



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Descripción de las funciones profesionales del Psicólogo en el
área de Urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE”**

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)**

Yazmín González Leyva

Directora: Dra. Irene Aguado Herrera

Dictaminadores: Dra. Laura Palomino Garibay

Lic. María Luisa Hernández Lira



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2011



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

Gracias Laura e Irene por hacer posible este proyecto, por la constante motivación, por la paciencia y la dedicación brindada para su realización

A todas aquellas personas involucradas en este proceso y que poco o mucho han contribuido para llevar a cabo lo que sin lugar a dudas es algo sin igual ¡Gracias!

*A ti Toñita por ser una gran madre, compañera de vida y de viajes, por tu apoyo y motivación constante a lo largo de tantos años.
Simplemente ¡Gracias!*

*Finalmente, a ti Yetlanezi por compartir con migo tantos momentos de aprendizaje, que nos han hecho crecer durante éstos dos años juntos.
¡Gracias! por tu confianza y por creer en mí; por tu motivación en este proceso que parecía no tener fin.*

INDICE

RESUMEN.....5

INTRODUCCION.....6

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD

1.1 Una definición de salud.....13

1.2 Psicología de la salud.....17

1.2.1 Antecedentes de la psicología de la salud.....17

1.2.2 Psicología médica.....18

1.2.3 Psicología clínica20

1.2.4 Medicina psicosomática.....24

1.2.5 Medicina del comportamiento.....25

1.2.6 Definición de psicología de la salud.....27

1.3 Psicología de la salud en México.....29

1.4 Psicología social de la salud.....34

CAPÍTULO 2. LAS INSTITUCIONES Y LOS SERVICIOS DE SALUD SANITARIOS

2.1 Psicología social de las organizaciones.....37

2.2 La institución y las organizaciones.....38

2.3 Servicios de salud sanitarios.....41

2.4 La institucionalización de los servicios de salud en México.....45

2.5 Salud pública.....52

2.6 Políticas de salud.....54

CAPÍTULO 3. LA INSERCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO DESDE UN ENFOQUE SOCIAL DE LA SALUD.

3.1	El psicólogo en los servicios de salud pública.....	57
3.2	Funciones profesionales del psicólogo en el área de la salud y en el hospital.....	62
3.3	Limitantes a las que se enfrenta el psicólogo en un hospital	68
3.4	La salud emocional y psicológica del empleado hospitalario.....	71

CAPÍTULO 4. EL PSICÓLOGO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE DE TACUBA.

4.1	Hospital General Tacuba del ISSSTE.....	75
4.2	Características del servicio de urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE.....	76
4.3	Funciones profesionales del psicólogo asignadas por el personal médico.....	78
4.4	Funciones profesionales del psicólogo en el servicio de urgencias.....	80

CAPÍTULO 5. FASE I: “PROGRAMA DE APOYO PSICOLÓGICO A LA POBLACIÓN INCIDENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE DE TACUBA”

5.1	Metodología.....	82
5.1.1	Recepción de casos.....	82
5.1.2	Evaluación.....	83

5.1.3	Actividades realizadas en lo correspondiente a la Intervención.....	83
	a) Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	
	b) Aceptación de la enfermedad.	
	c) Intervención en Crisis.	
	d) Trabajo con familiares	
	e) Relación entre el profesional de salud y el enfermo.	
	f) Adherencia Terapéutica.	
5.1.4	Seguimiento.....	87
5.1.5	Canalización.....	87
5.2	Ruta Crítica.....	88
5.3	Cronograma.....	88

CAPÍTULO 6. FASE II: “PROYECTO DE ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE TACUBA”

6.1	Metodología.....	89
6.1.1	Periodo de evaluación.	89
6.1.2	Periodo de intervención.....	89
6.1.3	Periodo de seguimiento.....	90
6.1.4	Lógica de los expedientes.....	90
6.2	Cronograma.....	92
6.3	Recursos.....	93

CAPÍTULO 7. APORTACIONES DE LAS DISTINTAS FASES DE CADA PROYECTO A LA PSICOLOGÍA HOSPITALARIA

7.1	Funciones y actividades profesionales del psicólogo que son posibles a partir del trabajo realizado en el servicio de Urgencias del Hospital General del ISSSTE.....	94
------------	--	----

7.2 Funciones profesionales del psicólogo propuestas a partir del trabajo realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital General del ISSSTE.....	95
7.3 Aportaciones a la Psicología Hospitalaria.....	99
7.4 Análisis de la implicación.....	99
CONCLUSIONES.....	102
BIBLIOGRAFIA.....	105

RESUMEN

La finalidad del presente trabajo de investigación fue describir las funciones profesionales del psicólogo en el servicio de urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE, desde la lógica Institucional. Para ello se realizó un estudio de caso, que se llevó a cabo en dos etapas, en la primera se trabajó con la población del servicio de urgencias; y en la segunda con el personal de enfermería de dicho servicio. A partir de ello, se concluyó que el psicólogo puede desempeñar las siguientes funciones y actividades: a) promoción de la salud y prevención de la enfermedad, b) trabajo sobre la aceptación de la enfermedad, c) intervención en crisis, d) trabajo con familiares, e) mejorar la relación entre el profesional de la salud y el enfermo y f) adherencia terapéutica. Además de realizar intervención psicológica para favorecer la salud emocional tanto de pacientes como de los empleados hospitalarios.

INTRODUCCIÓN

La definición de salud más convencional y más clásica es aquella en la que se señala que la salud es la ausencia de enfermedad, donde se enfatizan aquellos parámetros de normalidad para la salud y anormal para la enfermedad, características articulares del modelo biomédico. Incluso el Diccionario de la Lengua Española define la salud como “el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Sin embargo el concepto de normalidad y ausencia de enfermedad puede variar de un contexto sociocultural a otro e incluso de una persona a otra, y lo mismo ocurre con el concepto de salud. Es así como dicha normalidad se establece socioculturalmente, la salud está determinada por las percepciones y metas compartidas por el grupo en el que se ve inmersa. Incluso la misma persona puede otorgar valores diferentes a su salud en diferentes momentos de su vida, lo que complica aún más trazar el límite entre lo normal y lo patológico. Así de esta forma, la salud y la enfermedad surgen como construcciones sociales.

Una de las definiciones más recientes que dio la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), y quizás una de las más aceptables en la actualidad con respecto a la salud integral, es que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad. A pesar de ello, han surgido ciertas preocupaciones retomadas en la Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1987, donde se expresa la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo señalando que:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.

Luego entonces, una definición más pertinente y que será base del presente trabajo es la propuesta por Marcks, D et al. (2008) “La salud es un estado de bienestar con atributos físicos, culturales, psicosociales, económicos y espirituales, no simplemente la ausencia de enfermedad”. Agregado a esto, Marc Lalonde (Cit en Marcks, D et al, 2008) señala que la salud y la enfermedad no dependen sólo de condiciones médicas sino también de condiciones ambientales y de vida.

Concretando, la salud se entiende hoy como “el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad” por tanto lo relevante de este concepto resulta ser que en el estado de salud se encuentran implicados diversos factores como son los personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes, tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar. (Marcks, D et al. 2008).

Así de esta manera, la aceptación del concepto integral de salud, con la inclusión de tres marcos de referencia: el biológico, el psicológico y el social, lleva consigo la exigencia de la aplicación integrada de los conocimientos derivados de cada una de las partes componentes del modelo, para resolver problemas de salud, para mantenerla o para promoverla. Surgiendo así la apelación a las ciencias del comportamiento.

Uno de los primeros acercamientos al tema de la salud-enfermedad desde esa perspectiva lo constituye la Medicina Comportamental. Su conceptualización definitiva nació en la Conferencia de Yale sobre Medicina Comportamental en 1997 donde se señala que es el campo interdisciplinar referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad, y a la aplicación de esos conocimientos y técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación

Más tarde surge ya una Psicología Aplicada a la Salud como ciencia más específica en la cual Joseph Matarazzo su principal contribuyente, señala que la Psicología de la Salud es “...*el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimientos de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones relacionadas, análisis y mejora del sanitario y políticas sanitarias.*” (1982, pp.4)

Por otra parte la psicología de la salud no sólo dirige su atención al individuo cuya salud está en cuestión, sino al conjunto complejo de instituciones y fuerzas dentro de las cuales se persigue la salud, una de ellas es el sector hospitalario cuyo sistema funciona de una forma integrada al ser 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. El hospital actual es un centro de investigación y de enseñanza, colaborando en el entrenamiento de los futuros profesionales sanitarios, sin embargo como institución, es una organización compleja, un sistema social con un entramado de estatus y roles, así como fines organizacionales muy característicos, donde predomina el saber médico.

La meta principal de un hospital (al menos explícita) es devolver la salud al paciente hasta donde es posible y por tanto sus funciones son muy diversas: de custodia, de diagnóstico, de cura, de cuidado y de rehabilitación, además de tener por objetivos la enseñanza y la investigación. A pesar de todo ello se deja lado de la salud emocional del paciente la cual es de gran importancia, si tomamos en cuenta el concepto integral de salud señalado anteriormente, que hace referencia a la inclusión de tres marcos de referencia: el biológico, el psicológico y el social.

Dentro del hospital, uno de los servicios en los cuales resulta nueva y de gran importancia la incorporación de la atención psicológica en México es en el Área de

Urgencias, sin embargo la existencia de teoría con respecto a este tema resulta ser escasa.

De acuerdo con Navarro (1991) el Servicio de Urgencias médicas es aquel que se encarga de atender casos médicos en que la vida del paciente está de por medio y una dilación prolongada e indebida puede agravar la afección, dejar secuelas o prolongar la muerte. Dicho servicio tiene un horario que cubre las 24 horas del día, durante todos los días del año. Dentro de sus características particulares se encuentran un estado de crisis, ansiedad, depresión, angustia, soledad, frustración, además de que en ocasiones se tiene que lidiar con la muerte. Sin embargo, lo anterior parece no importar ante la urgencia física, lo que da la impresión de que sólo es un área que compete al saber médico, dejando de lado el aspecto psicológico. En base a esto, normalmente se piensa que es innecesaria la intervención del psicólogo en el área de urgencias. Para muchos profesionales incluyendo a colegas, les queda poco claro el papel que puede desempeñar el psicólogo en dicha área.

Así, de esta manera surgió la iniciativa de realizar el presente trabajo de investigación donde la principal incógnita planteada fue ¿qué puede hacer o desarrollar un Psicólogo en el Servicio de Urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE? A partir de lo anterior surge el siguiente objetivo general, Describir las funciones profesionales del Psicólogo en el servicio de Urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE, desde la lógica institucional. Luego entonces es pertinente señalar las fases en las que se desglosó la práctica hospitalaria:

En primer lugar, el proyecto se enfocó en el Apoyo Psicológico a la población del Servicio de Urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE, la cual es de corta permanencia y oscila aproximadamente entre los 50 y los 70 años de edad recurrentemente con problemas crónico degenerativos y cáncer en sus distintas denominaciones, además de presentar problemáticas que se relacionan con cuestiones emocionales y de alimentación. Dichas personas fueron canalizadas

por los médicos para ser atendidas o en su caso se atendió a aquellos que solicitaban del servicio, además de que se brindó atención psicológica del mismo tipo a los familiares de dichos pacientes.

Más tarde el proyecto se enfocó en el personal de enfermería del área de urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE, llamándose “Orientación Psicológica Individualizada al personal de Enfermería” como un espacio a los trabajadores sanitarios donde puedan recibir la orientación profesional de los psicólogos en apoyo a su bienestar emocional, que se refleja en su desempeño laboral.

Así, el reconocimiento de la posibilidad de una práctica profesional del psicólogo como orientador de la población y del personal sanitario del servicio de urgencias, se concreta como una tarea más en pro de incluir y certificar las funciones profesionales del psicólogo como necesarias en el ámbito hospitalario con la finalidad de contribuir a su plena integración al equipo de salud.

La información resumida anteriormente, será integrada a lo largo de los 7 capítulos que conforman el presente trabajo de la siguiente manera:

En el primer capítulo se abordarán los antecedentes de la salud, concretando en una definición integral de la misma, posteriormente se hablará de la definición de psicología de la salud, así como de las principales disciplinas que han hecho aportaciones para su surgimiento. Más tarde se ahondará sobre la disciplina en México, haciendo referencia a los avances más relevantes, aportaciones, y aquello que ha obstaculizado el desarrollo de la Psicología de la Salud en nuestro país. Finalmente se retomará lo social con respecto al tema de la salud y se ubicará el quehacer del psicólogo en dicho ámbito.

En el segundo capítulo se abordará, las instituciones y los servicios de salud sanitarios, tratando de dejar en claro que es una institución, una organización y un

establecimiento, así como las diferencias existentes a partir de su definición. De igual manera, se abordará lo instituyente y lo instituido. Lo que proporcionará elementos para tener mayor claridad sobre una de las cuestiones que causan polémica “no hay espacio para el psicólogo”, si bien es cierto, dicha aseveración es real a partir de que la institución así lo determina, luego entonces el médico no es tan malo como pareciera, la institución salud y su organización fueron creadas a partir del saber médico y no desde otro saber.

