que posteriormente se denominaría como hospitales, aunque con una concepción diferente; pues en la actualidad su intención ya no sólo es la de “curar” sino de prevenir la enfermedad y fomentar la salud, mediante la investigación y formación de profesionales para cubrir necesidades específicas en atención de la salud.

Ahora, el hospital es una institución en la que las personas pueden obtener servicios sanitarios consistentes, fundamentalmente y en general, en el diagnóstico y cura de sus enfermedades, y también en la rehabilitación de determinadas discapacidades transitorias (Rodríguez Marín, 2001). Además de ellos, los hospitales son centros que han impulsado la investigación para el desarrollo de la ciencia médica para hacer frente a las problemáticas de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1968 define que el hospital, “son instituciones donde permanecen enfermos para recibir asistencia médica y de enfermería, y que pueden tener otras funciones, tales como métodos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a ingresados y en forma ambulatoria, incluso domiciliaria. Puede también participar en planes de educación de personal de salud y en la investigación médica y social” (cit. en. Ramos Domínguez y Alderegía Henriquez, 1990)

Los objetivos y organización de los hospitales han evolucionado y con ello se requiere la participación de profesionales que asuman roles dentro de un equipo de atención multidisciplinaria que cubra las expectativas del usuario.

Los hospitales, como instituciones al cuidado de la salud varían en su esquema funcional de unos a otros, así como su organización, planeación, y sistemas de atención, pero con un fin común. Rodríguez Marín (2001) menciona que aún con estas diferencias, los hospitales tienen fines, actividades y estructuras semejantes y la meta principal es devolver la salud al paciente hasta donde es posible, aunque no es algo definitivo, en consideración con los pacientes crónicos o terminales en los que la meta consiste en el cuidado y la rehabilitación.

En nuestro país se han creado hospitales especializados en algunas áreas de atención a los padecimientos crónicos degenerativos y correspondiendo a los intereses del presente a continuación se citan como ejemplos algunos de ellos para dar a conocer al lector sus objetivos y sistemas de atención.

### 3.3.1 Hospital de Cancerología (reseña)

El Instituto de Cancerología hace su arribo en la época pos revolucionaria como un modesto dispensario médico llamado Dr. Ulises Valdez ubicado en el 131 de la calle del Chopo, teniendo como antecedente lo que hoy es el Hospital de la Mujer. La peculiaridad de la población que atendía aquel hospital le convierte en el principal proveedor de pacientes oncológicos en el área ginecológica. En pocos años, ese dispensario resultó insuficiente para atender la demanda de hombres y mujeres con cáncer, por lo que se vio la necesidad de transformarlo en una institución especializada en el cuidado y tratamiento de esta enfermedad. Así, el 25 de noviembre de 1946, bajo el régimen del Presidente General Manuel Ávila Camacho, por Decreto Presidencial, nace el Instituto Nacional de Cancerología, transformándose y dando cabida a los servicios de Consulta Externa, Laboratorio, Rayos X y Patología, entre otros.

El 30 de diciembre de 1950, el entonces presidente Lic. Miguel Alemán Valdez, decreta la Ley del Instituto Nacional de Cancerología, se designa al Dr. Conrado Zuckerman Director

y extiende su área de atención tras la adquisición de la casa contigua en la cual se instaló un equipo de radioterapia y camas para la aplicación de braquiterapia con radium para las pacientes con carcinoma cervicouterino.

En 1963, el Dr. Enrique Barajas Vallejo fue nombrado Director y, en ese año el Instituto se transfirió al que fuera el Pabellón de Oncología del Seguro Social en Niños Héroe 151 en la colonia Doctores.

En 1972, asume la dirección el Dr. José Noriega Limón eminente Radiooncólogo. Durante su dirección se crean las Divisiones de Cirugía, Radioterapia y Medicina Interna. Implementó los programas de enseñanza con reconocimiento universitario de la especialidad de oncología clínica y radioterapia. En 1979 crea la Subdirección General Médica y se inicia la reorganización de la Consulta Externa, Enfermería, Trabajo Social y Todo el Sistema Administrativo.

En 1980 el Instituto Nacional de Cancerología cambió sus instalaciones al que actualmente ocupa en Av. San Fernando No. 22, Tlalpan. Durante ese tiempo cobraron importancia la creciente Investigación básica y clínica. Desde el punto de vista equipamiento, el instituto se coloca entre las mejores unidades oncológicas del país ya que cuenta con: bomba de cobalto, acelerador lineal, tomografía axial computarizada, medicina nuclear, laboratorio clínico, etc.

En 1982, asume la Dirección el Dr. Arturo Beltrán Ortega. Durante su gestión se fundó el Centro Oncológico del Estado de Guerrero. Se construye la Unidad de trasplantes de Médula Ósea. En 1986 se crea la Subdirección General de Investigación y Enseñanza. Gracias a esta última se desarrollan los programas educativos en más de 10 especialidades.

El 16 de agosto de 1993 el Dr. Jaime G. de la Garza Salazar, asume la Dirección General. Con él se ha logrado un impulso sin precedentes en el desarrollo de la tecnología de punta, en la investigación y en formación académica. El Instituto ha crecido casi un 100% en sus instalaciones. Ha reemplazado la totalidad del equipo de Alta Tecnología. Se ha instalado el Programa Nacional de Prevención de y Control de Cáncer Cervicouterino.

Todo ha sido posible gracias al apoyo de las autoridades, especialmente del Dr. Juan Ramón de la Fuente Ramírez.

El Instituto Nacional de Cancerología es un organismo descentralizado de tercer nivel, dependiente de la Secretaría de Salud; que brinda atención médica especializada a enfermos oncológicos siendo además un centro de referencia y órgano rector del cáncer en México

Dirige sus acciones a la atención de pacientes no derechohabientes de la seguridad social, provenientes de todo el país y ha sido política institucional, el otorgar servicios con eficiencia, calidad y calidez, con enfoque multidisciplinario en proceso diagnóstico - tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Aunado a las funciones asistenciales como centro de enseñanza médica e investigación.

#### *Misión*

Ser un centro de excelencia en Investigación, Docencia y Asistencia Médica en Oncología. Su prioridad es atender a los pacientes con la máxima calidad, dignidad y ética. Estas actividades establecerán las mejores prácticas en prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer en México.

#### *Visión*

Ser un centro de Excelencia en cáncer con reconocimiento Internacional

### 3.3.2 Hospital de Cardiología (reseña)

El Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” nace en 1944 ubicándose en la Av. Cuauhtémoc, en la Ciudad de México en donde funciona por 32 años, desde el 18 de abril de ese año hasta el 17 de octubre de 1976, fecha en la que se muda a sus actuales instalaciones en la zona de Tlalpan, en esta misma ciudad; logrando con éste cambio ampliarse y modernizarse de acuerdo a las necesidades médicas de hoy.

La característica principal de este Instituto, primero en su género en el mundo; es su carácter polifacético, con una visión integral del problema cardiológico. Característica por la que fue y sigue siendo un Centro Hospitalario para la atención del enfermo de escasos recursos; un gran Laboratorio de Investigación (de ciencia básica y de tipo clínico aplicada); así como una Escuela Superior en donde se enseña la Cardiología en sus

diferentes grados, desde lo esencial que requiere un estudiante de medicina, hasta la suma de doctrinas y técnicas que requiere la formación especializada de un cardiólogo o investigador.

Como parte del programa educativo de este Instituto se dictan anualmente cursos de Cardiología para estudiantes de medicina, cursos monográficos breves, teóricos prácticos para cardiólogos y, en coordinación con la Universidad Nacional Autónoma de México, cursos de especialización en Cardiología General, Cirugía Cardiotorácica, Cardiología Pediátrica, Nefrología y Reumatología.

Los miembros de la Institución han publicado varias decenas de libros científicos, apareciendo sus investigaciones en numerosas publicaciones y principalmente en la revista bimestral *Archivos del Instituto Nacional de Cardiología de México* órgano oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología, que se publica ininterrumpidamente desde su fundación en 1944 y que es la continuación de *Archivos Latinoamericanos de Cardiología y Hematología* nacida en 1930.

El Instituto es sede de la Sociedad Mexicana de Cardiología y de la Secretaría General de la Sociedad Interamericana de Cardiología, manteniendo una constante comunicación con la Sociedad y Federación Internacional de Cardiología (ISFC: International Society and Federation of Cardiology) con sede en Ginebra.

La planta física del Instituto refleja su organización interior y se ajusta a las múltiples funciones de éste. Fruto de largos estudios y de la experiencia acumulada en los primeros 30 años de vida, las nuevas instalaciones del Instituto fueron planeadas para satisfacer las demandas actuales de trabajo y hacer frente en lo posible, las que ya se anuncian para los próximos años.

### *Objetivos Institucionales*

Los objetivos del Instituto Nacional de Cardiología se basan en los principios de asistencia, investigación y educación delineados desde sus inicios por el Dr. Ignacio Chávez, mismos que han servido como modelo a numerosos Institutos en el mundo.

#### Asistencia

El Instituto desea ofrecer atención en Cardiología y especialidades afines con alto nivel de calidad, moderna y eficiente, cuidando siempre la dignidad, el bienestar y la calidez del enfermo durante todo el proceso de atención; ésta atención está enfocada a la población abierta económicamente débil, cuya necesidad de atención requiera de recursos humanos y materiales altamente especializados. Este objetivo ha sido logrado gracias al excelente personal médico y de enfermería quienes han compartido intensamente la vida del Instituto y han contribuido a conformar el prestigio de la atención integral que se ofrece a los pacientes.

#### Investigación

Desde sus inicios el Instituto se ha preocupado por participar en las actividades de la comunidad científica nacional e internacional mediante la generación, difusión y expansión del conocimiento científico; verificando el generado por otros, fomentando además la investigación básica, clínica y el desarrollo tecnológico.

#### Enseñanza

Otro de los objetivos es fungir como centro docente de difusión y propagación del conocimiento científico a través de la enseñanza y formación de recursos humanos, nacionales y extranjeros, comprometidos con la excelencia académica y la difusión del saber; a niveles profesional y de posgrado, con énfasis en Cardiología y Ciencias Médicas relacionadas.