Para hablar de los servicios sanitarios de salud es necesario ubicar como parte de los antecedentes al hospital y su organización, de esta forma se da continuidad a la organización, la institución, lo instituido y lo instituyente. Siendo que el hospital tiene una estrecha relación con el inicio de la salud instituida. En cuanto a la institución y sus inicios en nuestro país, se describirán las instituciones de salud y la clasificación que se hace de los distintos niveles que corresponden a la atención en la salud, estrategia de la OMS para dar respuesta a la magnitud y severidad de las necesidades de la población con respecto a la salud, siendo que un conjunto de establecimientos se ubican en un determinado nivel para resolver con eficacia y eficiencia las necesidades del área.

Finalmente se abordará lo correspondiente a salud pública y a las principales políticas de salud implantadas a partir de 1982.

En el capítulo 3 se ubicará la práctica profesional en el ámbito hospitalario y en los servicios de salud pública, se mencionará qué es lo que dicen los médicos sobre dicha profesión, así como lo que dice la ley general de salud. Más tarde, se describirán las funciones profesionales del psicólogo en el área de la salud, así como las limitantes a las que se enfrenta en dicha área. En el mismo capítulo, también se abordará la salud emocional y psicológica del empleado hospitalario, siendo que resulta necesario un espacio para los trabajadores sanitarios donde puedan recibir la orientación profesional de los psicólogos como apoyo a su bienestar emocional y a la promoción de su propia salud

En el capítulo 4 el punto central será el psicólogo en el Servicio de Urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE. Así entonces se hablará brevemente sobre dicho hospital, para contextualizar el Servicio de Urgencias y su población hospitalizada. Luego, entonces se describirán las funciones profesionales del psicólogo asignadas por el personal médico, siendo que normalmente el otro te piensa desde donde puede hacerlo.

Es a partir de la práctica realizada en el servicio de urgencias que se delimitarán las posibles funciones profesionales que puede desempeñar el psicólogo en el servicio de Urgencias.

En el capítulo 5 y 6 se desglosarán cada una de las etapas componentes del proyecto, el trabajo realizado con pacientes y familiares y el realizado con el personal de enfermería, lo que permitirá ubicar las funciones y actividades del psicólogo en el Servicio de Urgencias.

Finalmente en el capítulo 7 se hablará sobre las aportaciones realizadas del proyecto de investigación a la psicología hospitalaria, así como de algunas propuestas de trabajo para futuras investigaciones que se relacionen con la práctica psicológica profesional en el servicio de urgencias.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD

1.1 Una definición de salud.

La preocupación por la salud y la enfermedad ha sido una constante para el hombre, como cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia. Así en las primeras sociedades, la enfermedad se debía a que los demonios u otras fuerzas sobrenaturales tomaban posesión y controlaban a la persona. Sin embargo los griegos estuvieron entre los primeros en comprender la enfermedad como fenómeno natural, donde la teoría hipocrática de los humores resulta relevante: la enfermedad surgía como consecuencia de un desequilibrio entre los humores que circulaban por el cuerpo.

Durante la Edad Media la comprensión de la enfermedad se sustentó en términos espirituales (Oblitas, L. 2006) y la violación de las leyes divinas desembocaba en enfermedad. En el Renacimiento se retoman las explicaciones naturales de la enfermedad. Luego de esto, el estudio de las matemáticas, química y física, la invención del microscopio, los trabajos del Morgagni en autopsia, los de Virchow en patología y los de Pasteur en bacteriología, preparan el camino para los avances médicos, siendo los cimientos de la medicina moderna.

Durante el siglo XX, los avances de la medicina, surgen todavía más decisivos con el desarrollo de fármacos, vacunas y los avances espectaculares en las técnicas quirúrgicas y en la tecnología médica. Claro está, que a pesar de ello los médicos han tenido la exclusiva en este campo, siendo el modelo más predominante, el modelo-médico con un sustento biologicista, donde la definición más convencional y clásica de la salud es entendida como “ausencia de enfermedad” y los parámetros son: la salud es “lo normal” frente a “la anormalidad” de la enfermedad (Rodríguez, J. 2001) así la salud de esta manera, se concibe opuesta

a la enfermedad y como producto de agentes patógenos, permitiendo sólo evidenciar situaciones de malestar del sujeto. (Palomino, L. & Hernández, L,2003).

Definir la salud, así como la enfermedad no ha sido nada sencillo, al respecto Oblitas (2006) señala que existen diversas definiciones y realizar una sola descripción universal resultaría difícil, lo que se debe en gran medida a los conceptos arraigados en la charla y en el pensamiento cotidianos de la gente de todos los idiomas, culturas y religiones (Marks, D. et al 2008) sin olvidar todos aquellos factores que se ven involucrados en lo que respecta a la salud y la enfermedad, (factores psicosociales, económicos, políticos, culturales, etc.)

A pesar de ello el Diccionario de la Lengua Española define la salud como “el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”. Claro está, que el concepto de normalidad y ausencia de enfermedad puede variar de un contexto sociocultural a otro e incluso de una persona a otra, y lo mismo ocurre con el concepto de salud. Es así como dicha normalidad se establece socioculturalmente, la salud está determinada por las percepciones y metas compartidas por el grupo en el que se ve inmersa. Incluso la misma persona puede otorgar valores diferentes a su salud en diferentes momentos de su vida, lo que complica aún más trazar el límite entre lo normal y lo patológico.

Así de esta manera la salud y la enfermedad surgen como construcciones sociales, que poco a poco se apartan del modelo bio-médico, proponiendo una nueva perspectiva con relación a dicho concepto. Se sabe que través del tiempo la salud ha sido un tema de gran interés y que la forma de curación o explicación de su desarrollo han cambiado con el transcurso de los siglos, lo que ha ocasionado que dentro del modelo de la salud se vaya dando un giro, considerando a la misma como algo que hay que desarrollar y ya no simplemente conservar (Oblitas, 2006). Por tanto la salud dejó de ser tema exclusivo de las ciencias biomédicas cuando se reconoció la influencia del contexto social en el estudio de la incidencia

y prevalencia de enfermedades. En consecuencia los esfuerzos por combatir o evitar la enfermedad, se dirigieron hacia la promoción de la salud.

Una de las definiciones más conocidas acerca de dicho término, con pretensiones de ser universal, es la presentada por la OMS en 1946, donde se señala que la salud es: “el estado de completo bienestar físico, social y espiritual, no simplemente la ausencia de enfermedad”. Reconociendo que la salud o el estado de salud pueden ser definidos únicamente en términos de las expectativas y objetivos que cada individuo tenga.

Sin embargo nos enfrentamos con algunas complicaciones ya que dicho “completo bienestar físico, social y espiritual “ no puede alcanzarse en algunas culturas, así que una generalización del concepto sería poco pertinente, siendo entonces una meta a alcanzar (Oblitas, 2006). Lo anterior ha sido abordado por la Conferencia de Salud Internacional reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1987 expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales de la salud, los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo. Dicha conferencia reafirma que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, es un derecho fundamental, siendo que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario y así reducir las diferencias en el estado de salud existente entre países desarrollados y en vías de desarrollo.

La vitalidad del ser humano está en función no sólo de factores orgánicos sino también de factores ambientales, psicosociales y estilos de vida (incluyendo conductas de salud, sanidad y biología humana). El papel que juegan los factores como el estilo de vida y el ambiente en la determinación de esa variabilidad del proceso salud-enfermedad, es hoy proporcionalmente superior a la de los factores exclusivamente orgánicos. Ello ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe

hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas.

Después de lo mencionado es posible deducir que la OMS pasó por alto algunos elementos clave del bienestar. Los factores sociales están arraigados en las culturas y no pueden dejarse de lado, así como también se ignoran las fortalezas o debilidades económicas y en ocasiones los aspectos psicológicos, que de igual manera corresponden al mundo de lo social, un mundo de interacción con los otros. (Marks, D. et al, 2008).

Bien se sabe que los términos de salud y los sistemas de salud definidos por la OMS son muy amplios y muchas veces hay inconsistencias. En años recientes se han presentado discusiones acerca de las definiciones sobre los términos de salud y a pesar de los esfuerzos por la estandarización internacional, no se ha logrado homogeneizar una definición y esto es por la gran variedad de disciplinas que pueden involucrarse en este fenómeno y por los distintos factores que van permeando la salud de cada individuo. Palomino y Hernández (2003) señalan que el concepto de Salud desde diferentes ópticas pareciera ser un ámbito de integración de diversas disciplinas ya que su objeto de estudio adquiere manifestaciones, biológicas, psicológicas y sociales que constituyen áreas para los intereses disciplinarios que abordan alguno de estos ángulos del fenómeno.

Así de esta manera una definición más pertinente tomando en cuenta los elementos faltantes podría ser la propuesta por Marcks, D et al. (2008) “La salud es un estado de bienestar con atributos físicos, culturales, psicosociales, económicos y espirituales, no simplemente la ausencia de enfermedad”. Así mismo, Marc Lalonde (Cit en Marcks, D et al, 2008) señalaba que la salud y la enfermedad no dependen sólo de condiciones médicas sino también de condiciones ambientales y de vida.

Por otra parte claro está que el llamado “modelo biopsicosocial” es el que actualmente ha inspirado la sanidad, dicho modelo se enfoca en dos áreas

relevantes del ser humano: la psicológica y la social, que se suman a la biológica, para posibilitar un concepto “integral” de salud.

Para concretar, la salud se entiende hoy como “el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad” por tanto lo relevante de este concepto resulta ser que en el estado de salud se encuentran implicados diversos factores como son los personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes, tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar. (Marcks, D et al. 2008)

1.2 Psicología de la salud

1.2.1 Antecedentes de la psicología de la salud

Desde el siglo XVII, la aproximación médica dejaba muy en claro que la enfermedad consistía en ser tratada y entendida, sin dejar a un lado los parámetros de normal para la salud y anormal para la enfermedad. Sin embargo, con el pasar del tiempo esto se ha ido modificando, actualmente desde el punto de vista psicosocial, es más relevante desarrollar conductas de salud y no sólo entender y tratar la enfermedad, lo que deriva a la aceptación del concepto integral de salud, con la inclusión de tres marcos de referencia: el biológico, el psicológico y el social, que llevan consigo la exigencia de la aplicación integrada de los conocimientos derivados de cada una de las partes componentes del modelo, para resolver problemas de salud, para mantenerla o para promocionarla. Este cambio conceptual conlleva una visión holística de la salud que incorpora los aspectos psicológicos; surge así la apelación a las ciencias del comportamiento.

La relevancia de las variables comportamentales y psicosociales en importantes problemas de salud, resulta cada día más evidente, y la aparición de un nuevo concepto de salud en el que se integran tales variables para dar cuenta de sus mutuas interacciones, establecieron el escenario para que los psicólogos

estudiaran estas cuestiones y les proporcionaron también un papel en el desarrollo de las técnicas para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Cabe destacar que si bien han existido diversas controversias con respecto a cómo es que emerge la psicología de la salud y el momento en que tiene sus primeras intervenciones, a lo largo de la historia se pueden apreciar diversos factores de orden científico y relativos al cuidado de la salud, así como disciplinas de la misma psicología que contribuyeron a lo que respecta el nacimiento de la psicología de la salud (Oblitas, L. 2006) Por ende, es de importancia realizar una breve reseña de dichos acontecimientos que han ido permeando la conceptualización acerca de la salud y su relación con la psicología y que nos permiten contextualizarla.

1.2.2 Psicología médica

De acuerdo con Matarazzo, J. (1994) los primeros escritos de la civilización muestran que la práctica psicológica, aunque no definida como tal ha sido parte integral de la práctica médica, donde la psicología y la medicina fueron el mismo individuo impartidos por la medicina de cabecera, una terapia cuyo ingrediente era la empatía, la compasión y un sentimiento de apoyo hacia aquellos que estaban enfermos. Estos médicos-psicólogos practicaron este tipo de medicina y de curación durante miles de años hasta casi el principio del siglo XX, cuando los avances científicos, en fisiología, patología, microbiología y otras ciencias médicas relacionadas agregaron nuevos y poderosos conocimientos al arsenal del médico, lo que ocasionó que los graduados en medicina fueran réplicas de lo que se enseñaba en las mismas facultades, así el resultado fue que pronto estaban enseñando a sus alumnos sólo segmentos de su propia especialidad, con poco o ningún intento por parte de la facultad para integrar estas piezas separadas en una experiencia educativa coordinada que enfatizara cómo tratar o atender al “paciente completo”.

Más tarde en los inicios de 1930, en algunas escuelas de medicina empezó a surgir el antiguo interés en el paciente como un todo. También durante este siglo, con la especialización en medicina, poco a poco la evidencia científica empezó a señalar que el proceso patológico debe entenderse relacionado con la vida actual del paciente, además de su personalidad y su herencia, así como también de los factores ambientales que intervienen en ella. A mediados del siglo XX, en EUA surge el interés temporal por el estudio total del paciente, al cual se le denominó Medicina completa. Sin embargo, falló como un movimiento que intentaba remplazar a la medicina especializada. Nuevamente 50 años después se trató de reintroducir la importancia del entendimiento del paciente como un todo en el programa de estudios de medicina, lo que requirió otro paso en el progreso de la educación médica y principalmente, el nacimiento y desarrollo de la disciplina formal de la psicología, que en un principio no figuraba dentro de las ciencias como área de estudio científico sino hasta finales del siglo XIX, donde los médicos y psicólogos se reconocieron como miembros de profesiones distintas que se encuentran sólidamente fundamentadas en su propio marco científico.

De esta manera en EUA medicina y psicología estrechan lazos introduciendo la idea de que en el programa de estudio de cuatro años para los doctorados de medicina y psicología, la materia de psicología debería ser básica en la educación de un médico. Sin embargo nuevamente se inicia a descartar a la psicología del plan curricular con el pretexto de que era difícil encontrar horas extras para la psicología en un programa de estudios lleno de cursos de ciencias básicas.

A partir de lo anterior es posible visualizar que la psicología ha venido acompañando a la práctica médica en todos los tiempos, sólo que es hasta mediados del siglo XX cuando se reconoce como una disciplina científica y de apoyo a la medicina, la cual tiende hacia la particularidad de enfermedades sin tomar a los individuos como un todo, dejando a tras la fusión indistinguible de medicina y psicología que anteriormente ejercía el médico de cabecera.

1.2.3 Psicología clínica.

Otra de las áreas que ha contribuido a los antecedentes de la psicología de la salud es la psicología clínica, que se ha visto relacionada, desde sus inicios con diferentes ámbitos de la vida humana y con eventos tales como las dos guerras mundiales, donde la importancia de los especialistas en salud mental se hizo evidente dejando muchas posibilidades de trabajo dadas las condiciones. Por tanto es a partir de dichos acontecimientos que Douglas A. Bernstein y Michael T. Nietzel en 1988, nombran a la psicología clínica como “hija de la postguerra”. Así de esta manera cabe señalar que la Psicología clínica no precisamente tiene sus inicios a partir de dichas guerras mundiales sino que por una parte se trata de un campo joven con conflictos y preguntas acerca de su identidad y su futuro, pero de igual forma se trata de un campo antiguo con raíces más viejas que los tiempos de la guerra que se encontraba ya en proceso de gestación.

Hernández, A (2010) señala que con la llegada de la Revolución francesa (1789) en el siglo XVIII, el ser humano deja de ser visto con la supremacía de la razón y el orden, que son sustituidos por un derecho universal a la libertad e igualdad, de tal forma que inicia un estudio mucho más profundo de las enfermedades mentales que se topa con un complejo espectro de la afectividad en el ser humano.

Con este nuevo énfasis que pone el ser humano en tratar de comprender los trastornos mentales aparecen dos movimientos importantes, que menciona Buen día en 1999: La frenología, cuyo mayor exponente fue Gall y el Magnetismo animal de Mesmer

Más tarde al aparecer el positivismo en el siglo XIX como la nueva ideología, la locura aparece nuevamente como un terreno en el cual el hombre no puede llegar a una verdad total y el conocimiento nuevamente se ve superado por el enigma de

la locura. Por tanto en este tiempo la medicina se centra en otras áreas (farmacología, la etiopatogenia, la bacteriología) logrando valiosos progresos.

Ya en la segunda mitad del siglo XIX, gracias a los avances en la medicina, los psiquiatras comienzan a hacer reformas en muchos manicomios, apoyándose en el modelo medico-positivista, topándose con grandes frustraciones, siendo que no pueden encontrar una explicación enteramente biológica para explicar la psicosis o la neurosis, si bien lograron avances en el campo de la farmacología, tampoco encontraron un tratamiento que fuera definitivo a partir de los medicamentos.

En Francia, ante este panorama, en el que resulta necesario encontrar nuevas posibilidades de tratamiento, los neurólogos Hippolyte Bernheim (1840-1919), Jean-Martin Charcot (1825-1893) y el psiquiatra Pierre Janet (1859-1947), comienzan a usar, con los pacientes que presentaban síntomas histéricos, la técnica de la “hipnosis”, término que había sido recuperado de los trabajos de Mesmer sobre el magnetismo animal y consistía en inducir al paciente un estado alterado de conciencia por medio de la sugestión.

Sin embargo fue Charcot, junto con su discípulo Janet, quienes como lo señala Strickland (cit. en Hernández, 2010 p 17) demostraron que “los síntomas histéricos no seguían el curso normal de la degeneración anatómica esperada en una enfermedad física. Algunos de sus pacientes podían inesperadamente caminar dormidos, aunque en sus estados de vigilia ellos parecían estar paralizados”.

Esta nueva apreciación mental significó un nuevo campo de investigación por medio de técnicas para inducir y curar los síntomas histéricos, por tanto comenzaron a hacer demostraciones a grupos de médicos que estaban interesados en la técnica de la hipnosis, entre los asistentes se encontraba Sigmund Freud (1856-1939) un joven neurólogo austriaco, quien después de estudiar con Charcot, regreso a Viena y decidió emplear la hipnosis con sus pacientes histéricas, pero fue más tarde cuando crearía junto con Josef Breuer

(1942-1925) el método de asociación libre, con la diferencia de que dicho método le permitía a sus pacientes, alcanzar la liberación emocional buscada en la hipnosis, conservando el estado de vigilia. A partir de dicho momento, Freud comenzó a estudiar y escribir sobre el papel del inconsciente en la vida diaria de las personas, lo que le permitiría formular una teoría del desarrollo de la personalidad y de la psicopatología, que fue y sigue siendo ampliamente conocida como Psicoanálisis. Su influencia en la psicología clínica no se expresaría sino hasta pasados algunos años, ya que mientras Freud continuaba trabajando en su teoría, la psicología clínica terminaría su periodo de gestación y comenzaría su propia historia.

Por otra parte en 1885 algunos de los psicólogos que trabajaban en laboratorios investigando el comportamiento humano se empezaron a ver interesados por las diferencias individuales en cuanto al funcionamiento mental “La unión entre esta medición de las diferencias individuales y la nueva ciencia psicológica se debe a James McKeen Cattell, un americano que recibió su doctorado en Psicología en Leipzig, en 1886, bajo la dirección de Wundt, conocido como el padre de la psicología, aun siendo médico, al fundar el primer laboratorio de psicología, basado en el método científico debido a su enfoque en la ciencias naturales, de las cuales pudo extraer la observación y la experimentación.

El interés de Cattell por la medición de las diferencias individuales abarcó diversos rubros, entre ellos: la selección de personal, la detección de enfermedades, los sueños, las preferencias, las actividades recreativas y las expectativas futuras, etc., lo cual incrementó con las aportaciones de Galton. Por otra parte se enfocó en la creación de una batería de pruebas mentales, consistente en 10 subpruebas, que estaban encaminadas a medir el funcionamiento sensorio motriz como un índice de capacidad mental (Bernstein y Nietzel, 1986 cit en Hernández, A, 2010)

A lo largo de la década de 1890 fueron apareciendo grandes avances para la psicología clínica en todo el mundo, en Estados Unidos se fundó la APA y se

avanzó en el terreno de la formación de nuevos psicólogos, en Viena Freud desarrollaba su teoría de Psicoanálisis, en Alemania e Inglaterra iniciaba un auge de interés en la comunidad médica por los pacientes psicópatas.

A partir de los trabajos de Galton y de Cattell, las pruebas mentales adquirieron una gran popularidad en diferentes universidades de Estados Unidos, sin embargo también surgió un gran interés por otros enfoques.

En 1895 Alfred Binet, abogado y científico francés, que contaba igualmente con estudios de medicina y psicología, comenzó a elaborar pruebas que permitieron evaluar operaciones mentales tanto en niños normales como en niños con retraso mental.

Claro está que tanto las aportaciones de Binet como las de Cattell representaron para la psicología clínica dos nuevas perspectivas, que no se limitaban a la evaluación de las diferencias individuales. Cattell con sus pruebas sensoriomotoras trabajaba con funciones mentales sencillas, mientras que Binet se enfocaba en funciones mentales complejas. "Ambas perspectivas fueron importantes para el desarrollo de la psicología clínica, la primera porque propició la aparición de la primera clínica de Psicología, la segunda porque preparó las pruebas mentales que habían de dar a la nueva disciplina su identidad" (Bernstein y Nietzel, 1988, p.38)

La tradición de investigación de la Psicología experimental ha servido para el refinamiento de la Psicología clínica, le ha suministrado su metodología, ha provocado la evaluación empírica de las funciones de la Psicología clínica, y su discusión ha formado en los psicólogos clínicos una sana actitud de autoanálisis.

De acuerdo con Bernstein y Nietzel (1988) el nacimiento de la psicología clínica se dio entre los años 1896 y 1917, periodo en el cual la psicología ya era considerada como una ciencia. Y es Lightner Witmer quien es conocido como el primer

psicólogo clínico por su trabajo realizado con niños que presentaban problemas de aprendizaje, lo relevante de ello señala Hernández, A (2010) Es que empezó a tratarlos como individuos, así en 1896 en la convención de la APA, fundada cuatro años antes, solicita la creación de una nueva rama de la psicología que tuviera el objeto de ayudar a la gente y por tanto acuñó el término de psicología clínica para describir este nuevo campo, con dicho término Witmer pretende describir el sentido de la palabra clínica y hacer referencia a un método de enseñanza e investigación. (Compas y Gotlib, 2003. Cit en. Hernandez, A. 2010)

Así, una definición de psicología clínica es la recuperada en un folleto de la División de Psicología Clínica de la APA por Strickland en el 2001 (cit en Hernández, A. 2010, p 40). “El campo de la psicología clínica integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir y aliviar el desequilibrio, la invalidez y la incomodidad, también promueve la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. La psicología clínica está enfocada en los aspectos intelectuales, emocionales, biológicos, psicológicos sociales y del comportamiento humano que funcionan a través de la existencia en las diferentes culturas, y en todos los niveles socioeconómicos”.

1.2.4 Medicina psicosomática

Anteriormente las únicas enfermedades biológicas que podían ser objeto de análisis psicológico eran las alteraciones funcionales de tipo esencial, es decir, aquellos trastornos que no podían ser explicados por lesiones de los tejidos y sólo en estos casos era aceptable el análisis de la enfermedad en términos psicológicos o psicosomáticos.

Un caso paradigmático y ejemplificable era el de algunos tipos de parálisis límbica, descritos por Charcot, Breuer y Freud, que seguían un patrón que no reflejaba la organización del sistema nervioso, por lo que era imposible determinar su causa física. Para describir y explicar tal condición, Freud acuñaría el término parálisis

histórica y establecería la hipótesis de que está indicaba que el estado mental del sujeto y sus experiencias eran reprimidas y expresadas después en forma de problemas físicos.

Freud fue el primer teórico moderno en establecer una conexión entre la emoción y la salud, al subrayar que los trastornos físicos pueden ocurrir cuando un individuo no puede descargar sus impulsos emocionales de alguna manera aceptable. (León, J. Medina, S. Barriga, S. Ballesteros, A. Herrera, I. 2004) Sin embargo, cabe señalar que no siempre es posible intervenir sobre lo psicossomático, ya que el paciente rara vez expresa el deseo por este tipo de tratamiento, no puede expresar con facilidad sus emociones, y el restablecimiento de la función imaginaria es bastante aleatorio, lo que complica dicho proceso.

Por otra parte a partir de que la Medicina Psicosomática sugiere que las lesiones viscerales, orgánicas o funcionales podían ser provocadas de forma total o parcial por factores psicoafectivos representó una primera ruptura con el dualismo mente-cuerpo del modelo biomédico, así en este sentido se le podría considerar una precursora de la actual Medicina del Comportamiento, con la que no comparte ni supuestos teóricos, ni metodológicos.

A pesar de que la Medicina Psicosomática era ya una disciplina consolidada en los años treinta, las relaciones entre medicina y psicología seguirían respondiendo hasta los años setenta al dualismo mente-cuerpo establecido por la ciencia biomédica, donde la Medicina se ocupaba de la salud física y la Psicología de la salud mental.

1.2.5 Medicina del comportamiento

La consideración de la Psicología como una disciplina y una profesión que debía insertarse en el sector sanitario no cristalizaría hasta mediados de los años setenta con la aparición de la medicina del comportamiento y la psicología de la

salud. Términos que han sido utilizados en algunos casos de forma indistinta para designar las aplicaciones de la teoría y la metodología psicológica al ámbito de la salud física y no sólo de la salud mental.

En sus inicios la concepción de la Medicina del Comportamiento era muy restrictiva enfatizando su origen en el moderno conductismo y argumentando que si bien otras disciplinas contribuyeron a su desarrollo, éstas fueron condiciones necesarias pero no suficientes.

De acuerdo con León, J. Medina, S. Barriga, S. Ballesteros, A. & Herrera, I (2004), por Medicina del Comportamiento se entiende:

“ (a) el uso clínico de las técnicas derivadas del análisis experimental del comportamiento, terapia del comportamiento y modificación de la conducta, para la evaluación, prevención, manejo o tratamiento de las enfermedades físicas o disfunciones fisiológicas, y (b) la investigación comportamental dirigida al análisis funcional y comprensión de la conducta asociada (ya no se trata de rasgos o estructuras de personalidad) con los trastornos médicos y problemas de salud.”
(p. 54)

En base a todo esto, Roth indica que la Medicina del Comportamiento tiene una dimensión social siendo que no es posible desconocer, ni menos aún negar, las vinculaciones de la salud con los factores socioeconómicos, culturales y políticos, tampoco es posible desdeñar las influencias como la conductual o sobre los resultados de su implementación. Sin embargo, a pesar de que la Medicina del Comportamiento tenía un carácter clínico basado en las interacciones entre individuos considerados de forma aislada, con el tiempo se han ido enfatizando sus aplicaciones a la prevención de distintas enfermedades y a la promoción de la salud, emergiendo una subespecialidad de la Medicina del Comportamiento denominada por Matarazzo (1994) salud del comportamiento, en la que el énfasis se pone en la influencia de los grupos sobre el comportamiento de salud.