### 3.3.3 Hospital General La Raza (reseña)

La construcción del Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del Centro Médico Nacional “La Raza”, conocido popularmente como Hospital “La Raza”, se inscribe en el

proceso modernizador que vivió México en la década de los años 50. El 12 de octubre de 1954, este hospital abrió sus puertas con tres especialidades: pediatría, cirugía y gineco-obstetricia. Hoy cuenta con 52 especialidades, 800 camas y cuatro polos de desarrollo, entre ellos: pediatría de alta especialidad y el centro nacional de trasplantes (corazón, hígado, riñón, médula ósea y de pene). Es el único centro de referencia neumológica de todo el país donde se estudian casos relacionados al corazón y a los pulmones.

Otorga cada año, 350 mil consultas de especialidad y practica 18 mil cirugías. Cuenta con 4 mil 500 trabajadores, entre médicos, enfermeras, administrativos, trabajadores sociales y Asistentes médicas.

En este hospital se practicó por primera vez, en 1966, el primer reimplante de brazo y de mano exitoso; en 1988, el primer trasplante cardiaco; en 2000, la primera colocación artificial de los corazones artificiales ambulatorios. Es el hospital donde por primera vez, en 1966, se efectuó un trasplante multiorgánico, es decir: corneas, hígado y riñón; así como un trasplante de médula ósea en niños. Sus especialistas y neurocirujanos lograron que México se abriera, en el 2001, a la llamada cirugía fetal: erradicaron la hidrocefalia mediante una operación intrauterina. Otro de sus logros, nacionales y mundiales, se encuentra en haber separado en febrero de 2001, a dos gemelos y, tres años después, a una siamesa cuyo tórax fue sustituido por una prótesis de titanio. Además es el lugar donde se realizan entre 30 y 40 trabajos de investigación por año.

## **CAPITULO 4. METODO**

### 4.1 Objetivo

Analizar la relación entre el afrontamiento al padecimiento de una enfermedad crónico-degenerativa y el uso del sector salud.

### 4.2 Diseño

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

### 4.3 Hipótesis

Si el sujeto muestra afrontamiento del padecimiento de una enfermedad crónico-degenerativa entonces será más frecuente su asistencia a alguna institución de salud

### 4.4 Variables

V. D. Afrontamiento

V. I. Uso del sector Salud

### 4.5 Sujetos

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

### 4.6 Escenarios

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

#### 4.7 Instrumentos

Se utilizaron los instrumentos Funcionamiento de la salud (FS) y Funcionamiento Psicosocial (FP) desarrollados por Ramírez y Cortés (2003). FS consta de 5 subescalas con un total de 69 reactivos y FP se compone de 58 escalas y 4 subescalas. Ambos instrumentos cuentan con confiabilidad y validez.

Para los fines de la presente investigación se tomaron únicamente las subescalas: Afrontamiento (FP) y uso del Sector Salud (FP)

#### 4.8 Procedimiento

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

## CAPITULO 5. RESULTADOS

Para determinar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento con el uso de los servicios del sector salud, según las subescalas de los Instrumentos Funcionamiento de la salud (FS) y Funcionamiento Psicosocial (FP) desarrollados por Ramírez y Cortés (2003), se aplicaron las pruebas de correlación Chi Cuadrada (X<sup>2</sup>), Pearson's y Spearman mediante el programa estadístico SSSPS, con lo cual se obtuvieron los siguientes resultados:

Con los datos obtenidos mediante la prueba de correlación Chi cuadrada (X<sup>2</sup>) con valor de 28. 552 especificado en la Tabla 1.2, se acepta la hipótesis alterna lo que quiere decir que hay relación existente entre “aceptar sentimientos” y el “uso de los servicios del sector salud”. Asimismo la tabla 1.3. Expresa los resultados de las pruebas de correlación Pearson's R= -.058 y la Spearman R=-.050 que rechazan la hipótesis nula.

**Tabla 1. Resumen de casos**

|   | Casos   |            |          |            |       |            |
|---|---------|------------|----------|------------|-------|------------|
|   | Validos |            | Perdidos |            | Total |            |
|   | N       | Porcentaje | N        | Porcentaje | N     | Porcentaje |
| Aceptar sentimientos<br>* Servicio Médico | 980     | 99.2%      | 8        | .8%        | 988   | 100.0%     |

**Tabla 1.1 Descripción de la relación de casos entre aceptar sentimientos y uso del servicio médico**

| Count                |                      | Servicio Médico |     |      |        |         |       | Total |
|----------------------|----------------------|-----------------|-----|------|--------|---------|-------|-------|
|                      |                      | 0               | SSA | IMSS | ISSSTE | PRIVADO | OTROS |       |
| Aceptar sentimientos | ME DESCRIBE MUY MAL  |                 | 3   | 19   | 7      | 26      | 5     | 60    |
|                      | UN POCO              |                 | 1   | 79   | 21     | 39      | 14    | 154   |
|                      | BASTANTE             | 1               | 11  | 145  | 29     | 85      | 36    | 306   |
|                      | ME DESCRIBE MUY BIEN |                 | 10  | 115  | 33     | 62      | 25    | 246   |
| Total                |                      | 1               | 5   | 106  | 37     | 51      | 15    | 214   |
|                      |                      | 1               | 30  | 464  | 127    | 263     | 95    | 980   |

Tabla 1.3. Medida Simétrica

|                        |                      | Value | Asymp. Std. Error <sup>a</sup> |
|------------------------|----------------------|-------|--------------------------------|
| Interval por Intervalo | Pearson's R          | -.058 | .031                           |
| Ordinal por Ordinal    | Correlación Spearman | -.050 | .031                           |
| NO. de casos válidos   |                      | 980   |                                |

a. No se acepta la hipótesis nula

1.2 Prueba Chi Cuadrada

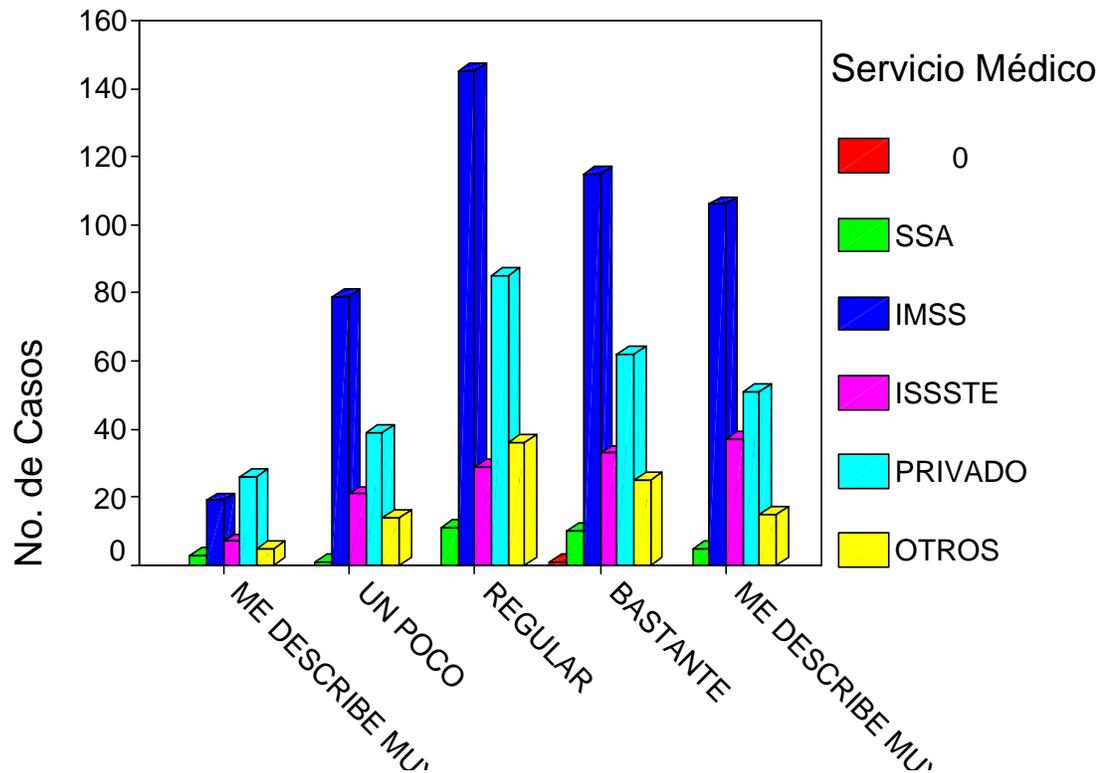
|                            | valor               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|----------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square         | 28.552 <sup>a</sup> | 20 | .097                  |
| asociación línea por línea | 3.251               | 1  | .071                  |
| No. casos validos          | 980                 |    |                       |

a. 7 celdas (23.3%) contaban con menos que 5. El mínimo esperado era .06.

La  
Fig  
ura  
1,  
ma  
nifi

esta la frecuencia de casos de la descripción de “aceptar sentimientos” y el “uso del sector salud”, en la cual presenta que el mayor número de casos con total de 306, describe como *regular* dicha relación, seguido de la descripción estipulada como *bastante* donde el número de casos fue de 246; 199 para los que expresaron los describía *poco*; 109 que manifestaron los describía *muy bien*; y 84 casos que mencionaron los describía *muy mal*; siendo en esta categoría los que menor número de casos fueron reportados.

**Figura 1.** Representa el Número De casos de la relación entre “aceptar sentimientos” y “el uso de los servicios del sector salud”



**Figura 1.** Representa el Número De casos de la relación entre “aceptar sentimientos” y “el uso de los servicios del sector salud”

### Aceptar sentimientos

Estos resultados nos definen que existe relación estrecha entre “Aceptar sentimientos” y el “uso de los servicios del sector salud”. En los servicios del sector salud, el IMSS, SSA, PRIVADO Y OTROS mostraron mayor número de casos en la categoría *me describe regular* y en el ISSSTE como *bastante*.