Uno de los primeros acercamientos al tema de la salud-enfermedad desde la psicología lo constituye la Medicina Comportamental que surgió de manera formal en la Conferencia sobre medicina conductual llevada a cabo en la Universidad de Yale en febrero de 1977 en New Haven, Connecticut, se le definió como un campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento de las ciencias biomédicas y conductuales; con la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual en la evaluación, tratamiento, rehabilitación y prevención de desórdenes físicos; así como la validación de estos programas en problemas de salud.

De acuerdo con Oblitas (2006) la medicina comportamental contempla como objetivos básicos 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 los médicos; 4) la modificación de patrones de conducta para la prevención de enfermedades; y, 5) diseñar nuevas estrategias de intervención.

En los últimos años se aprecia por parte de varios autores la utilización indistinta de medicina comportamental y psicología de la salud para referirse a lo mismo, además de que en el campo de aplicación a pesar de que tengan distintas denominaciones, unos y otros hacen lo mismo.

1.2.6 Definición de psicología de la salud

De acuerdo con Oblitas, L (2006) no hubo un movimiento dentro de la psicología al que se le pudiera denominar psicología de la salud. Sino que fue hasta 1978 que un número de disciplinas de la psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, etc) se mostraron con un interés común en lo que respecta a la salud. Para formar de esta manera la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), naciendo así formal, institucional y profesionalmente la psicología de la salud.

Más tarde la Psicología de la Salud fue definida originalmente por Matarazo en el año de 1980 como el agregado de 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 enfermedades, y la identificación de correlatos etiológicos y de diagnóstico de salud, enfermedad y disfunciones asociadas, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formación de una política de salud. Funcionando así como la definición “oficial” de los psicólogos de la salud (Oblitas, L. 2006)

Y a partir de dicha definición se destacaron cuatro aspectos principales tal como lo señalan Amigo, V. Fernández, R. y Perez, A. (1998):

- 1.1. Promoción y mantenimiento de la salud (a través de una mejor nutrición, práctica regular de ejercicio físico, aprendizaje de resolución de problemas, desarrollo de habilidades sociales, etc.)
- 1.2. Prevención y tratamiento de la enfermedad (a través de la modificación de hábitos insanos tales como el cigarrillo y el abuso de alcohol, aprendizaje de nuevos estilos de vida para superar una determinada enfermedad, etc.)
- 1.3. Estudio de la etiología y correlatos de salud, enfermedad y disfunciones (estudios retrospectivos y longitudinales que esclarecen las causas de la salud o de la enfermedad).
- 1.4. Estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud (efecto del sistema sanitario en el comportamiento de la población; recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud).

Ocho años más tarde en términos muy similares, Stone Cit en. León, J . Medina, S. Barriga, S. Ballesteros, A. & Herrera, I (2004) la define como la aplicación de cualquier concepto, aspecto o técnica psicológica a la problemática de la salud.

A partir de ello, es evidente que la psicología de la salud incluye un rango amplio de conductas humanas y estados psicológicos, los cuales influyen la salud física y son influenciados por la misma. En general, el campo de la psicología de la salud comprende varias áreas extensas, ocupándose de 1) la promoción y el mantenimiento de la salud; 2) la prevención y el tratamiento de la enfermedad; 3) los factores asociados con el desarrollo de la enfermedad y, 4) cuidados de la salud y políticas de cuidado de la salud. También "...la psicología de la salud cuando fue formulada, tenía como principales metas aplicar las contribuciones de la psicología como disciplina al conocimiento de la salud y de la enfermedad a través de la investigación básica y clínica, y alentando la integración de la información biomédica sobre la salud y la enfermedad con el conocimiento psicológico; e informar a la comunidad psicológica y biomédica, así como al público en general, de los resultados de las actuales investigaciones y servicios que presta en esta área". (Oblitas, 2006. p 22)

1.3 Psicología de la salud en México

A lo largo de los últimos años, la Psicología de la salud ha mostrado un desarrollo considerable con lo que respecta al campo de intervención central para el psicólogo, siendo un área consolidada en distintos ámbitos tales como: el campo teórico, de investigación, formativo y profesional, principalmente en Estados Unidos, y en países como Europa, Canadá y Japón.

En otros países de América Latina se han presentado intentos importantes en el desarrollo de esta área, siendo que aun el trabajo del psicólogo se encuentra aislado y no ubicado como parte de la disciplina, obstaculizando significativamente los avances en la psicología de la salud.

Sin embargo, la psicología de la salud en América Latina tiene sus orígenes en los diversos niveles de atención primaria y comunitaria. Es hasta la década de los 80's cuando se establecen los primeros programas de Psicólogos de la salud en

postgrado y subespecialización, enfocados generalmente a la atención primaria, salud reproductiva, atención de pacientes con enfermedades crónicas, así lo importante de dicha formación sería proporcionar las habilidades y destrezas para trabajar multidisciplinariamente y favorecer al trabajo integral (Rodríguez y Rojas, 1993) pocas veces logrado por las diversas obstaculizaciones que presenta la psicología cuando de salud se trata.

Los autores de algunos países de América Latina han destacado por sus aportaciones a la psicología de la salud abriendo las puertas a nuevas perspectivas con lo que respecta a la salud y a la psicología de la salud, entre ellos se encuentran:

Cuba que cuenta con 1600 psicólogos trabajando en Psicología de la salud enfatizando la atención a la familia, salud mental y enfermedades crónico-degenerativas (Graw, 1996)

Colombia donde se crea la especialidad en Psicología de la salud, realizando un programa sobre la salud materna infantil y ocupacional en el ámbito de prevención y rehabilitación (Casares, 1996)

En cuanto a la investigación es posible visualizar que en América Latina se enfoca en el proceso salud-enfermedad, la promoción de la salud y prevención de enfermedad, así como también en la rehabilitación y tratamiento. Rodríguez, Hernández-Pozo y Ramos (1993, cit en Trejo, M. 2001) encontraron que las líneas de investigación en Argentina, Brasil, Cuba y México han mostrado mayor interés en: enfermedades crónicas degenerativas, alteraciones psicofisiológicas, aspectos psicosociales de las adicciones y conducta sexual como factor de riesgo, con un enfoque social, conductual y ecléctico con una metodología experimental, epidemiológica o psicométrica.

En lo correspondiente al campo de aplicación de los psicólogos, cabe señalar que se han insertado en instituciones de enseñanza y de salud, en centros asistenciales y en la práctica privada, etc. Sin embargo también los psicólogos de la salud han mostrado interés por el área de investigación, por tanto su participación en eventos académicos y de investigación de carácter internacional ha sido evidente dando apertura a la exposición de las aportaciones que se han realizado a la disciplina, así como también lo respectivo a la prevención y mantenimiento de la salud, de esta manera en Cuba se realizó el primer seminario de Psicología de la salud (1989), en México el Primer Congreso Internacional de Psicología de la salud (1992), la conferencia Latinoamericana de Psicología de la salud (1996), y en Chile se organizó la Conferencia Internacional de salud (1995). Por otra parte los profesionales de la psicología de la Salud han participado en importantes publicaciones al crear la Revista de la Psicología de la Salud de Colombia y la mayoría de los artículos publicado acerca de la psicología de la salud han sido por autores mexicanos y cubanos (Hernández y Rojas, 1998. Cit en: Trejo, M. 2001).

La psicología específicamente en México ha tenido un crecimiento acelerado desde los años 60's, sufrió cambios importantes en cuanto a la investigación, la enseñanza y la práctica, diversas áreas de la psicología tuvieron desarrollos relevantes, la Universidad Nacional Autónoma de México reformó los planes de estudio para la formación de psicólogos; otras instituciones comenzaron a desarrollar planes de estudio para desarrollar la licenciatura en psicología y a consecuencia de estos hechos se obtuvo el reconocimiento oficial de la psicología por la Dirección General de Profesiones. (Díaz-Guerrero, 1980, Valderrama, 1985 cit en: Trejo, M. 2001)

Más tarde durante la década de los 80's se crearon diversas asociaciones, la Asociación Mexicana de Psicología, la Sociedad Mexicana de Psicología Clínica, etc. Así como también se editaron algunas revistas como la Revista de Psicología, la Revista de Análisis de la Conducta, de esta manera el desarrollo de la

Psicología parecía ir hacia arriba, y si bien se han logrado grandes avances en el país, también es cierto que se han topado con una gran diversidad de obstáculos y limitantes en cuanto al desarrollo de la profesión. Una de las cuestiones que resulta desalentadora es con respecto al trabajo realizado por los psicólogos en el sector salud, normalmente se tiene la idea de que el psicólogo aplica pruebas, el desconocimiento de las posibles funciones del psicólogo de la salud ocasiona que su intervención sea poco solicitada en el área, a comparación de lo que sucede en el ámbito industrial. Cuando el psicólogo es empleado en el sector salud, normalmente aplica pruebas, cuestionarios y evaluaciones, en otras ocasiones se dedica a la psicoeducación, y el hecho de que la profesión se ejerza sin especificar tal como lo señala el INEGI (1993, cit en Duran, 1998) nos lleva a una desvalorización del trabajo psicológico en dicho sector, supeditando a los profesionales a realizar las actividades que los médicos consideran pertinentes. Por lo tanto resulta de gran importancia conocer las funciones que puede practicar el profesional en psicología de la salud.

La inserción del Psicólogo de la salud en el ámbito hospitalario no resulta sencillo. De acuerdo con Lozano, L (2006) quien ha favorecido a la formación de psicólogos en el trabajo hospitalario en México en base a la Psicología social, existe una complejidad de insertarse en un espacio que ha sido tradicionalmente enfocado para atender lo biológico de las enfermedades y en el que la parte emocional y subjetiva, no es reconocida o en el peor de los casos es rechazada. Los hospitales son espacios en los que el papel del psicólogo no está claramente establecido ni para el personal de salud ni para los psicólogos.

Esto nos deja ver que la Psicología de la salud en México, aún debe desarrollarse teórica y metodológicamente, tanto en lo académico, en la investigación como en la práctica, ya que existe una pobre caracterización tanto de la psicología de la salud como de los psicólogos del área, con profundas implicaciones que abiertamente comprometen el estatus actual y futuro de éstos sobre la urgente

necesidad de promover su debido reconocimiento profesional, en los mismos términos en que se reconoce, por ejemplo, a los médicos.

Piña, (1990,2000); Rodríguez , Hernández y Ramos (1993 cit en Piña, A 2004) señalan que no cabe la menor duda de que en las actuales circunstancias se necesita más investigación con el propósito de mejorar el conocimiento sobre esos aspectos, así como también sobre otros más que revisten especial importancia; destacan los relacionados con los contenidos de la Psicología de la Salud incluidos en los currícula de las carreras de Psicología, la especificación en éstos de las funciones y actividades por cumplir, la formación de los psicólogos atendiendo a las demandas del mercado y a las necesidades nacionales o regionales en materia de salud, principalmente.

Así, resulta difícil de entender que aún los servicios de salud que se prestan, siguiendo lo consignado en los artículos 24 y 33 de la Ley General de Salud, se circunscriban a que la atención médica constituye en esencia uno de los tres tipos de servicios que se pueden prestar, afirmándose que las actividades propias de dicha atención son las preventivas, curativas y de rehabilitación. Ergo, todas las actividades de la mal llamada atención médica —cuando en su defecto debería llamársele atención de y para la salud— que se consideran en la Ley, son exclusivas de los médicos.

Por tanto toda esta serie de cambios en pro del desarrollo de la Psicología de la salud y conflictos que obstaculizan su avance, han delimitado y delimitan el área de trabajo de los Psicólogos. Sin embargo la lucha constante por la valorización y el reconocimiento de la profesión continúa, ya sea desde una perspectiva teórica u otra, de corte humanista, conductual, de desarrollo, psicosomática, etc. Pero lo que no cambia es que en la actualidad la interacción psicología-salud empieza a sobrepasar al binomio bio-médico, incluyendo al proceso salud-enfermedad todos aquellos factores, sociales, culturales, económicos, etc que influyen directamente en la promoción, prevención y mantenimiento de la salud.

1.4 Psicología social de la salud

Abordar el terreno de la salud desde la perspectiva de lo social tiene sus antecedentes en los trabajos desarrollados en 1972, al realizar una revisión histórica de los orígenes desde las aportaciones de la Psicología social y Psicología social de la salud. (Hernández, L. Palomino, L. 2003).

Por tanto cabe destacar los principales enfoques y modelos señalados por Hernández, L. Palomino, L. (2003) que nos permiten llegar a la parte de lo social en la salud y ubicar el quehacer del psicólogo en dicho ámbito:

- a) La realización de trabajos con tintes conductuales
- b) El producido por un enfoque socio-cultural
- c) La teoría sociocognitiva

Así, de esta manera en el terreno de lo conductual los estudios han avanzado en el campo del estudio del estrés y la enfermedad física tendientes a buscar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sus coadyuvantes y preventivos, en el terreno de la evolución de las enfermedades agudas y crónicas, el trabajo que se puede realizar debe incluir el factor ambiental como elemento condicionante de una certeza individual y responsable de la interacción entre personas con una estructura biológica y psicológica en un entorno social. (Hernández, L. Palomino, L. 2003)

En el terreno del contexto socio-cultural, se refieren trabajos encaminados a buscar interpretaciones de la enfermedad que pueden tener una influencia en la utilización o rechazo de los servicios de salud o aquellas concepciones que intervienen en el uso indiscriminado de los medicamentos y de la automedicación, así como de los servicios de salud, el papel de la familia también tiene un papel relevante en la interpretación de los síntomas del enfermo, en la prescripción de determinados tratamientos y en las decisiones de buscar ayuda o no, así como el

cumplir con el tratamiento, se vinculan también las conductas de expresión de síntomas de acuerdo a lo que el grupo social permite o influye, encontraron también trabajos relacionados con hábitos saludables a través de la influencias sociales y culturales. (Hernandez, L. Palomino, L. 2003)

En los trabajos derivados de la teoría sociocognitiva, se afirma que los llamados procesos autorreguladores son componentes críticos y dependen de las creencias, auto-evaluaciones, estándares internos, y percepciones del entorno externo, los cuales actúan como mediadores motivacionales de los procesos de cambio de un individuo, desde esta perspectiva las variaciones son producto de elementos interactivos del comportamiento y no son causas del comportamiento.

Así de esta manera se puede ubicar a la psicología de la salud en el terreno de lo social, sin embargo aún hace falta definir a que se refiere la psicología social de la salud para ello, cabe señalar que durante la década de los años 90's surge un marcado interés por definir cuál es el interés de la psicología en el campo de la salud. Ribes (1990 cit en: Hernández, L. Palomino, L. 2003) refiere el campo de trabajo más allá de la salud mental lo ubica en el terreno del comportamiento y los elementos relacionados con la prevención y el tratamiento de la enfermedad, Morales(1999 cit en: Hernández, L. Palomino, L. 2003), refiere tres elementos, los componentes subjetivos, los comportamentales y la atención a la salud, estas y otras propuestas relacionan el campo de la salud como un campo de aplicación de los conocimientos de una teoría que permite abordar la relación del sujeto con su enfermedad, una relación individual donde las relaciones con lo ambiental facilitan o limitan la relación del sujeto con el proceso salud-enfermedad.

Sí la psicología de la salud es la aplicación de la psicología científica a los problemas de la salud, la Psicología Social de la Salud es constituida por la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la psicología social a la comprensión de tales problemas, y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en ese marco. La esencia de la aportación psicosocial es el

análisis de todas las posibles interacciones implicadas en el proceso de enfermar. (Rodríguez, J. 2001).

Así la Psicología social contribuye al campo de la salud al estudiar la percepción de los síntomas por parte de los pacientes, la construcción social de la enfermedad y de la salud en nuestra cultura; los efectos de las actitudes de los profesionales de la salud sobre el diagnóstico, tratamiento y proceso rehabilitador así como de las actitudes de los enfermos y sus familias acerca de estos procesos. Además se encarga de determinar los factores psicosociales que promueven, mantienen o agravan el proceso de enfermar, partiendo de la teoría del rol, las investigaciones sobre comunicación, las teorías de la reactancia e indefensión, el estudio de los procesos de aprendizaje social, las teorías de la atribución y de la disonancia cognitiva, y la investigación sobre estrés, afrontamiento y apoyo social.

Siguiendo esta misma línea la psicología social participa en el desarrollo de procedimientos terapéuticos para intervenir en el impacto psicosocial de la hospitalización, mejorar la adaptación psicosocial de la enfermedad y sus estrategias de afrontamiento, mejorar el ajuste y la adaptación psicosocial a la enfermedad y sus estrategias de afrontamiento, mejorar el ajuste y la adaptación del enfermo crónico en el medio socio profesional, diseñar intervenciones psicosociales en la preparación de enfermos quirúrgicos, y mejorar el entorno social de los enfermos en situación terminal.

CAPÍTULO 2

LAS INSTITUCIONES Y LOS SERVICIOS DE SALUD SANITARIOS

2.1 Psicología social de las organizaciones

La psicología social aborda diferentes ámbitos del área de - lo social-, así como la relación entre sujeto y estructura social, introduciéndose en su estudio, de tal manera que la encontramos en lo que constituye los grupos, la comunidad, así como en las organizaciones, aquí el objetivo es la indagación de las interacciones entre los sujetos en ese ámbito específico y sus efectos sobre la configuración del mundo interno de cada uno de ellos. Sin embargo, para ahondar en el tema de la organización y de la institución es necesario definir la Psicología social, de esta manera se podrá ubicar la relación sujeto-estructura social, y el papel que juegan los individuos dentro de las organizaciones y las instituciones. Si bien en el capítulo anterior se propuso una definición de la Psicología social de la salud, aún hace falta definir a que corresponde la psicología social, la cual con sus aportaciones a otras áreas como lo es la salud, propone nuevas formas de mirar al sujeto de estudio, dicha situación resulta importante cuando el objetivo en este capítulo es abordar la institución salud.

De acuerdo con Pichon Riviere citado en Schvaestein, L. (1995) La psicología social como disciplina aborda la relación entre estructura social y configuración del mundo interno del sujeto y su indagación se centra en la interacción, así mismo señala que es la ciencia que estudia los vínculos interpersonales y otras formas de interacción. Por su parte Ana Quiroga citada en Schvaestein, L. (1995) señala que la psicología social consiste en el desarrollo sistemático de la pregunta por el sujeto y configuración del psiquismo, lo que implica focalizar como unidad de indagación la dialéctica entre sujetos, e investigar en su estructura y función las distintas unidades interaccionales que operan como mediaciones entre las relaciones sociales fundantes del psiquismo y la subjetividad.

Así mismo Maisonneuve citado por el mismo autor indica que el objeto de la psicología social es establecer cómo cada sujeto se adapta a las normas colectivas, cómo se integra en los medios que lo rodean, qué rol desempeña allí, qué representación se forma él de tal rol y qué influencia eventual ejerce el mismo.

Luego entonces a partir de lo anterior, es posible señalar que la Psicología social de las organizaciones, desde esta perspectiva, se centra en el estudio de las organizaciones como dominios fenoménicos de interacciones específicas, y que por su parte se articula y caracteriza en sus interacciones recíprocas con otros conceptos tal como lo es la institución, grupo e individuo siendo que poseen una mutua interacción y cualidades específicas que surgen de su integración.

Por lo tanto la Psicología social de las organizaciones es pensar en su configuración, su dinámica, sus procesos y en sus efectos sobre los individuos.

2.2 La institución y las organizaciones

Cuando se habla de institución y organización pareciera que se hace referencia a dos términos considerados en muchas ocasiones como sinónimos, sin embargo por su parte las instituciones se definen como “aquellos cuerpos normativos jurídico-culturales compuestos de ideas, valores, creencias, leyes que determinan las formas de intercambio social” (p. 26). Las instituciones son en este sentido, producciones culturales que nos remiten a abstracciones, a un orden de significados, reglas y valores en las que se cristaliza la fuerza instituyente. Por tanto, para Fernández, L. citado en Aguado I (2005) las instituciones representan “... a aquellos custodios del orden establecido que dan al individuo la protección de una lógica con la cual organizar su mundo, de otro modo caótico y amenazante” (p.55) y tienen como función garantizar la persistencia de aquello que las ha creado (Fernández, L. 2005, p.21).

Una institución es un nivel de la realidad social que define cuanto está establecido. Se relaciona con el Estado que hace la ley y, desde este punto de vista, no puede dejar de estar presente en los grupos y en las organizaciones. De otra manera como lo hace Durkheim citado en Ledesma, I (2007) la institución es el conjunto de reglas que determinan aquello que se hace y aquello que no. Así la institución es lo que nosotros instituímos, esto es, la definición de los lugares, de los momentos, de los estatutos de cada uno según sus posibilidades, las funciones, las reuniones, los ritos que aseguran su eficacia, etc. (Ourry y Vázquez, cit. en Ledesma, I,2007)

Por otra parte, uno de los aportes fundamentales de la escuela francesa del análisis institucional nos permite concebir a la institución como la confrontación dialéctica entre lo instituido y lo instituyente. El primero entendido como la norma institucional, aquello establecido, el conjunto de normas y valores dominantes. Las instituciones quieren contener al sujeto en un campo limitado de saberes y certezas, del que no siempre quieren que salga. La institución, nacida de la creatividad y la libertad del hombre, muchas veces niega esta creatividad y esta libertad, pero el hombre es capaz de cuestionar, de crear, instituyendo aquello que no responde a ningún determinismo, generando un nuevo proyecto. Lo instituyente surge por tanto como movimiento de los sujetos como protesta o negación de lo instituido, de acuerdo a la aprobación que de este hacen los sujetos. Cuando lo instituyente triunfa por el simple efecto de su afirmación se transforma en instituido y convoca a procesos instituyentes.

Las instituciones caracterizadas de esta manera son abstracciones. Las organizaciones son su sustento material, el lugar donde aquéllas se materializan y desde donde tienen efectos productores sobre los individuos, operando tanto sobre sus condiciones materiales de existencia como incidiendo en la constitución de su mundo interno. Las organizaciones desde este punto de vista son el espacio virtual que mediatiza en la relación entre las instituciones y los sujetos, a su vez constituyen el contexto de acción en el cual se hacen decodificables las conductas

de los sujetos (Schvaestein, L. 1995). Por otra parte dichas "...organizaciones pensadas como establecimientos y unidades compuestas materializan y son atravesadas verticalmente por los aspectos preescritos por la institución que permite rescatar el carácter de construcción social y simbólica que tienen las organizaciones". (Aguado, 2005. p 57)

Luego entonces, las organizaciones se articulan y están atravesadas por muchas instituciones o bien por el entrecruzamiento de diversas instituciones que le otorgan a su vez diferentes y contradictorias racionalidades, mandatos y funciones específicas. Para Schvarstein (1995) citando a Etzioni, las organizaciones son "unidades socialmente construidas con el logro de fines específicos [...] la organización pues, transforma, produce, reúne, mantiene" (p.27-28)

De esta manera los sujetos al formar parte de la organización también son atravesados por las instituciones que en ella se materializan, asumen un papel específico y acorde a la situación y circunstancia que ella presenta.

Dejando mayor claridad acerca de lo retomado anteriormente, en tanto nos referimos a la institución salud, esta define los roles institucionales, médico paciente, en este caso. Pero además prescribe modos instituidos de su desempeño, colocando un médico "que sabe" frente a un paciente "que viene a que lo curen", mediatizados por un tratamiento administrado, en general un sujeto pasivo. (Schvaestein, L. 1995).

Por tanto, como ya se había señalado anteriormente lo instituido se comprende como aquello que está establecido, el conjunto de normas y valores dominantes así como el sistema de roles que constituyen el sostén de todo orden social, por ejemplo: valores, normas, saberes, objetivos, etc. Es decir, si nos basamos en un hospital como organización, donde se encuentra la institución salud, el profesional de salud utiliza bata blanca, el lenguaje utilizado corresponde al saber médico, la mayoría de los profesionales son vistos como médicos, los médicos

permanecen poco tiempo con cada paciente, prescriben una receta médica ante el padecimiento o enfermedad, se lleva a cabo una revisión física para el diagnóstico, etc. Finalmente cabe señalar que se realiza todo esto al ser características del saber médico predominante en dicha institución, cuyo objetivo resulta ser el organismo y su salud tratando la enfermedad.

2.3 Servicios de salud sanitarios

Para hablar de los servicios sanitarios de salud es necesario ubicar como parte de los antecedentes al hospital y su organización, de esta forma se da continuidad a la organización, la institución, lo instituido y lo instituyente. Siendo que dicho espacio corresponde a los inicios de la salud instituida.

El famoso antropólogo polaco B. Malinoswky (1884-1992) solía decir que “la sociedad, en todos los tiempos y latitudes, acaba por crear aquellas instituciones que le resultan necesarias para su funcionamiento” y el hospital no es su excepción.

A lo largo de la historia de los hospitales se encuentran antecedentes muy antiguos que se remontan a los griegos en el 3000 a.c. Con el famoso Xenodoquium, lugares destinados a la atención de los enfermos y heridos de origen extranjero. Más adelante los romanos con el Valetudinarium atienden a los esclavos, gladiadores y soldados enfermos o heridos, esta propuesta es antecedente de lo que hoy conocemos como hospital, se le considera como un precursor de lo que más tarde vendrían a ser los hospitales militares.

Sin embargo, la era cristiana es considerada como época del auténtico despegue de estas instituciones, y probablemente lo que actualmente se designa como Hospital proviene de la denominación concepto hospes= hùesped. (Temes, J. Pastor, V. Diaz, J. 1992). La cultura árabe, sobre todo a partir del siglo VI, apoyó decididamente la creación de hospitales. Buena muestra de ello es que en tierras

de lo que hoy conocemos como Irak, había en toda la zona de influencia de la capital, Bagdad, hasta sesenta de estos centros.

Ya en la Edad Media aparecieron los Hospitales Religiosos gracias a la influencia de factores distintos en su origen, pero confluyentes en sus efectos, como fueron por un lado las epidemias, que en algunas ocasiones llegaron a ser auténticas pandemias de todo el mundo conocido.

Dentro de esa distribución peculiar, la de pabellones formando una cruz con un altar al centro, ya se dieron los primeros atisbos organizativos: distribución de los pacientes por sexos y por patologías, aparición de los primeros servicios generales (farmacia, baños, panadería) que constituyen la forma de organización del hospital.