Para la relación de las subescalas “mantener la calma” y el “uso del sector salud” los resultados adquiridos con las pruebas de correlación fueron los que a continuación se

describen. La aplicación de la prueba de correlación Chi Cuadrada (X<sup>2</sup>) tuvo un valor de 27.754, con el que se acepta la hipótesis alterna lo que da sentido a que existe una relación directa entre “mantener la calma” y el uso del sector salud”. La tabla 2.3 muestra los resultados obtenidos de las pruebas de correlación Pearson’s y Spearman con un valor de -.074 para la primera y -.076 para la segunda, por lo que se rechaza la hipótesis nula, pues si existe relación entre ambas variables.

**Tabla 2. Resumen de casos**

|  | Casos   |            |          |            |       |            |
|--|---------|------------|----------|------------|-------|------------|
|  | Validos |            | Perdidos |            | Total |            |
|  | N       | Porcentaje | N        | Porcentaje | N     | Porcentaje |
| Mantener la calma<br>* Servicio Médico | 980     | 99.2%      | 8        | .8%        | 988   | 100.0%     |

|          |          |   |   |     |    |    |    |     |
|----------|----------|---|---|-----|----|----|----|-----|
| la calma | UN POCO  | 1 | 8 | 86  | 27 | 61 | 16 | 199 |
|          | REGULAR  |   | 5 | 162 | 43 | 92 | 40 | 342 |
|          | BASTANTE |   | 9 | 120 | 40 | 55 | 22 | 246 |
|          |          |   |   |     |    |    |    | 109 |
|          |          |   |   |     |    |    |    | 980 |

**Tabla 2.3 Medida de correlación**

|                       |                      | Valor | Asymp.<br>Std. Error <sup>a</sup> | Approx. T | Approx.<br>Sig. |
|-----------------------|----------------------|-------|-----------------------------------|-----------|-----------------|
| Interval por Interval | Pearson's R          | -.074 | .032                              | -2.307    | .021            |
| Ordinal por Ordinal   | Spearman Correlation | -.076 | .032                              | -2.372    | .018            |
| No. de Casos Válidos  |                      | 980   |                                   |           |                 |

a. No se acepta la hipótesis nula

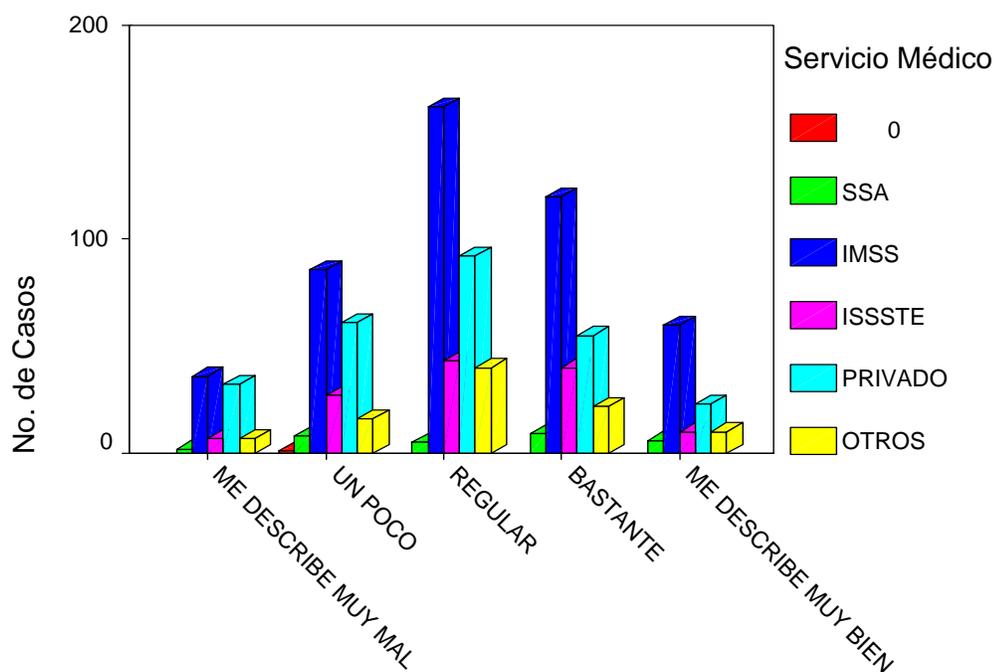
|                  |       |   |      |
|------------------|-------|---|------|
| Association      | 5.299 | 1 | .021 |
| N of Valid Cases | 980   |   |      |

La

a. 7 celdas (23.3%) contaban con menos que 5. El mínimo esperado era .09.

Fig

ura No. 2, representa la ocurrencia de casos y como se describen ante la relación. En el mayor número de casos que fue de 342, los individuos se describen como *regular*; 246 manifiestan *bastante*; 199 como *poco*; 109 expresaron los *describe muy mal*. Los resultados extraídos según cada servicio de salud fueron: el mayor número de casos que expreso ser descrito como *regular* fueron los encuestados en IMSS, ISSSTE, SECTOR PRIVADO Y OTROS. Los que se definieron como *bastante* fueron los entrevistados en el SSA.



### Mantener la calma

**Figura 2.** Representa el Número De casos de la relación entre “mantener la calma” y “el uso de los servicios del sector salud”

En la relación entre “controlar la situación” y el “uso del sector salud”, los resultados extraídos con la aplicación de la Chi Cuadrada ( $X^2 = 29.804$ ) se aceptó la hipótesis alterna lo que indica existe relación entre variables.

**Tabla 3. Resumen de casos**

|  | Casos   |            |          |            |       |            |
|--|---------|------------|----------|------------|-------|------------|
|  | Validos |            | Perdidos |            | Total |            |
|  | N       | Porcentaje | N        | Porcentaje | N     | Porcentaje |
| Controlar situación<br>* Servicio Médico | 980     | 99.2%      | 8        | .8%        | 988   | 100.0%     |

**Tabla 3.1 Número de casos de la relación entre controlar la situación y la utilización de los servicios del sector salud**

| Count               |                      | Servicio Médico |     |      |        |         |       | Total |
|---------------------|----------------------|-----------------|-----|------|--------|---------|-------|-------|
|                     |                      | 0               | SSA | IMSS | ISSSTE | PRIVADO | OTROS |       |
| Controlar situación | ME DESCRIBE MUY MAL  |                 | 2   | 12   | 2      | 12      | 6     | 34    |
|                     | UN POCO              |                 | 3   | 60   | 17     | 48      | 18    | 146   |
|                     | REGULAR              |                 | 5   | 142  | 39     | 74      | 20    | 230   |
|                     | BASTANTE             | 1               | 17  | 168  | 56     | 82      | 38    | 352   |
|                     | ME DESCRIBE MUY BIEN |                 | 3   | 82   | 13     | 47      | 13    | 158   |
| Total               |                      | 1               | 30  | 464  | 127    | 263     | 95    | 980   |

En la tabla 3.3 las medidas de correlación Pearson's con valor  $-.067$  y Spearman con valor  $-.059$  indican rechazar la hipótesis nula, aceptando también la relación entre dichas variables. La figura No.3 representa la frecuencia de casos de la descripción de las

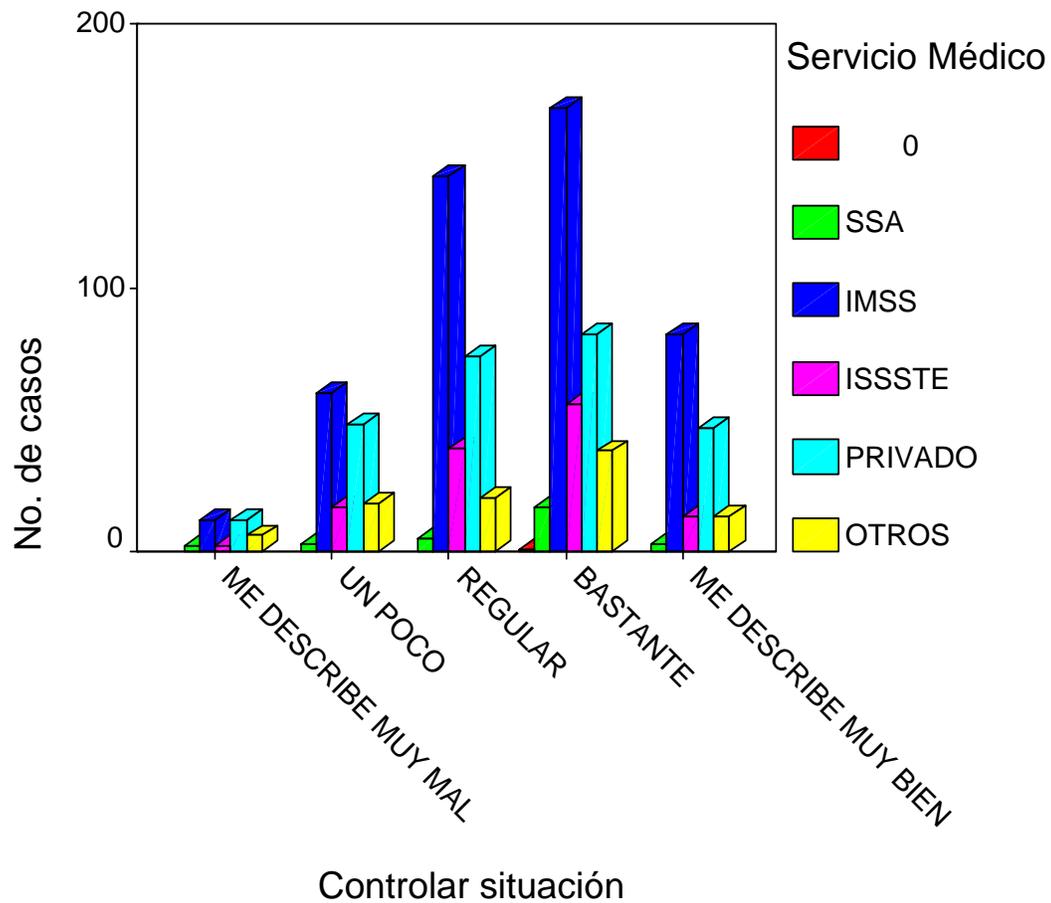
**Tabla. 3.2 Prueba Chi Cuadrada**

|       | Valor                                   | df                   | Asymp. Sig. (2-sided) |
|-------|---|----------------------|-----------------------|
| Pea   | <b>Tabla 3.3 Medidas de Correlación</b> |                      |                       |
| Cuac  |   |                      |                       |
| Asoc  |   |                      | .3                    |
| línea |   |                      | .7                    |
| No. c | Interval por Interval                   | Pearson's R          |                       |
| Válic | Ordinal por Ordinal                     | Correlación Spearman |                       |
|       | No. de casos válidos                    | 980                  |                       |

a. No se acepta la hipótesis nula

categorías correspondientes a la variable "controlar la situación" en donde 362 de los casos se definieron como *bastante*, 280 como *regular*, 158 como me describe *muy bien*; 146 como *un poco* y 34 como *muy mal*.