La época del renacimiento, tan fecunda en otras actividades, trajo consigo una enorme paralización en la evolución de los hospitales. Sin embargo el desarrollo hospitalario no se produce, sino hasta finales del siglo XVIII y comienzos del XIX. Lo que ocurrió fue que la revolución científica que estaba tomando lugar en esos tiempos se incorporó también a los hospitales. De esta manera los descubrimientos de C. Bernard que permitieron desarrollar los conocimientos de la Fisiología, los de L. Pasteur en el campo de la Bacteriología, la formulación del concepto de antisepsia y los métodos para lograrla a cargo de Lister, y un largo etc. Cambiaron tanto la fisionomía como el funcionamiento de aquellos centros. (Temes, J. Pastor, V. Díaz, J. 1992)

Tradicionalmente se consideraba que los hospitales eran centros sanitarios que trabajaban fundamentalmente con y para pacientes ingresados, de lo que se decía que estaban hospitalizados. Por ello se designaba a los hospitales como "instituciones sanitarias cerradas" (Pérez, F. Abarca, J. 2001.pp.5-6) y los parámetros que servían para caracterizarlos, clasificarlos y checar su funcionamiento se relacionaban, con el número de camas y con los datos

relacionados con la estancia de los pacientes en ellas ingresados.

Estos conceptos han ido cambiando, ahora se considera que un hospital es un centro sanitario abierto y relacionado con otros hospitales, con otros centros sanitarios más o menos próximos y con la medicina primaria de la zona.

Por otra parte el moderno concepto de hospital, en base a Pérez, F & Abarca, J. (2001) corresponde a que un hospital es una organización de servicios, muy compleja, cuyo producto final es la salud humana. El hospital se define como un centro sanitario dotado de camas hospitalarias y destinado al estudio, tratamiento, observación y cuidados de determinados problemas de salud de los pacientes de una cierta colectividad. Se trata de una organización muy compleja, tanto por su estructura física como por su gran concentración tecnológica y por su organización, con una plantilla de personal sanitario y no sanitario, altamente cualificado y pluridisciplinario.

Se ha modificado básicamente el antiguo concepto de hospital, consistente en un cúmulo de camas para pacientes, con unos pequeños servicios centrales de apoyo, como consecuencia de la hipertrofia y tecnificación de esos servicios centrales y por el aumento de la asistencia a pacientes no hospitalizados.

En un hospital moderno en base a dichos autores y con arreglo al nivel de complejidad de los recursos tecnológicos que se precisan, se consideran en varios niveles.

- Un nivel superior, altamente tecnificado, con prestaciones de gran intensidad y complejidad.
- Un nivel intermedio, o de acceso, que puede dar una asistencia de tipo medio. Sirve de entrada al hospital y desde él se pasa al anterior o al siguiente.
- Un nivel inferior, o de salida.

Con arreglo a la necesidad de interactuar directamente o no con los pacientes se diferencian:

- Unidades de hospitalización
- Servicios de tecnología no desplazable, con presencia frecuente de pacientes.
- Servicios asistenciales sin presencia frecuente en ellas de pacientes.
- Áreas para pacientes ambulatorios.
- Servicios de soporte, no vinculadas al proceso asistencial.

Desde el punto de vista de la estructura funcional hospitalaria se deben distinguir tres zonas asistenciales básicas:

- De hospitalización (unidades de enfermería, UCI)
- De asistencia ambulatoria.
- De asistencia de urgencias.

Además existen:

- Una zona de servicios centrales, de apoyo a las anteriores:
 - Un bloque quirúrgico
 - Servicios de diagnóstico por imagen
 - Laboratorios
 - Farmacia
 - Gabinetes de pruebas especiales
- Una zona de administración sanitaria
 - Dirección Médica y de Enfermería
 - Archivos. Admisión
- Una zona de apoyo no sanitario:
 - Gerencia. Administración
 - Hostelería
 - Mantenimiento.

Un hospital ha de realizar, en mayor o menor volumen, tres tipos de actividades diferentes pero estrechamente relacionadas entre sí. En primer término y de forma fundamental, las actividades asistenciales, que son razón de ser, pero también ha de realizar actividades docentes, a todos los niveles, no sólo porque en un hospital es donde puede aprenderse la práctica de las profesiones sanitarias, sino también porque la existencia de docencia mejora, en todo el personal, la calidad de las prestaciones sanitarias. Y finalmente, actividades de investigación, de muy variada índole, desde la investigación pura a las comunicaciones y publicaciones. Estas actividades son más notorias en los hospitales punteros, de muy alto nivel.

Después de lo anterior, se puede visualizar que el concepto de hospital se ha ido modificando con el pasar del tiempo, así como también su organización, claro está que el tratar el cuerpo no es una cuestión actual, sino desde tiempos muy remotos, sin embargo hasta que dicha práctica se profesionaliza y se instituye, se formaliza la actividad médica.

2.4 La institucionalización de los servicios de salud en México.

Hablar de los servicios de salud en México es remontarnos a las instituciones de salud creadas con la finalidad de atender cuestiones que le competen. En México, desde 1824 ya se conocían fondos de retiro para trabajadores discapacitados, pero en la época porfirista surge por primera vez una Ley de Accidentes de Trabajo en el Estado de México, que reconocen que los empresarios tienen la obligación de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte derivados del cumplimiento de sus labores. En este periodo la salud empieza a ser considerada como una responsabilidad del Estado y se crean importantes servicios de salud, como el Hospital General de México, el cual desde 1905 ha sido el mayor del país. Después de la revolución y hasta la constitución de 1917 se establecen las cajas de seguros populares, improvisadas por grupos de trabajadores, con contribuciones voluntarias, que se consolidaron hasta 1921,

así el año de la promulgación de la constitución es también el año en que se creó el Departamento de Salubridad. (Maria Cristina Gomes da Conceicao, 2002)

Con la Constitución de 1917 se establecen los servicios sanitarios nacionales; en 1925 se crean la Ley y la Dirección General de Pensiones Civiles y Retiro para los trabajadores públicos y veteranos, dando origen al ISSSTE, creado a partir de 1959, señalado por los Indicadores de Cobertura y Uso de Servicios.

Hacia el año de 1937 surgen el Departamento de Asistencia Infantil y la Secretaria de Asistencia Pública. En 1943 se fusionan Secretaria Pública y el Departamento de Salubridad dando origen a la Secretaria de Salubridad Asistencial. Durante el gobierno de Cárdenas también se expande la red de servicios de salud a través de la creación de diversos hospitales existentes en la actualidad, como el Instituto Nacional de Pediatría (1943) y el de Nutrición (1944), que son parte de la Secretaría de Salud. En 1943 se organizó el Instituto Mexicano del Seguro Social ligado estrechamente al artículo 123 constitucional que recomienda se establezcan mecanismos de protección a la salud de los trabajadores, de allí que su régimen esté formado de tres partes, el estado, los trabajadores, y la patronal, el servicio proporcionado es a aquellos empleados cuya cotización sea en ese orden, se proporcionaron servicios de atención médica, y de asistencia social en aquellos aspectos relacionados con la continuidad laboral. Hacia el año de 1959 surge el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado con un régimen bipartita, trabajadores y gobierno son los contribuyentes y usuarios de éste tipo de institución. En 1979 se establece el programa IMSS-COPLAMAR, donde se organiza una prestación de servicio a población abierta y es la continuidad del programa de solidaridad social iniciado en 1945. (Palomino, 1999)

Finalmente a partir de 1982 se crea el Sistema Nacional de Salud (SNS) que desarrolla la reforma sanitaria y la descentralización del sistema. Sin embargo, la reforma y la descentralización ocurren de forma dispereja entre las entidades

federativas con mayor o menor nivel de desarrollo, recursos y liderazgo político, avanzando más en Ciudad de México, Nuevo León, Sonora y Tabasco. Al contrario, en los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas la Secretaría de Salud carece de insumos, recursos humanos y tecnológicos. Como resultado, el acceso a los servicios de salud sigue siendo desigual entre regiones y entre trabajadores, mediado básicamente por el tipo de vínculo laboral de cada individuo.

Actualmente el sistema de seguridad social mexicano sigue dividido en IMSS, para trabajadores formales de empresas privadas, y el ISSSTE, para trabajadores de empresas públicas, además de otros sistemas corporativos como el de los trabajadores de PEMEX y los sistemas de trabajadores de los estados, todos con ramas de salud y pensiones. En el año 2000 el IMSS cubrió 80.75% de la población derechohabiente, es decir, 50% de la población total de México; mientras que el ISSSTE cubre 14.67% de la población derechohabiente o 5.99% del total de la población de México.

De acuerdo con el INEGI (2005) La estructura de la Clasificación de Instituciones de Salud está organizada en varios niveles:

El primer nivel corresponde al grupo que identifica el sector al que pertenecen las instituciones de salud. El criterio adoptado para definir los grupos está basado en la agrupación de las instituciones de salud de acuerdo con el sector al que pertenecen, separando de éstas aquellas que quedan ubicadas fuera del país o cuyas descripciones no corresponden a instituciones de salud. (Instituciones de Salud del sector público, Instituciones de Salud del sector privado, Aseguradoras, Bancos y otras Instituciones de prepago de servicios médicos, Instituciones de Salud del resto del mundo, descripciones para no derechohabientes, derechohabientes no especificada).

El segundo nivel corresponde a la clase de instituciones. El criterio en el que se basa para conformar las diferentes clases de instituciones de salud estriba en la

identificación de las instituciones de salud públicas y privadas que brindan servicios a la población derechohabiente y no derechohabiente (Instituciones de salud y de seguridad social, Instituciones de salud públicas, otro tipo de Instituciones y programas de salud, pública o seguridad social, Instituciones de salud privadas que brindan, servicios subrogados, Instituciones de salud, Aseguradoras, Bancos y otras Instituciones de, prepago de servicios médicos, Instituciones de Salud privadas de Estados Unidos y otros países, descripciones para no derechohabiencia, Institución de derechohabiencia no especificada, condición de derechohabiencia no especificada)

El tercer nivel es la subclase con la que se identifica el tipo de instituciones de salud y/o seguridad social públicas o privadas. El criterio en el que se basa para conformar las diferentes subclases de instituciones de salud es la identificación de los diferentes tipos de instituciones de salud públicas y privadas que brindan servicios a la población derechohabiente y no derechohabiente. -Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituciones de salud y/o seguridad social de los gobiernos estatales, Instituciones de salud de Petroleos Mexicanos (Pemex), Instituciones de salud de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), Instituciones de salud de la Secretaría de Marina (Semar), otras Instituciones de salud y seguridad social, Secretaría de Salud (Ssa), IMSS Oportunidades, Unidades Médicas del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), otro tipo de Instituciones de salud públicas, otro tipo de Instituciones y programas de salud pública o seguridad social, Instituciones de salud privadas que brindan servicios médicos subrogados, Instituciones de salud privadas, Instituciones privadas de beneficencia, otro tipo de Instituciones de salud privadas, Aseguradoras, Bancos y otras Instituciones de, prepago de servicios médicos, Instituciones de salud de Estados Unidos y otros países, descripciones para no derechohabiencia, Institución de derechohabiencia no especificada, condición de derechohabiencia no especificada).

El cuarto y último nivel son los tipos de unidades médicas. El criterio en el que se basa para conformar los tipos de unidades médicas es su agrupación en tres grandes rubros de acuerdo al nivel de atención que brindan: las unidades, clínicas o centros de salud que corresponden al primer nivel de atención de la salud, los hospitales y centros médicos que son las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención de la salud, y otro tipo de descripciones de unidades médicas que no es posible ubicarlas en los dos niveles anteriores.

La estructura del tipo de unidades médicas es para cada subclase de instituciones, con excepción de las instituciones privadas, del resto del mundo y otro tipo de descripciones en los cuales la información es generalmente insuficiente para identificar el nivel en el que se ubican (Unidades o Clínicas de Medicina Familiar del IMSS, Hospitales y Centros Médicos del IMSS, otras descripciones o tipos de Unidades Médicas del IMSS).

Por otra parte, la atención en la salud se clasifica en distintos niveles, lo que constituye una de las estrategias de la OMS para dar respuesta a la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población, siendo que un conjunto de establecimientos se ubican en un determinado nivel para resolver con eficacia y eficiencia necesidades del área. Dichos niveles son los siguientes:

Primer Nivel

Se atiende más o menos el 70-80% de la población. La severidad de los problemas de salud plantea una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y menor especialización y tecnificación de los recursos. Se desarrollan actividades de promoción y protección específica, pre-diagnóstico y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes. Entre sus funciones se encuentran, la creación y protección de entornos saludables, fomento de estilos de vida saludables, prevención de riesgos y daños, recuperación de la salud y análisis de la situación local, encuestas.

Segundo Nivel

Este nivel se enfoca en la promoción, prevención y diagnóstico a la salud, brindaran acciones y servicios de atención ambulatoria especializado y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontaneo con urgencias.

Categoría

Tipo de atención

I

Atención integral ambulatoria y hospitalaria, en cuatro especialidades que pueden ser: medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría, anestesiología con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de problemas de salud

II

Atención integral ambulatoria y hospitalaria con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud. (Mayor número de especialidades)

Funciones

Las mismas que el anterior, empero, se realiza más énfasis en la recuperación.

Tercer nivel de atención

Este nivel se ubica a nivel del ámbito nacional y constituye el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional. Aquí laboran especialistas para la atención de problemas patológicos complejos, que necesiten equipos e instalaciones especializadas. Su categoría de los cuidados tienen el propósito de ayudar a los usuarios a conseguir un grado de funcionamientos tan elevada como sea posible.

Funciones

Son hospitales de mayor complejidad

Realizan más énfasis en investigación y docencia.