En todos los servicios de salud el mayor número de personas encuestadas ante esta relación se describió como *bastante*.



**Figura 3.** Representa el número de casos de la relación entre “controlar la situación” y “el uso de los servicios del sector salud”

Por otra parte, la aplicación de la Chi Cuadrada ( $X^2$ ) con valor de 21.439 (ver tabla 4.2) para la correlación entre “conocer la situación” y el uso del sector salud” acepta la hipótesis alterna que acepta la relación entre las variables, asimismo la Tabla 4.3 correspondiente al manejo de las pruebas de correlación Pearson’s con puntaje de  $-.046$  y Spearman con valor de  $-.042$ , rechazan la hipótesis nula, aceptando la relación existente.

Tabla 4. Resumen de Casos

|   | Casos   |            |          |            |       |            |
|---|---------|------------|----------|------------|-------|------------|
|   | Validos |            | Perdidos |            | Total |            |
|   | N       | Porcentaje | N        | Porcentaje | N     | Porcentaje |
| Conocer la situación<br>* Servicio Médico | 980     | 99.2%      | 8        | .8%        | 988   | 100.0%     |

Tabla 4.1. Número de casos de la relación entre "conocer la situación" y la utilización de los servicios de salud

| Count                |                      | Servicio Médico |     |      |        |         |       | Total |
|----------------------|----------------------|-----------------|-----|------|--------|---------|-------|-------|
|                      |                      | 0               | SSA | IMSS | ISSSTE | PRIVADO | OTROS |       |
| Conocer la situación | ME DESCRIBE MUY MAL  |                 | 2   | 14   |        | 10      | 4     | 30    |
|                      | UN POCO              |                 | 1   | 38   | 14     | 27      | 13    | 93    |
|                      | REGULAR              | 1               | 8   | 115  | 30     | 73      | 22    | 249   |
|                      | BASTANTE             |                 | 14  | 185  | 60     | 89      | 37    | 385   |
|                      | ME DESCRIBE MUY BIEN |                 | 5   | 112  | 23     | 64      | 19    | 223   |
| Total                |                      | 1               | 30  | 464  | 127    | 263     | 95    | 930   |

Tabla 4.2 Prueba Chi Cuadrada

|                            | Valor               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|----------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Cuadrada       | 21.439 <sup>a</sup> | 20 | .372                  |
| Asociación línea por línea | 2.092               | 1  | .148                  |
| Número de casos válidos    | 980                 |    |                       |

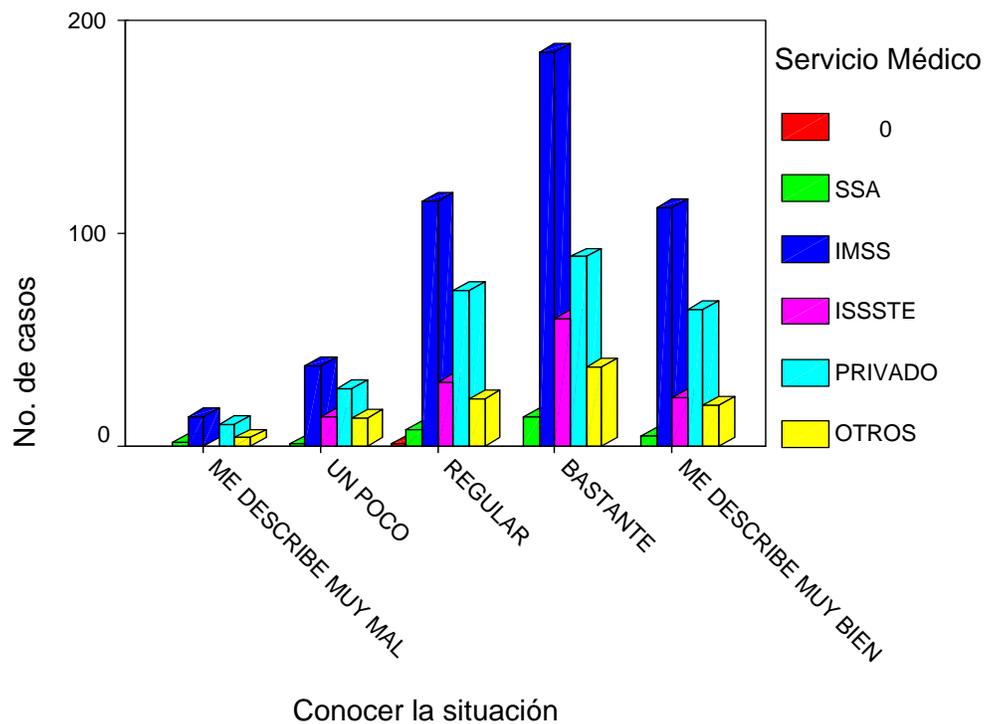
a. 9 celdas (30.0%) esperaban contar con menos que 5. El mínimo esperado es .03.

Tabla 4.3. Medidas de Correlación.

|                         |                      | Value | Asymp. Std. Error <sup>a</sup> |
|-------------------------|----------------------|-------|--------------------------------|
| intervalo por intervalo | Pearson's R          | -.046 | .033                           |
| ordinal por ordinal     | Correlación Spearman | -.042 | .032                           |
| Número de casos válidos |                      | 980   |                                |

a. No se acepta la hipótesis nula.

La Figura No. 4 Ilustra el número de casos reportados ante la descripción de la variable “conocer la situación” según los servicios de salud tuvieron como resultados los siguientes; 385 de los casos definió la relación como *bastante*, 249 como *regular*, 223 como me describe *muy bien*; 93 como *poco*, y 30 como *muy mal*. Además es importante señalar que el puntaje mayor en cada uno de los servicios de salud (SSA, IMSS, ISSSTE, PRIVADO Y OTROS) radicó en la categoría que define la relación como *bastante*.



**Figura 4.** Representa el Número De casos de la relación entre “aceptar sentimientos” y “el uso de los servicios del sector salud”

En la relación “sentirse mejor” y el “uso del sector salud”, el resultado de la aplicación de la Chi cuadrada ( $X^2$ ) con valor de 17.174; por lo que se acepta la hipótesis alterna encontrando así, que existe relación significativa entre las variables. La tabla 5.3 contiene los resultados de las pruebas de correlación Pearson con valor de  $-0.021$  y Spearman con valor de  $-0.025$  con los cuales se rechaza la hipótesis nula.

El desglose de los puntajes obtenidos para cada categoría de la variable “sentirse mejor” está expresado en la tabla 5.1, en la que se puede ver que 388 de los casos se calificaron como *bastante*; 247 como *me describe muy bien*; 230 como *regular*; 95 en *poco*; y 20 *muy mal*.

**Tabla 5. Resumen de casos**

|                                     | Casos   |            |          |            |       |            |
|-------------------------------------|---------|------------|----------|------------|-------|------------|
|                                     | Validos |            | Perdidos |            | Total |            |
|                                     | N       | Porcentaje | N        | Porcentaje | N     | Porcentaje |
| Sentirse mejor *<br>Servicio Médico | 980     | 99.2%      | 8        | .8%        | 988   | 100.0%     |

**Tabla 5.1 Número de casos de la relación entre sentirse mejor y la utilización de los servicios de salud.**

| Count          |                      | Servicio Médico |     |      |        |         |       | Total |
|----------------|----------------------|-----------------|-----|------|--------|---------|-------|-------|
|                |                      | 0               | SSA | IMSS | ISSSTE | PRIVADO | OTROS |       |
| Sentirse mejor | ME DESCRIBE MUY MAL  |                 | 2   | 9    | 1      | 6       | 2     | 20    |
|                | UN POCO              |                 | 4   | 44   | 13     | 22      | 12    | 95    |
|                | REGULAR              | 1               | 8   | 97   | 29     | 73      | 22    | 230   |
|                | BASTANTE             |                 | 12  | 188  | 55     | 95      | 38    | 388   |
|                | ME DESCRIBE MUY BIEN |                 | 4   | 126  | 29     | 67      | 21    | 247   |
| Total          |                      | 1               | 30  | 464  | 127    | 263     | 95    | 980   |

**Tabla 5.2 Prueba Chi Cuadrada**

|                            | Valor               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|----------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Cuadrada       | 17.174 <sup>a</sup> | 20 | .642                  |
| Asociación línea por línea | .414                | 1  | .520                  |
| No. Casos Válidos          | 980                 |    |                       |

a. 9 celdas (30.0%) esperaban contar con menos que 5. El mínimo esperado era .02.

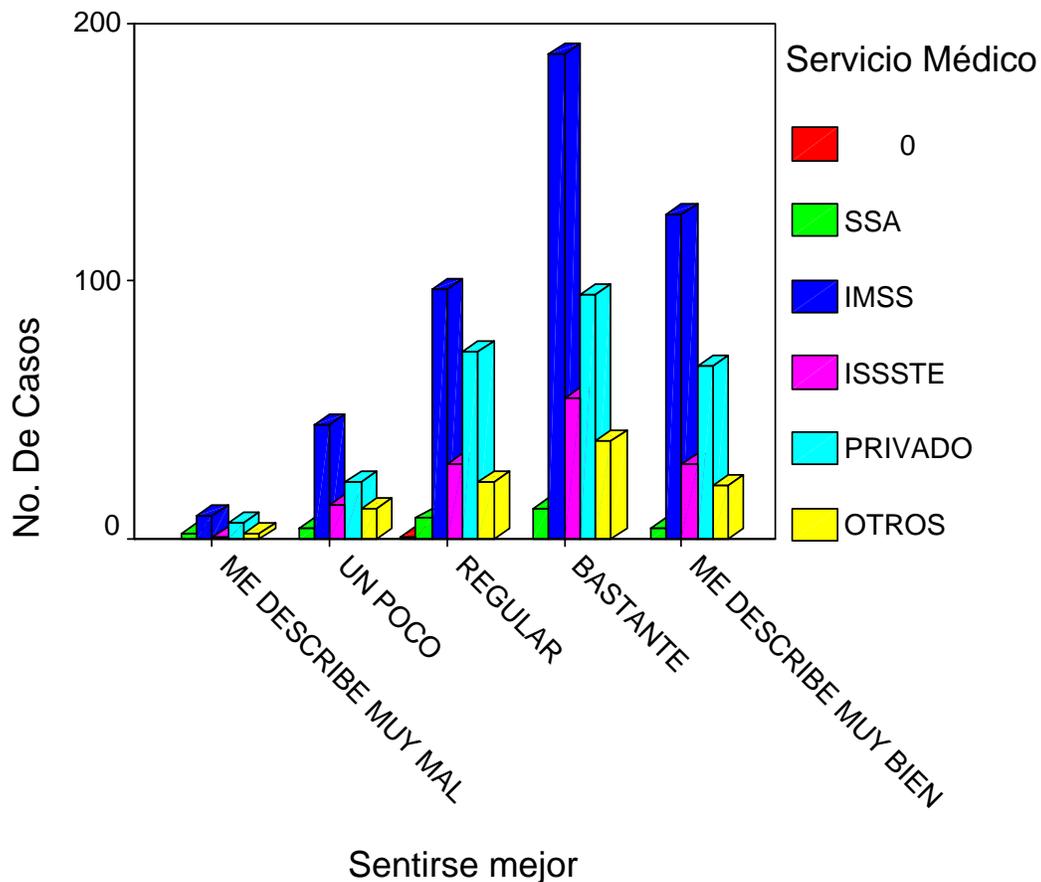
**Tabla 5.3 Medidas de Correlación**

|                         |                                  | Valor | Asymp. Std. Error <sup>a</sup> |
|-------------------------|----------------------------------|-------|--------------------------------|
| Intervalo por Intervalo | Pearson's R                      | -.021 | .033                           |
| Ordinal por Ordinal     | Correlación Spearman Correlation | -.025 | .032                           |
| No. de casos válidos    |                                  | 980   |                                |

a. No se acepta la hipótesis nula.

Se puede notar que en esta relación el mayor número de casos representa estar de acuerdo con la relación existente entre ambas variables, asimismo en cada uno de los servicios de

salud donde fue aplicado el instrumento, la categoría de la descripción de la variable “sentirse mejor” con mayor conteo fue la de *bastante*; esta descripción queda ilustrada en la figura No. 5.



**Figura 5.** Representa el Número De casos de la relación entre “sentirse mejor” y “el uso de los servicios del sector salud”.

En la relación “solucionar problemas” y el “uso del sector salud” el valor obtenido de la Chi Cuadrada ( $X^2$ ) fue de 21.062 (tabla 6.2) aprobando la hipótesis alterna que menciona la relación existente entre las variables. Para las pruebas de correlación Pearson’s con valor de .008 y Spearman con valor de .004 (tabla 6.3) rechazan la hipótesis nula, aceptando también la relación significativa antes mencionada. En la Tabla 6.1 se muestran los resultados en cada categoría de la variable “sentirse mejor” según cada servicio de salud en la que señala que 419 de los casos corresponden a la categoría *bastante*; 355 a *me describe muy bien*; 146 como *regular*; 44 en *poco* y 16 en *me describe muy mal*.

Tabla 6. Resumen de datos

|   | Casos   |            |          |            |       |            |
|---|---------|------------|----------|------------|-------|------------|
|   | Validos |            | Perdidos |            | Total |            |
|   | N       | Porcentaje | N        | Porcentaje | N     | Porcentaje |
| Solucionar problemas<br>* Servicio Médico | 980     | 99.2%      | 8        | .8%        | 988   | 100.0%     |

Tabla 6.1. Número de caso de la relación entre Solucionar Problemas y la utilización de los servicios de salud.

| Count                   |                      | Servicio Médico |     |      |        |         |       | Total |
|-------------------------|----------------------|-----------------|-----|------|--------|---------|-------|-------|
|                         |                      | 0               | SSA | IMSS | ISSSTE | PRIVADO | OTROS |       |
| Solucionar<br>problemas | ME DESCRIBE MUY MAL  |                 | 2   | 10   |        | 2       | 2     | 16    |
|                         | UN POCO              |                 | 1   | 19   | 4      | 19      | 1     | .44   |
|                         | REGULAR              |                 | 4   | 69   | 15     | 43      | 15    | 146   |
|                         | BASTANTE             |                 | 14  | 199  | 58     | 106     | 42    | 419   |
|                         | ME DESCRIBE MUY BIEN | 1               | 9   | 167  | 50     | 93      | 35    | 355   |
| Total                   |                      | 1               | 30  | 464  | 127    | 263     | 95    | 980   |

Tabla 6.2 Prueba Chi Cuadrada

|                               | Valor               | df | Asymp.<br>Sig.<br>(2-sided) |
|-------------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Pearson<br>Chi-Cuadrada       | 21.062 <sup>a</sup> | 20 | .393                        |
| Asociación línea por<br>línea | .071                | 1  | .790                        |
| No. de Casos<br>válidos       | 980                 |    |                             |

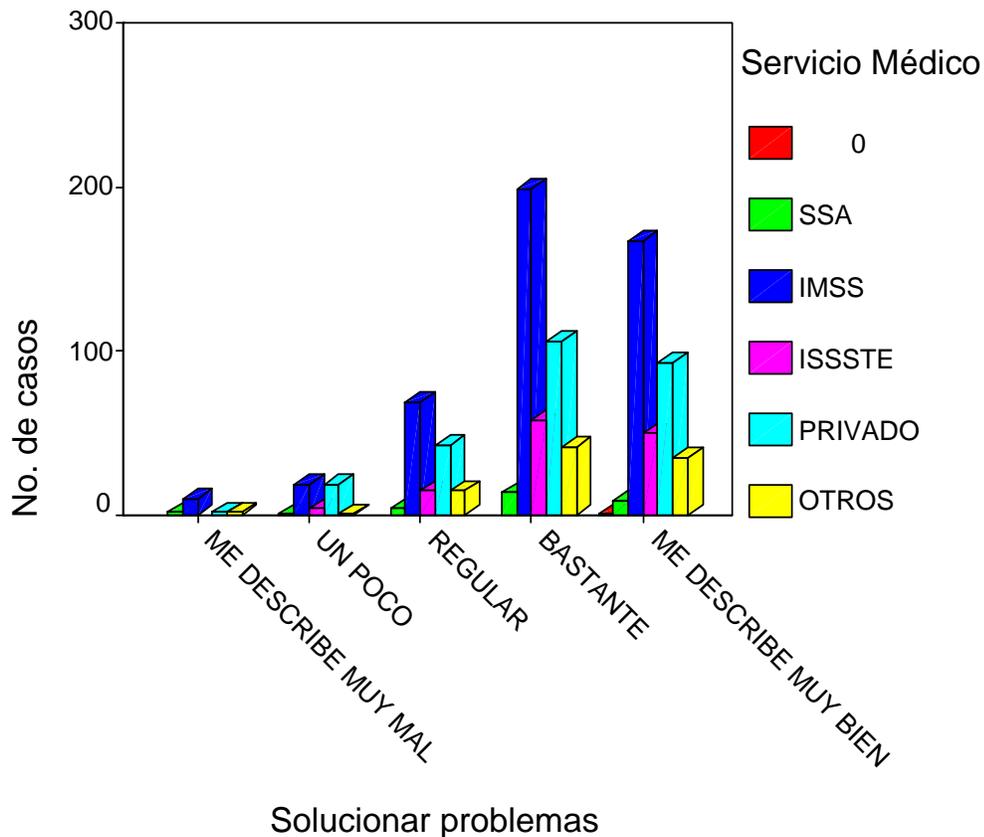
a. 12 cells (40.0%) esperaban contar con menos que 5. El mínimo esperado era .02.

Tabla 6.3 Medidas de Correlación

|                         |                         | Value | Asymp.<br>Std. Error <sup>a</sup> |
|-------------------------|-------------------------|-------|-----------------------------------|
| Intervalo por Intervalo | Pearson's R             | .008  | .032                              |
| Ordinal por Ordinal     | Correlación<br>Spearman | .004  | .032                              |
| No. de casos válidos    |                         | 980   |                                   |

a. No se acepta la hipótesis nula

Estos resultados pueden ser apreciados en la figura No.6, donde además puede observarse que el mayor puntaje de los usuarios por servicio de salud, radicó en la categoría *bastante*.



**Figura 6.** Representa el Número De casos de la relación entre “solucionar problemas” y “el uso de los servicios del sector salud”

Los resultados adquiridos a través de la aplicación de las pruebas de correlación nos han concedido realizar las decisiones estadísticas para la aprobación de la hipótesis. En cada una de las categorías aquí analizadas se pudo hacer notar que existe una correspondencia entre el afrontamiento al padecimiento de una enfermedad y el uso de los servicios del sector salud”.

Las estrategias de afrontamiento que obtuvieron el mayor número de usuarios en acuerdo con lo que la relación estipula fueron: “solucionar problemas”, “sentirse mejor”, “conocer la situación” y “controlar la situación” (en dicho orden); para las estrategias “aceptar sentimientos” y “mantener la calma” los resultados obtenidos son menores que en las anteriores pero no por ello menos significantes, debido a que también presentan relación con el uso del sector salud.