Al hablar de la institucionalización de los servicios sanitarios en nuestro país y ahondar en el tema, permite una mejor claridad en la diferenciación de los conceptos de institución y organización frecuentemente confundidos, que en este caso sería la institución salud y la organización del hospital y el discurso médico que prevalece en la actualidad, enfocado en un modelo médico positivista, cuya finalidad ha persistido desde su creación, es de obviar que el punto central es cubrir la finalidad de la misma que resulta ser la salud definida por la OMS en 1945 como “el estado de completo bienestar físico, social y espiritual, no simplemente la ausencia de la enfermedad”. Luego entonces las instalaciones, las políticas, la forma de trabajo, la organización, los elementos normativos, los saberes y los procesos de instrumentación de esos saberes, el ejercicio del poder, el vínculo entre instituciones prestadoras de servicios y las académicas que participan en la integración del conocimiento, remiten a la profesión que de manera hegemónica ha constituido este campo de conocimiento, la medicina. (Palomino, 1999)

Sin embargo y a pesar de que ha persistido la finalidad de salud del modelo médico-positivista “...la medicina oficial o científica se ha ido alejando poco a poco de los discursos de entrega, cuidado y acompañamiento del paciente, se ha acercado más a una tecnología o a una práctica más objetiva, la formación médica insiste en ubicar el problema de la salud o de la falta de salud como un problema de salud pública, de esta manera se convierte en un problema social, que en el mejor de los casos sería un problema macro-social-económico-político” (Palomino, 1999, p.10).

El saber médico es un saber sobre la enfermedad, (tratar la enfermedad para obtener la salud), no sobre el hombre, los criterios de científicidad y tecnologización contribuyen sustancialmente a la formación de éste discurso, el paciente, en tanto representación objetiva de la enfermedad no muestra para el médico los elementos subjetivantes que le constituyen en un sujeto, por el contrario se percibe solo una parcialidad en la enfermedad, descuidando otros

elementos que resultan de gran importancia al ser un sujeto inmerso en un medio social, en una cultura, etc.

2.5 Salud Pública

La formación médica insiste en ubicar el problema de la salud o de la falta de salud como un problema de salud pública, así de esta manera se convierte en un problema social.

De acuerdo con Palomino (1999) en el terreno de la salud pública, han existido 4 connotaciones, la primera que hace referencia a lo pública con la acción gubernamental, esto en el sector público. El segundo significado hace referencia a los servicios sanitarios ambientales o colectivos; el tercer uso resulta ser más amplio al incluir al anterior y proponer los servicios de salud personales y dirigidos a grupos vulnerables. Finalmente a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad que hace de la salud pública su elemento básico de crecimiento es decir la magnitud de la presencia de un problema reeferen inmediatamente a elementos calificados como de salud pública.

Ante este panorama que en apariencia resulta coherente se han presentado, a finales de los años setentas perspectivas que ponen en entredicho los avances del modelo médico, la patología que durante años parecía centrarse en la relación causal entre un evento patógeno y un ser humano cuando se enfrenta a problemas que requieren de una explicación de la presencia de ciertas enfermedades en colectividades y aún en individuos, no muestra un cambio en los patrones de morbimortalidad, esto es visible en el Mensaje del presidente de la República Felipe Calderón Hinojoza en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 señalando que hoy México enfrenta una compleja agenda de salud pública. Sufrimos todavía enfermedades del subdesarrollo, como las asociadas a padecimientos infecciosos y desnutrición, y al mismo tiempo enfrentamos desafíos de los países avanzados, como el cáncer, la obesidad, las cardiopatías y la

diabetes. Junto con esta transición epidemiológica, enfrentamos rezagos inocultables como los elevados índices de mortalidad materno-infantil. Tomando en cuenta estas realidades y consideraciones, el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* propone, en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. Para cumplir este compromiso, se diseñó el *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, el cual está estructurado en torno a cinco grandes objetivos de política social: 1) mejorar las condiciones de salud de la población; 2) brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente; 3) reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables; 4) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal, y 5) garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México.

La Memoria Documental señala que para construir un México más equitativo, competitivo y democrático es necesario igualar las oportunidades de superación de todos los mexicanos sin distinción, para que desarrollen sus capacidades y puedan alcanzar sus metas personales. Por eso, el principal reto que se comparte es incorporar al desarrollo a quienes han sido excluidos de los avances de la nación. Se requiere que todos los mexicanos –sin importar su preferencia política, la religión que practiquen, su origen étnico, su condición de género o lugar donde vivan– hagan valer su derecho a la educación, la alimentación, la vivienda digna y, desde luego, la salud.

En base a estos datos, la construcción del país al que todos aspiramos exige que pongamos nuestro sistema de salud a la altura de los retos y las necesidades del siglo XXI. Reclama, en especial, que respondamos con eficiencia, calidad y justicia a los desafíos sanitarios, que son ya la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte en el territorio nacional. Hoy México y que es aspiración del

Estado Mexicano dar cumplimiento cabal a cada una de las garantías previstas en su máximo ordenamiento legal, en este marco el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud, que ha impulsado la materialización del derecho a la protección de la salud, consagrado en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; mediante la conceptualización de tres dimensiones de la protección de la salud a decir: la protección contra riesgos a la salud; la protección de los usuarios de los servicios de salud y el aspecto más novedoso que constituye la protección financiera.. (Secretaría de Salud, Memoria Documental: Aportes normativos en el ejercicio del derecho de la Salud, 2001-2006).

2.6 Políticas de salud

En este apartado se abarcará el periodo de 1982-2006, sin embargo se hará una revisión de los Planes Nacionales de Desarrollo que se formularon en 1983, 1989, 1995 y 2001 y los correspondientes Programas Nacionales de Salud. Así entonces las principales políticas públicas implantadas de acuerdo con la visión de FUNSALUD, fueron:

- La búsqueda de la cobertura universal de servicios de salud a la población.
- El mejoramiento de la calidad de los servicios.
- La descentralización de servicios para llevar a las entidades federativas a la asunción plena de esta responsabilidad.
- La reorganización de la Secretaría de Salud para acercarla crecientemente al papel rector del Sistema Nacional de Salud.
- La formulación de programas estratégicos para mejorar el nivel de salud de la población.
- La adecuación paulatina del Sistema para enfrentar retos emergentes derivados de la transición demográfica y epidemiológica.
- El énfasis en la investigación en salud y en el desarrollo de recursos humanos.

- El aumento de la infraestructura del sistema para atender las demandas de la población.
- La búsqueda de una mayor equidad en la prestación de servicios.
- La protección financiera ante los riesgos para la salud.

Piedra angular de la reforma en salud fue la labor de un organismo de vida efímera, la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, que funcionó de agosto de 1981 a noviembre de 1982 con el mandato de determinar los elementos técnicos, administrativos, normativos y financieros de los servicios públicos de salud con el fin de integrarlos en un sistema nacional de salud que diera cobertura a toda la población. Esta aportación es el contenido del libro *hacia un Sistema Nacional de Salud* de Soberón G, Laguna J, Ruiz L que dio pie al llamado cambio estructural de la salud. Lo propuesto en ese documento llevó a la introducción, en 1983, del derecho a la protección a la salud en la Carta Magna del país, y a la formulación del Programa Nacional de Salud 1983-1988. El cambio estructural se fundamentó en cinco estrategias macro: sectorización, descentralización, modernización administrativa, modernización de la Secretaría de Salud, coordinación intersectorial y participación comunitaria, así como cinco estrategias micro: financiamiento, recursos humanos para la salud, investigación en salud, información en salud, e insumos para la salud.

El Programa Nacional de Salud 1990-1997 se guió con el propósito de impulsar la protección de todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativas y humanitarias, que contribuyeran al mejoramiento de su bienestar social, con el concurso de las comunidades y de los tres órdenes de gobierno: federal, estatal y municipal. El programa determinó seis grandes estrategias: la coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud, el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, continuar la descentralización de servicios, la modernización y simplificación administrativa, fortalecer la coordinación intersectorial, y la participación comunitaria.

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2004 puso el énfasis en la modificación del sector para transformar el sistema, modernizarlo y hacerlo más eficiente, con objeto de hacer frente a los retos epidemiológicos y demográficos del país. Se establecieron así cuatro grandes objetivos: promover la calidad y eficiencia en la prestación de servicios, ampliar la cobertura de la seguridad social, concluir la descentralización, y ampliar la cobertura a la población no asegurada.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 contiene en su subtítulo su esencia política: la democratización de la salud en México, hacia un sistema universal de salud. Se fundamentó en tres retos esenciales: la equidad, la calidad y la protección financiera. Para enfrentarlos, el programa definió cinco grandes objetivos: abatir las desigualdades en salud, mejorar las condiciones de salud, garantizar un trato adecuado, regularizar el financiamiento en materia de salud, y fortalecer el sistema de salud. Se establece como visión del programa la conformación de un sistema universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado con el desarrollo. En mayo de 2003 fue establecido el Sistema de Protección Social en Salud, a partir de una reforma a la Ley General de Salud, que entró en vigor en enero de 2004 para implantar, en forma gradual, en siete años, un sistema que busca dar efectividad creciente al derecho a la protección de la salud de los mexicanos.

A lo largo de los últimos años ha habido una continuidad en las políticas de salud del gobierno de la República que se han traducido en logros irrefutables, en las que hay que continuar para consolidar una política de Estado en materia de salud. Sin embargo, a pesar de todo ello, pareciera que dichas políticas solo son parte, de una propuesta que dista de ser alcanzable cuando se trata de un individuo y su subjetividad en relación a su propia salud. Se aspira a materializar un estado de salud integral, la eficiencia, calidad y calidez para el paciente dentro de la institución salud, de esa organización delimitada por el saber médico desde su creación.

CAPÍTULO 3

LA INSERCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO DESDE UN ENFOQUE SOCIAL DE LA SALUD.

3.1 El psicólogo en los servicios de salud pública

“Tradicionalmente, la atención médica ha cubierto las acciones de restauración de la salud una vez que ésta ha sido afectada y, en menor grado, acciones de prevención de enfermedades. Por ello, la metonimia de confundir salud con atención médica hace perder la perspectiva amplia de la acción sobre la salud, y limita su acción sobre ésta” (Álvarez-Manilla, 1989; p.18). Habría que distinguir que se hace referencia a dos términos distintos, la atención médica es parte de la salud pública, y no un sinónimo de ella, claro está que el saber médico es el predominante en los servicios de salud, lo que complica hablar de la psicología en dicha área.

De acuerdo con Tones (2002) citado en Londoño, C. Valencia, S. Vinaccia, S. (2006) la promoción de la salud se ha constituido como uno de los más importantes componentes de la salud pública, así la agenda de salud pública incluye el establecimiento de políticas que protejan, defiendan y aumenten la salud y el bienestar de la población humana, apoyada en la creación de movimientos científicos de política pública.

En esta propuesta en contraposición del modelo tradicional, se pretende insertar al psicólogo en el sistema sanitario como un agente participativo cuya labor va más allá de la intervención clínica, ya que busca alcanzar una mayor comprensión del fenómeno de la salud y su relación con diversos aspectos psicológicos. No obstante se mantiene la hegemonía biomédica y no se le ha concedido al psicólogo una clara ubicación en el sistema, aunque se reconoce cada vez con mayor claridad, su importante papel en el desarrollo de programas de prevención,

promoción e intervención efectivos. Sin embargo, este proceso de incorporación resulta aún más difícil, cuando el profesional del área tiene poca claridad de su trabajo y funciones que puede desempeñar en dicho ámbito, restándole elementos para ser reconocido como profesional. (Londoño, C. Valencia, S. Vinaccia, S. 2006)

El nuevo modelo de Salud Pública, propuesto en las distintas conferencias mundiales realizadas, se ha diseñado para que primen las estructuras comunitarias y se permita la incorporación de nuevos profesionales, tecnologías y enfoques en pro de la salud. A pesar de ello, claro está que sólo quienes viven en los países industrializados han recibido todos los beneficios en salud propuestos en las diversas conferencias, pues no ha ocurrido lo mismo en otras partes del mundo, en las que es necesario resolver primariamente los problemas, del sustento básico, los conflictos políticos y las condiciones ambientales no salubres.

El cambio en el modelo de salud pública, ha facilitado la introducción gradual de la psicología en la construcción de las políticas públicas en salud, se reconoce la experticia profesional e investigativa de los psicólogos lo que ha permitido asimismo que en algunos países sean incluidos en el diseño y puesta en ejecución de programas gubernamentales de salud, aunque no es posible decir lo mismo cuando de nuestro país se trata, siendo que la referencia a la Psicología, a la que ciertamente 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 y como se puede observar no se le considera como actora fundamental en las finalidades, materias, objetivos y servicios ni actividades, prácticamente en todos se hace mención explícita a la profesión médica. Más sorprendente aún es que, si se revisa la Ley de salud pública, hay una sola referencia a los procesos psicológicos, específicamente en el título quinto (Investigación para la salud), capítulo único, artículo 96, fracción I, y nada más. Algo similar ocurre con conceptos relacionados con dichos procesos, tales como los de conducta, hábitos de conducta o actitudes, entre otros.

Por lo que respecta a la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, decretada el 23 de mayo del 2000 por el Ejecutivo Federal, a lo largo de sus tres títulos y sus correspondientes capítulos, artículos y fracciones, únicamente se hace mención a los conceptos de habilidades, destrezas y actitudes en una sola ocasión, aunque no para referirse a conceptos psicológicos, sino a su transmisión como parte de la enseñanza en salud a la que son expuestos los profesionales en el proceso de formación de recursos humanos para la salud (título primero, capítulo único, artículo 2º, fracción II). Salvo ahí, ni siquiera en el tema de la práctica de la investigación se encuentra referencia alguna a la Psicología o a lo psicológico; lo más cercano a ello se puede observar en el título tercero (Ámbito de los Institutos), capítulo I (Investigación), artículo 37, en el que se dice que la investigación contribuirá al avance del conocimiento científico, así como a lo señalado por el Dr. Guillermo Soberón, quien fungía como Secretario de Salud en la misma época en la que la Ley General de Salud entró en vigor, mencionó años más tarde que el comportamiento constituía uno de los cuatro factores principales en relación con la salud y la enfermedad, satisfacer las necesidades de salud del país, mediante el desarrollo científico y tecnológico en las áreas biomédicas, clínicas, socio médicas y epidemiológicas. (Piña, J. 2004.)