## CAPITULO 6. CONCLUSIONES

El contenido del presente nos brinda un panorama general de los antecedentes, objetivos y líneas de acción que la psicología de la salud aporta en el ámbito terapéutico en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, particularmente para mejorar su adherencia al tratamiento y fomentar la frecuencia del uso del sector salud.

Después de una vasta labor en el cambio de la interpretación de los conceptos de salud y enfermedad y de los modelos de estudio de esta condición, se consuma una rama de la psicología destinada a la asistencia de dicho proceso.

Aunque la psicología de la salud es una ciencia relativamente joven, ha contribuido de manera considerable para la prevención y tratamiento de la enfermedad; así también de la promoción de la salud, que son factores determinantes para la intervención médica y psicológica ante el proceso de salud-enfermedad-

El concepto de psicología de la salud ha sido puntualizado en el Capítulo 1, y para fines de colaboración con las fuentes teóricas de esta disciplina y en apego a la literatura consultada se propone la siguiente definición:

*“La psicología de la salud es la ciencia dedicada al estudio de los agente psicológicos que ejercen acción directa sobre la estabilidad de la salud, así como los causantes de enfermedad, para la intervención preventiva y de tratamiento; y su participación en las propuestas para la reforma de la prestación de servicios sanitarios”.*

En seguimiento al objetivo principal la presente investigación, se dieron a conocer las relaciones causales del uso del sector salud y un afrontamiento positivo ante la condición de ser diagnosticado con una enfermedad crónico-degenerativa; pues es sabido que el paciente crónico presenta además de cambios fisiológicos, alteraciones en su estado emocional, familiar y social, por lo que es necesario sea canalizado a encontrar alternativas comportamentales para su estabilidad integral de salud.

En el Capítulo 2 se enunciaron diferentes definiciones de las estrategias de afrontamiento que se pueden generar en el paciente a fin de mejorar su adherencia al tratamiento, de ellas se resalta la establecida por Lazarus y Folkman en 1984, la cual sugiere para la intervención terapéutica sean aplicadas las estrategias centradas hacia la “resolución de problemas” y centradas en la “emoción”, que son los recursos que fortalecerán el lazo de unión con el uso de los servicios de salud, para el bienestar del paciente con una enfermedad crónica.

Como fue visto en los resultados obtenidos, existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el uso de los servicios del sector salud, en base a las subescalas de los instrumentos de Funcionamiento de la Salud (FS) y Funcionamiento Psicosocial (FP) elaborados por Ramírez y Cortés (2003), sustentando la hipótesis planteada para reconocer la necesidad de innovar alternativas terapéuticas para la injerencia en el ámbito de las enfermedades crónico-degenerativas, desde el enfoque psicológico.

Con el conocimiento adquirido, es necesario generar un mayor acercamiento de los profesionales de la salud a los pacientes, a fin de consolidar sus recursos psicológicos a para promover y reforzar los estilos de afrontamiento ante el padecimiento de una enfermedad, así como extender su observación e investigación para erradicar aquellos hábitos negativos que inhiben la conducta positiva ante el seguimiento de un tratamiento funcional.

Las investigaciones consultadas, refieren información concisa respecto al proceso salud enfermedad y distintas dinámicas de intervención, proporcionando las bases para la comprensión y conocimiento de tal proceso, pero se debe considerar que en su mayoría, son estudios realizados en culturas diferentes a la nuestra, donde el contexto social tiene influencia directa sobre el comportamiento del paciente crónico, por lo que se sugiere, amplificar el estudio sobre el perfil de afrontamiento en los pacientes con una enfermedad crónico-degenerativa en la sociedad mexicana, donde sean evaluados los factores que proveen al paciente la seguridad, confianza y autoestima para desarrollar estilos de afrontamiento firmes que tengan como consecuencia una mayor adherencia al tratamiento.

Para satisfacer esta perspectiva, es recomendable que el investigador utilice enfoques cuantitativos como cualitativos para determinar los niveles de adherencia al tratamiento y a su vez se obtendrán las condiciones que prevalezcan el uso de los servicios sanitarios, mediante la aplicación de las intervenciones metodológicas necesarias.

La técnicas de evaluación, la entrevista observación directa, auto observación, autoregistro, autoinformes, proporcionarán información para reconocer los niveles de la adherencia al tratamiento, ya que está condicionada una suma de componentes subjetivos.

Zaldívar (2003) expresa que la adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta sino a un conjunto, a un repertorio de conductas, entre las que se incluyen, a saber: aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continua sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables; este tipo de acciones se desarrollarán a partir de la aceptación del paciente en su condición como enfermo mediante la aplicación de sus estrategias de afrontamiento.

La intervención de la psicología de la salud ante las enfermedades crónico-degenerativas como la hipertensión arterial, diabetes y cáncer adquiere un reto para la aplicación de sus técnicas terapéuticas con el objetivo de reducir en el paciente los niveles de ansiedad, dolor, estrés; fomentar su disposición para el cambio de hábitos de salud; y su constancia ante el tratamiento médico; para adquirir una mayor calidad de vida.

Las técnicas de modificación de conducta, entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, y técnicas de relajación, son recomendables para aquellos profesionales interesados en el ámbito para identificar los factores psicosociales asociados al estrés que el paciente manifieste, a efecto de aplicar la técnica adecuada que garantice la funcionalidad de la misma de forma que puedan enriquecerse las medidas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Al enfocar los problemas de salud, en específico de las enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, cáncer) tiene gran relevancia abordar el tema del estrés y su

afrontamiento, en el desarrollo por estipular una intervención psicológica encaminada a la disminución y control de los factores estresores que alteran el procesos salud-enfermedad, con la meta de mejorar la expectativa de vida del paciente.

En el caso de la hipertensión arterial, se asocia a factores emocionales en los que el individuo no afronta de manera asertiva los problemas de su vida cotidiana, como lo son familiares, sociales o laborales lo llevan a padecer un estado de estrés, ocasionando el incremento de la presión arterial. Para intervenir en el manejo del paciente hipertenso, se sugiere profundizar en el análisis y modificación de los esquemas conductuales considerados como de riesgo para la hipertensión, así como de los patrones cognoscitivos, siendo un ejemplo de éstos, el patrón de conducta tipo A (PCTA).

Existen diversas formas de aproximarse al tratamiento del paciente con hipertensión a arterial, las cuales dependerán, según Reynoso-Seligson (2005) del tiempo de evolución, las condiciones generales del paciente, las indicaciones médicas y la evaluación conductual que se debe realizar previamente, al adquirir esta información a través de los medios correspondientes, se facilitará la identificación de las técnicas de modificación de conducta indicadas para el caso en específico.

Ante este padecimiento se sugiere implementar en el paciente un programa de educación, autoevaluación, así como de los hábitos alimenticios APRA el control de peso, de actividades físicas y de relajación, que incluyan la participación familiar en cada uno de ellos.

Una línea de investigación a seguir, es evaluar el nivel de hipertensión en relación con los elementos contextuales como lo son la edad, género, peso, antecedentes familiares, relaciones laborales, incluso ante la relación médico- paciente.

Por otra parte, es reconocido que la diabetes es uno de los problemas de salud pública en nuestro país. Así los pacientes con diabetes deben jugar un papel activo en su propio cuidado. En consecuencia, toda intervención enfocada mejorar la sensación de autoeficacia

y la habilidad de regular de manera independiente la propia conducta tiene la posibilidad de mejorar la adherencia al control glicérico (Macrodimitis y Endler, 2001; Senecal, Nouwen y White, 2000; G.C. Williams, Mc. Gregor, Zeldman, Freedman y Deci, 2004 en: Taylor, 2007)

Ante este padecimiento, la psicología de la salud tiene un amplio ramo de actividades propias de la disciplina en lo que refiere a la intervención conductual, de la promoción y principalmente en la educación para la salud debido a que los pacientes con este padecimiento carecen de las habilidades requeridas para un control efectivo de la enfermedad y si es que cuentan con ellas; no las realizan según lo necesario.

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento (relajación, autoinstrucciones) y en habilidades sociales han obtenido resultados positivos para dotar a las personas diabéticas de las capacidades adecuadas que les permitan hacer frente a aquellas situaciones que pueden actuar negativamente sobre la adherencia al tratamiento o sobre su estabilidad glucémica (Belendez, v. M y; Méndez, F, J; 1999).

En otro punto, la intervención psicológica en pacientes con cáncer demanda distintas actividades a desarrollar en el marco de la propia enfermedad como de los efectos colaterales que produce su tratamiento, considerando específicamente la quimioterapia que puede manifestar en la persona afectada trastornos emocionales, alimenticios y de conducta en caso de no tener destrezas asertivas de afrontamiento positivo y que influyen directamente en la respuesta del paciente a asistir o no a los servicios del sector salud. En este sentido, se debe lograr la apertura de sitios a ser ocupados por el psicólogo de la salud con el principio de aplicar su conocimiento para la mejoría de la adherencia al tratamiento de personas con cáncer, así como en los factores psicológicos de la génesis de este padecimiento para su prevención.

En el capítulo 1, se manifestó la dificultad y oscurantismo por el que cruzó la psicología para incorporarse como un recurso metodológico y conceptual que contribuye en la labor

científica para el conocimiento y la intervención terapéutica en el aspecto del mantenimiento y cuidado de la salud.

Actualmente, aunque esas barreras quedaron siglos atrás; siguen existiendo patrones de conducta que limitan la participación del psicólogo en el campo de actuación de la promoción de la salud, hago mención de esto ya que en pleno Siglo XXI existen costumbres y acciones que el individuo realiza antes de consultar a un profesional de la salud (aunque existan instituciones de salud al alcance) y asisten con personas cuya labor es la de “curar males” o “daños” provocados por otra persona. Es sabido que dichas acciones están determinadas por el entorno cultural de la persona y que en muchos casos más que llevar al mejoramiento de la salud, se llega a la pérdida de tiempo efectivo en la que pueden actuar los profesionales de la salud para atender las necesidades de la persona en la intención de proteger su salud.

Así, es necesario establecer un mayor vínculo con la comunidad a fin de dar a conocer las labores, formación y función de la ciencia psicológica ha bien de generar la apertura del rol del psicólogo en los diversos ámbitos (social, laboral, educativo, familiar) para la educación y promoción de la salud en nuestra sociedad en sus diferentes sectores de población y de esta manera romper con el concepto reduccionista de la psicología como disciplina encargada de “arreglar problemas”, cuando sabemos que es un amplio nivel de actuación en el que se tiene y se persevera a través del compromiso constante de cada uno de los que participamos en ello.

Reforzar el compromiso del individuo consigo mismo a través de la conceptualización de que cada ser humano es responsable de preservar su salud y extender el apoyo a quienes necesitan de motivación y afecto para lograr la adherencia al tratamiento, mas aun en aquellos que padecen una enfermedad crónico-degenerativa, es uno de los cometidos prioritarios para la construcción de una nueva conceptualización del proceso salud-enfermedad presidido por los facultados en el conocimiento de la psicología de la salud, quienes también debemos tener según Tamaro (2002) una predisposición personal, una motivación propia, una ilusión que forme parte de nuestra forma de ser, o un estímulo de allí donde trabajemos o estudiemos para ser unos buenos profesionales de la salud ya que

para potenciar la autoestima del paciente se debe conseguir una aceptable autoestima propia.

Lo anterior se relaciona con la eficacia de promover en el paciente más reacciones psicológicas positivas que tengan como consecuencia un mayor uso de estrategias activas de afrontamiento ante eventos estresantes que inhiban la decisión de hacer uso de los servicios de salud, mayormente en los casos de pacientes con una enfermedad crónica como la hipertensión, cáncer o diabetes.

Los resultados del presente tuvieron como producto detectar la relación existente entre el estilo de afrontamiento activo-positivo y el uso del sector salud, de ahí la importancia de identificar los agentes comportamentales que facilitan el régimen del tratamiento de la enfermedad con motivo de ser implementados y/o reforzados para su constancia y eliminar aquellos que reduzcan su ocurrencia, siendo este el contexto a desarrollar para mejorar la calidad de vida del paciente.

En acuerdo con esta aseveración, Taylor (2007) expresa que en las décadas pasadas, se han visto grandes cambios en la investigación acerca de las formas de afrontamiento. Los investigadores han identificado varias de las estrategias comunes en las personas y han sido desarrolladas formas para medirlas. El reto siguiente en la investigación sobre afrontamiento es el enfocarse en los caminos biopsicosociales a través de los cuales los esfuerzos para afrontar y aquellos recursos que ayudan a manejar el estrés pueden influir en los resultados psicológicos y en la salud.

Finalmente, a través de la intervención terapéutica, la implementación de programas para la educación de la salud, promoción de la salud y la creación de un sistema que facilite la difusión de las infinitas aportaciones que la psicología de la salud ostenta en el ámbito de la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades crónico-degenerativas, se logrará un acercamiento con la población y en esa medida se promoverá la asistencia y el uso de los servicios del sector salud para el control de los padecimientos crónicos que a su

vez cimentará los pilares de una alternativa ante los principales problemas de salud pública en México en beneficio de los pacientes y profesionales involucrados en este proceso.

En respuesta al compromiso que todo facultado en la ciencia de la psicología de la salud debemos estipular para la compilación de recursos teóricos y así incrementar el acero bibliográfico de nuestra profesión, refiero la siguiente conclusión a manera de propuesta:

1. Implementar en los planes de Estudio de la Carrera de Psicología la asignatura de psicología de la salud como ciencia prioritaria para el desempeño de las funciones del psicólogo, fomentando el rol en su carácter de preventivo de la salud no sólo el de rehabilitación.
2. a través de la especialización de profesionales en el ámbito de la psicología de la salud; promover la apertura de espacios de actuación dentro de las instituciones de salud pública y privada en sus tres niveles de atención.
3. generar una difusión de esta ciencia mediante foros y conferencias dirigidas a la comunidad, siendo esto posible serán las propias personas quienes demanden la necesidad de contar con un psicólogo en los servicios sanitarios.
4. desarrollar el vínculo médico-psicólogo como parte de la integración multidisciplinaria para el mantenimiento de la salud y tratamiento de la enfermedad no sólo ante pacientes con padecimiento crónico-degenerativo sino también ante otras enfermedades manifestando la importancia del aspecto emocional y comportamental de los pacientes ante la pérdida de la salud.
5. elaborar programas de “actitud, disposición y calidad de atención” dirigidos a médicos y enfermeras por ser quienes tienen el primer y constante contacto con el paciente y que a través de una comunicación eficiente médico-paciente favorecerá el rol activo de la persona tras saber su condición de salud.
6. brindar capacitación al personal sanitario en alternativas terapéuticas como la relajación, control sensorial y técnicas cognitivas que puedan transmitir a los pacientes para el manejo del estrés en el momento de la intervención médica.
7. una vez reconocida la relación existente entre el afrontamiento a una enfermedad crónico-degenerativa y el uso del sector salud, crear instrumentos de evaluación que

permitan identificar en mayor detalle los patrones de conducta que intervienen en este proceso según el género, edad y /o padecimiento.

8. planear programas educativos dirigidos a familiares de los pacientes, en su función continua por reforzar en el paciente el uso de estrategias asertivas de afrontamiento para el uso de los servicios sanitarios en beneficio de la adherencia al tratamiento.

Por último, debemos desarrollar en la sociedad, una cultura de preservación de la salud como responsabilidad de todos, considerando la importancia de transmitir este cometido no sólo a los adultos sino a los niños también, quienes serán los que a corto, mediano y largo plazo manifiesten actitudes y patrones de comportamiento asertivo ante el concepto de salud, que además servirá para reducir los costes del sistema nacional de salud y mejor aún; conformará una sociedad sana.

## BIBLIOGRAFIA

Amigo, I., Fernández, R & Pérez, M (1998) La adhesión a los tratamientos terapéuticos”. Manual de psicología de la Salud. Cap. 13 p.p. 229-270. Madrid: Pirámide.

Amigo, I., Fernández, R & Pérez, M (1998). Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad (1) Aspectos Teóricos y Técnicas de intervención. Manual de Psicología de la Salud. Cap. 15 p.p. 299-304. Madrid: Pirámide.

Amigo I. y Buceta, J. M. (1990) Contribución psicológica al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Modificación de conducta y Salud. Madrid, Eudema.

Amigo, I., (1998). Manual de la Psicología de la Salud. Conceptualización de la Psicología de la Salud. Cap.1. p.p. 2-32

Astin, M. C., Resick, P. A. (2002). Tratamiento cognitivo-conductual trastorno por estrés postraumático. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. (1) Cap. (6) p. 175. España: siglo Veintiuno de España Editores.

Barriga Jiménez, S. y León Rubio, J. M. (2004). El campo de acción de la psicología de la salud Psicología de la salud y de la calidad de vida. Barcelona: Editorial Voc. Cap. V p.p.131-151.

Becoña, E; Oblitas, G. L; Vázquez, L. F: (2000) Psicología de la salud. Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. Cap. 1. P.p. 11-26. México: Plaza Valdéz.

Belar, C., Deardoff & Kell, (1978). The practice of clinical Health psychology. New York: Pergamon Press. (En red:) Disponible en: <http://www.psicologia.com/info/art/76>

Beléndez, V. M & Méndez F (1999) Manual de Psicología de la salud, fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Cap. 15 pp. 497. España: Biblioteca Nueva.

Beneit, M. P (1994) Aspectos Psicológicos de la diabetes. Psicología de la Salud. Editorial Lumen. Argentina. Cap. 16.

Beneit, M. P. (1994) Aspectos psicológicos del cáncer. Psicología de la Salud. Argentina: Editorial Lumen. Cap 15.

Beneit, M. P (1994) “La enfermedad Crónica” En Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud. Cap. 14 p.p.225-226. Argentina. Ed. Lumen.

Buela-Casal, G., Sierra, J., Garzón, A., Fernández, M. (2001). La entrevista clínica: Manual de evaluación y tratamientos psicológicos. Madrid: Biblioteca Nueva. Cap. 11. p.p. 42

Caballo, V. E (1996). Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Edit. Siglo XXI

Canelones, B. P (2005) “Elementos de la psicoterapia para las personas con cáncer”. Interpsiquis. Universidad Central de Venezuela.

Dorabedian, A. (1984) La calidad de la atención médica. México: La prensa medica mexicana

El Manual Merck (1997) Una edición de diagnostico y Terapéutica. Edit Mosby/Doyma Libros. México. México. D. F.

Fernández, C. J., Blasco, B. T, (2003). Instrumentos para la valoración del estrés. Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud. Cap. 3. P.p. 95-114. Madrid: Alianza Editorial.

Florentino, M (2004). Conductas de la Salud. Psicología de la salud y calidad de vida. Cap. 3 p.p.57. México: Thomson.

García, m. (1991) Intervención en trastornos cardiovasculares. En: G. Buela-Casal y V. E. Caballo (Comps). Manual de Psicología Clínica Aplicada: Siglo XXI.

García, V, (2000). Tratamientos cognitivos conductuales para la hipertensión esencial. Universidad Complutense de Madrid. En: Oblitas y Becoña, 2000, Psicología de la Salud. Madrid: Plaza y Valdez Editores.

Gil, Roales-Nieto (2004). Psicología de la Salud. Aproximación Histórica, conceptual y aplicaciones. Delimitación conceptual de la Psicología de la Salud. Cap. 2. p.p. 67-87. Madrid: Pirámide.

Gil, Roales-Nieto y López, R. F., (2004). Estrés y Salud. E (N Libro). Cap. 11. pp. 351-372. Madrid: Pirámide.

Gil Roales-Nieto (2004). Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. Aproximación histórica a la psicología de la salud. Cap. 1 p.p. 24, 36, 61. España. Madrid: Pirámide.

Gil, Roales-Nieto (2004) (Nom Libro). Evaluación e intervención en psicología e la salud. Cap. 5. P.p. 149-185. Madrid: Pirámide

Gil R. y López, R. F. (2004) Estrés y Salud. Psicología de la Salud: Aproximación histórica, Conceptual y Aplicaciones. Madrid, España: Ediciones Pirámides.

González, L. P (2004) Estilos de afrontamiento y nivel de ansiedad. Departamento de personalidad, Evaluación y tratamientos Psicológicos. Universidad de la Laguna, España.

Gómezjara, F. & Ávila, R (1989).”Niveles de Prevención”. Salud Comunitaria: Teoría y Técnicas. México: Porrúa.

Jiménez, C. L. y cols (1996) Metodología para la evaluación de la calidad en institución de atención primaria de salud.- *Revista Cubana de salud Publica*. Vol. 1 año 1996.

Karoly, P. (1985). *Measurement. Strategies in Health Psychology*. New York: John Wiley & Sons.

Lazarus, R. S, Folkman, S (1984) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.

Labiano; M (2004) *Introducción a la psicología de la salud*. *Psicología de la Salud*. *Psicología de la salud y Calidad de vida*. Cap. 1 p.p. 3, 7, 10,16. México: Thomson.

Latorre, P. J (1994). *Psicología de la Salud: Introducción y Conceptos básicos*. *Psicología de la Salud: Aportaciones para los profesionales*. Cap. 1 p.p. 17-24. Argentina: Lumen.

Martin, C. M, (2004) *Elaboración y validación de un instrumento para la evaluación de los factores psicológicos que intervienen en el curso de las enfermedades crónicas: PSICRON*. Online. [www.psicología.com/fich/56](http://www.psicología.com/fich/56)

Martínez, R. A.; Van-Dick, P. M; Nápoles, R. F; Robles, U. J; & Villaseñor, U. I (1996) *Hacia una estrategia de garantía de calidad: Satisfacción en la utilización de los servicios médicos*. *Salud Pública*. Río de Janeiro. Vol. 12 Cap. 3, p.p. 399-403.

Mercado, M. F, (2003), *Utilización de los servicios de la salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes*. *Atención primaria*. Vol. 31 No. 1: 32-8.

Moix, Q. (2003). *El papel del psicólogo de la salud en voluntariado hospitalario*. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace*. No. 65. P.p. 131-151.

Morales Calatayud, F (1999) *Introducción a la Psicología de la Salud*. *La Psicología y los problemas de salud*. Cap. 2 p.p. 65-74. Argentina: Paidós.

Morales Calatayud, F (1999): *La psicología en los hospitales y centros de rehabilitación* *Introducción a la psicología de la salud*. México: Editorial Paidós. Cap. 6. p.p. 199 – 202.

Morales, C. (1999). *Introducción a la Psicología*. *La psicología en los programas y servicios de la Salud*. *Aspectos Generales*. Cap. 4 p.p. 133. Argentina: Paidós.

Mussi; M, C (2004). *Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer*. En *Psicología de la Salud y calidad de vida*. Edit. Thomson Cap. 5. P.p. 114-148. 129.

Norma Oficial Mexicana Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial, (1999), (En red) Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx>.

Ortiz, V, G; y Ehrenzweig; S, (1998). *La relajación, la modificación de Estilos de Afrontamiento y la Retroalimentación Biológica como Estrategia para el Manejo*

Psicológico del Paciente Hipertenso. Revista Sonorense de Psicología, Vol. 12, No. 1, 16-29.

Pelechado, V (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. Análisis y Modificación de Conducta. Cap. 10. P.p. 162-201

Pereyra, M (2004). Estrés y Salud. Psicología de la Salud y Calidad de Vida. Cap. 8 p.p. 246 y 247. México: Thomson.

Piña López, I. A (2004) La psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 4. No1; p.p. 191-205.

Ramos Domínguez, B; y Aldereguia Henríquez, J. (1990) Medicina social y salud publica en Cuba, La Habana, pueblo y educación.

Roa, A (1995) Marco teórico conceptual de la psicología de la salud. En: A Roa (ED.), Evaluación en Psicología clínica y de la salud (502-569). España CEPL.

Robles, G. R (2004). Psicología de la Salud y Calidad de Vida. Manejo de enfermedades crónicas y terminales. Cap. 9. P.p. 249-266. México: Thomson.

Rodríguez Marin, J (2001) "El hospital como marco de cuidado de la salud". Psicología Social de la salud. Edith síntesis Psicología. España Cap.10.

Rodríguez, P. M; Estere, Z. R; López, M. A (2000) Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. Psicotherma. Vol. 12, No.1. P.p.339-346. Universidad de Málaga.

Robledo de Dios, M. I. (1994) Familia y Enfermedad. Psicología de la salud Aportaciones para los Profesionales de la Salud. Colección Psicología. Argentina: Edit. Lumen.

Ramírez, M. C; Esteve, Z. y López. M. A (2001) Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. Anales de Psicología. Vol. 17, No. 1. P.p. 129-137.

Ramírez, S. T. & Nájera, A. P. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de la salud en México: perspectiva de los. Revista de Salud Pública de México. Vol.: 40, No. 1.

Ramón, F, (1995) Caracterización de la HTA según factores psicosociales y facilitadores en tres consultorios del médico de la familia. Tesis de Maestría. Facultad de Salud Pública.

Roa, A (1995) Marco teórico conceptual de la psicología de la salud. En: A Roa (ED.), Evaluación en Psicología clínica y de la salud (502-569). España: CEPL.

Rodríguez, P. M; Estere, Z. R; López, M. A (2000) Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. Psicotherma. Vol. 12, No.1. P.p.339-346. Universidad de Málaga.

Rodríguez, J (1995) *Psicología Social y de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.

Sánchez, J (1998). “Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz, intervención-investigación en psicología de la salud”. En: La psicología de la salud en América Latina: (Coo) Graciela Rodríguez O. Y Rojas, M. México: Porrúa-UNAM.

Slaikev, K (1996) *Intervención en crisis. Manual para la práctica e investigación*. México. Editorial El Manual Moderno. p.p.492

Spitalnik, M; (2003) *Patología del Cáncer. Oncología Clínica*. México. Edit. Elsevier Science. Cap. 3. p.p. 47.

Stanley, L; Robbins, M; Rami, S; y Vinay Kumar, M. (2003) *Patología Humana*. México. Mc. Graw-Hill Interamericano. p.p. 145.

Tamaro, S (2002) *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Larelación de ayuda*. España: Thompsom. pp. 145

Taylor, S. E, (2007) *Psicología de la Salud. Moderadores de la experiencia del estrés*. México: Mc. Graw Hill, Sexta Edición. pp.206

Urquidi, T. L; Montiel, C. M; & Gálvez, L. M (1999) *Ajuste Psicosocial y Afrontamiento en Pacientes con Cáncer de Mama*. Revista Sonorense de Psicología. Vol. 13, No.1, p.p. 30-16.

Varela, M. J; Rial, B. A & García, C. E (2003) *Presentación de una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria*. Psicotherma. Vol. 15, No. 4. P.p. 656-661

Vila, J (2000) “Qué es la psicofisiología clínica” Una introducción a la psicofisiología clínica. Madrid: Pirámide.

Villalobos, E. (1994) “El soporte social y su papel en el estrés laboral” Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Nueva época No. 4, Julio-Diciembre.

Zaldívar, D. (2003). *Adherencia terapéutica y modelos explicativos. Salud para la vida*. Online: [www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu)

# ANEXO

# INSTRUMENTO FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD (FS) Y FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL (FP)

## INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque sus respuestas **con una cruz** en los cuadros numerados, **NO MARQUE LOS CUADROS VACIOS QUE SE ENCUENTRAN A LA DERECHA**. Sus respuestas no se consideran como correctas o incorrectas, así que le solicitamos responda sin pensar demasiado y con la mayor veracidad.

*Solo marque un número para cada respuesta*

Los datos que usted aporte serán **TOTALMENTE CONFIDENCIALES** y sólo con fines de investigación.

*Le agradecemos su interés y cooperación*

Marque con una cruz

SEXO  masculino  femenino EDAD \_\_\_\_\_

¿Qué servicio médico utiliza usted?

|     |      |        |                  |       |
|-----|------|--------|------------------|-------|
| SSA | IMSS | ISSSTE | SERVICIO PRIVADO | OTROS |
|-----|------|--------|------------------|-------|

¿Cuál es su grado de escolaridad? Aún cuando no lo haya concluido.







|     |  |   |   |   |   |   |   |   |  |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 3.  | Algún hijo se fue de la casa             | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| 4.  | Cambió de casa o departamento            | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| 5.  | Cambió de trabajo                        | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| 6.  | Dejó 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 cambió de ciudad                      | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| 14. | Su hijo (a) empezó o dejó 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, qué tanto estrés o tensión tuvo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----|--|---|---|---|---|---|

EG

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

Me describe

muy mal      Un poco      Regular      Bastante      muy bien

**1**            **2**            **3**            **4**            **5**

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

HA

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

Ninguno      Un poco      Regular      Bastante      Mucho

**1**            **2**            **3**            **4**            **5**

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

AO    AI    AT

|  |
|--|
|  |
|  |

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

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

|  |
|--|
|  |
|--|

|     |   | Ninguno | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |  |    |    |    |
|-----|---|---------|---------|---------|----------|-------|--|----|----|----|
|     |   | 1       | 2       | 3       | 4        | 5     |  | AO | AI | AT |
| 28. | El año pasado ¿Qué tanto apoyo emocional recibió de sus familiares y amigos más cercanos? | 1       | 2       | 3       | 4        | 5     |  |    |    |    |
| 29. | ¿Qué tanto apoyo emocional espera recibir en el futuro?                                   | 1       | 2       | 3       | 4        | 5     |  |    |    |    |

|     | Nada satisfecho   | Un poco | Regular | Bastante | Muy satisfecho |   |  |
|-----|---|---------|---------|----------|----------------|---|--|
|     | 1   | 2       | 3       | 4        | 5              |   |  |
| 30. | ¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido? | 1       | 2       | 3        | 4              | 5 |  |

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

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

TS =  =

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

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

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

|  |  | Muy poco | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |                      |
|--|--|----------|---------|---------|----------|-------|----------------------|
|  |  | 1        | 2       | 3       | 4        | 5     |                      |
|  |  |          |         |         |          |       | CA CU LM EE QS DC SV |

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

TT =  =

De nuevo le agradecemos su interés y cooperación