Por otra parte, todas las actividades de la mal llamada atención médica (cuando en su defecto debería llamársele atención de y para la salud) que se consideran en la Ley, son exclusivas de los médicos; y todavía más sorprendente si se hace referencia a lo planteado por Soberón citado en Piña, J. (2004.), y a la par se analiza el abundante conocimiento sobre las principales causas de morbimortalidad en México a partir de la década de los años noventa del pasado siglo, no se necesita mucho tiempo ni efectuar análisis exhaustivos para encontrarnos con que la mayoría de esas enfermedades eran y siguen siendo susceptibles de ser prevenidas, para lo cual es fundamental el papel que el comportamiento humano juega, tanto en lo que hace a su dimensión psicológica como social. Limitar el abordaje de los problemas de la salud (o, mejor dicho, en este caso, de la enfermedad) a lo que los profesionales de la Medicina puedan

aportar es equivalente a suponer que, a partir del modelo médico-biológico de la salud en tanto ausencia de enfermedad, se pueden proporcionar todas las respuestas para planear y proceder de modo efectivo en las prácticas de prevención, curación y rehabilitación.

Con el objeto de subrayar la importancia que los eventos, variables o procesos psicológicos tienen en los diferentes momentos del continuo salud-enfermedad, y con ello destacar las aportaciones que los psicólogos mexicanos han hecho al respecto, ya sea de manera independiente o en conjunto con otros científicos y/o profesionales de la salud, a continuación se mencionarán algunos de los trabajos más representativos, realizados todos ellos en referencia a la mayoría de los tópicos incluidos en el artículo 3º (Materias de salubridad general), así como en el artículo 27 (Servicios básicos de salud). Es necesario aclarar que los trabajos en cuestión constituyen productos tanto de corte teórico como de investigación en sus diferentes modalidades reportados por Piña, J (2004)

Artículo 27:

I. La educación para la salud, la promoción y el saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones del ambiente

– Sobre la educación para la salud: Hernández-Garza (2001).

– Sobre el mejoramiento de las condiciones del ambiente: Bustos y Flores (2000), y Vera, Montiel, Peña y Smith (1998).

II. La prevención y el control de enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes

– Para el caso del SIDA: Piña y Corral (2001), Piña, Fierros y de la Cruz (2001), y Rodríguez, Moreno, Robles y Díaz-González (2000).

– Para el caso del cáncer: Montiel (1997), Urquidi (1997), Urquidi, Montiel y Gálvez (1999), y Urquidi, Montiel, Gálvez y Castañeda (1998).

– Para el caso de la hipertensión: Hernández, Ortiz y Ehrenzweig (1997), y Ortiz y Ehrenzweig (1997, 1998).

– Para el caso de la insuficiencia renal: Piña, Corral y Gaxiola (2000).

- Para el caso de la miopía: González, Padilla y Santacreu (2001).
- Para el caso de las enfermedades cardiovasculares: Cuencas y Toledo (1985), Fernández (1987), y Reynoso, Álvarez, Tron, De la Torre y Seligson (2002).
- Para el caso de la diabetes mellitus: Díaz, Galán y Fernández (1993), y Galán, Sánchez, Valencia y Ayala (2003).

III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias

- Sobre prevención: Piña y Bullé-Goyri (1994), y Piña y Obregón (1992, 2003).
- Sobre tratamiento del dolor crónico: Domínguez (1996), y Domínguez y Vázquez (1993).
- Sobre calidad de vida: Carpio, Pacheco, Flores y Canales (2000), Galvanovskis y Sosa (2000), González-Puente y Sánchez-Sosa (2001), y Sánchez-Sosa y González-Celis (2002).
- Sobre el problema de la adherencia terapéutica: Aburto y Gamundi (1997), y Piña (en prensa).
- Sobre el problema de la calidad de la atención: Durán, Frenk y Becerra (1990), Infante, Abreu, Reyes-Lagunes, Cravioto y Dieter (2000), y Pérez, Márquez y Guerrero (2002).

IV. La atención materno-infantil

- Hernández (2000), y Márquez (1997, 1998).

V. Sobre la salud mental:

- Berenzon, Galvan y González (1998), y De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo (1997).

VI. La promoción del mejoramiento de la nutrición y de los trastornos alimentarios

- Gómez, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel (2000), Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez y Mancilla (2002), Vera, Peña, Hernández y Laga (1998), y Vera (2002).

Asimismo, se incluyen trabajos relacionados con algunos de los principales programas, consignados todos en el artículo 3º, relativo a las materias de salubridad general:

I. El programa contra el alcoholismo

- Álvarez (1999), Ayala, Echevarría, Sobell y Sobell (1998), Borges, Medina,

Cherpitel, Casanova, Mondragón y Romero (1999), Díaz-González, Rodríguez y Nava (1998), y Palomar (2000).

II. El programa contra el tabaquismo

– Aburto (1998).

III. El programa contra la farmacodependencia

– Ayala, Quiroga, Mata y Chism (1981), Castro (1990), y Castro, García, Rojas y De la Serna (1998).

IV. El programa para la promoción de la formación de recursos humanos para la salud

– Hernández (2001) y Zambrano (1998).

Todos estos trabajos constituyen ejemplos de lo que los psicólogos pueden aportar en el sector de la salud, abarcan prácticamente la mayoría de los tópicos o asuntos considerados en los principales artículos de la Ley General de Salud, concretamente los que hacen referencia a las finalidades, materias, objetivos, servicios y actividades, pero en la cual, desafortunadamente no se valora la figura de la Psicología ni del psicólogo como científico y profesional capacitado para coadyuvar en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, o en la promoción de la salud y en la capacitación y entrenamiento de los recursos humanos para la salud.

3.2 Funciones profesionales del psicólogo en el área de la salud y en el hospital

Al margen del contexto o de la función particular, es en el individuo con sus características únicas, en donde debe centrarse el quehacer del profesional. Por tanto y en base a lo señalado por Rodríguez, M. (1997) dentro de las funciones profesionales que puede desempeñar el psicólogo en el área de la salud se encuentran: Detección, Planeación y prevención, desarrollo, Investigación e intervención.

- Detección: estilos de conducta relacionados con la salud, análisis de competencias relacionadas con la salud, recursos ambientales; en planeación
- Prevención: prevención de accidentes, enfermedades, establecimiento de conductas instrumentales de salud en cualquier ámbito, planeación de objetivos del sector salud que mejoren la eficiencia de este sector.
- Desarrollo: entrenamiento de paraprofesionales y otros profesionales para el cuidado de la salud y prevención.
- Investigación: investigación de competencias, estilos interactivos y conductas de riesgo y prevención, factores disposicionales que probabilizan las conductas de riesgo, etc.
- Intervención: empleo de técnicas y procedimientos para problemas de salud, adherencia médica, etc.

Es importante mencionar, que los psicólogos como profesionales de la salud, han contribuido en dicho sistema, tal como lo menciona Stone (1990) citado en Olvera, J. Soria, M. (2008). El psicólogo de la salud es el profesional capaz de lograr:

1) la identificación precoz de personas en situación de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales. 2) el desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales se somete normalmente el individuo. 3) la investigación, el entendimiento y la intervención en cuanto a los factores que permitan una buena calidad de vida para las personas portadoras de alguna enfermedad. 4) la inclusión imprescindible de la perspectiva de realizar estudios en el campo comunitario y de la salud pública en los esfuerzos de la psicología de la salud. 5) La necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global.

Asimismo, Becoña; Vazquez y Oblitas (1998) citados en Olvera, J. Soria, M. (2008) señalan que las actividades a desempeñar por los psicólogos de la salud,

se pueden agrupar en tres grandes secciones: investigación, aplicación y formación. La investigación está enfocada a indagar en factores que intervengan en el proceso de salud-enfermedad para poder comprenderlos y analizarlos, de tal manera que puedan generarse diversas propuestas de procedimientos para la evaluación e intervención más adecuados de las diferentes problemáticas en este campo. Por tanto, el Psicólogo de la salud es un profesional que puede trabajar en ámbitos tan diversos como: tratamiento psicológico de trastornos orgánicos, en colaboración con tratamientos médicos para diversos trastornos, incluso para la planificación y adherencia al tratamiento, programas de prevención y por consecuencia promoción de conductas saludables.

La psicología social de la salud de acuerdo con Rodríguez, J (2001) avanza en la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y atención a la enfermedad, mejora del sistema sanitario y participación en las políticas sanitarias. En cuanto a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad señala que el comportamiento preventivo es el que tiene como objetivo la disminución de la incidencia de enfermedades (prevención primaria), intenta disminuir la prevalencia, acortando el periodo de duración de las enfermedades (prevención secundaria) o intenta disminuir las secuelas y complicaciones de la enfermedad (prevención terciaria). Mientras que la prevención es un concepto relacionado con la enfermedad, la promoción es un concepto relacionado con la salud y más amplio que el de prevención ya que implica no sólo la protección y el mantenimiento de la salud, sino también la promoción del óptimo estado vital físico, mental y social de la persona y de la comunidad.

Así de esta manera la promoción de la salud supone, la instauración y mantenimiento de comportamiento no sólo saludables, sino potenciadores de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales, de la persona. La promoción se lleva a cabo básicamente mediante la educación sanitaria, que representa “una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar su comportamiento, a fin de que adquieran y conserven hábitos de salud sanos,

aprendan a usar juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y estén capacitados para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven.

De igual manera el profesional en psicología de la salud se ocupa de determinar los factores psicosociales asociados al padecimiento de una enfermedad en cada una de sus fases (etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad) y de aplicar tratamientos coadyuvantes o sustitutivos de los tratamientos médicos, mejorando así las condiciones de curación, rehabilitación y adaptación a la enfermedad. El profesional en esta área también contribuye estudiando la percepción de los síntomas por parte de los pacientes, la construcción social de la enfermedad y de la salud en nuestra cultura; los efectos de las actitudes de los profesionales de la salud sobre el diagnóstico, tratamiento y proceso rehabilitador así como de las actitudes de los enfermos y sus familias acerca de estos mismos procesos. Además se ocupa de determinar los factores psicosociales que promueven, mantienen o agravan el proceso de enfermedad, partiendo de la teoría del rol, las investigaciones sobre comunicación, las teorías de la reactancia e indefensión, el estudio de los procesos de aprendizaje social, las teorías de la atribución y de la disonancia cognitiva, y la investigación sobre estrés, afrontamiento y apoyo social. (Hernández, J. 2001)

Sobre estas mismas bases, el psicólogo social participa en el desarrollo de procedimientos terapéuticos para prevenir el impacto psicosocial de la hospitalización, mejorar la adaptación psicosocial a la enfermedad y sus estrategias de afrontamiento, mejorar el ajuste y la adaptación del enfermo crónico en el medio socioprofesional, diseñar intervenciones psicosociales en la preparación de enfermos quirúrgicos y mejorar el entorno social de los enfermos en situación terminal.

Hernández, J. (2001) señala que en cuanto a la conducta de enfermar, el profesional de la psicología social de la salud se enfoca en todo lo que esto

conlleva, así pues se consideran conductas de enfermar todas aquellas acciones que afecten al significado social y personal de los síntomas, de la enfermedad, de las discapacidades y sus consecuencias, es decir se refiere a las acciones que las personas realizan cuando creen que están experimentando síntomas de enfermedad (como ir al médico, tomar la baja laboral, etc.) dicha conceptualización se diferencia del concepto de enfermedad ya que éste se refiere a una patología documentada.

Por tanto, el psicólogo social centra su atención en acciones tales como el reconocimiento de síntomas, la búsqueda de ayuda, el uso de servicios médicos, el cumplimiento de prescripciones terapéuticas, la actividad rehabilitadora, la asunción de determinadas conductas del rol en determinadas situaciones, la respuesta de afrontamiento ante la enfermedad, etc. Este conjunto de respuestas expresa cómo se adapta una persona a la experiencia de un problema de salud y a la de asumir y representar el papel de “persona enferma”.

Además, el tema de la comunicación entre paciente y profesional sanitario es uno de los campos de trabajo relevantes en la Psicología de la Salud y en el que la aportación de la psicología social es central. El análisis de la estructura y dinámica del proceso de comunicación entre sanitario enfermo es fundamental, ya que toda relación terapéutica implica un proceso de influencia interpersonal. (Hernández, J. 2001)

En relación a la mejora del sistema de cuidado de salud y política sanitaria es uno de los campos más recientes de la Psicología de la salud al participar en la mejora de la eficacia y eficiencia del sistema sanitario, se concreta en conseguir la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, para llevar acabo esto, la Psicología social aporta su arsenal metodológico y conceptual para el análisis y modificación de las actitudes de la población y de los profesionales sanitarios, respecto a los servicios de salud. En segundo lugar, ofrece el estudio de cómo los mecanismos de influencia social, junto con el sistema socio-cultural, inciden en los estilos de

vida y en el uso de los servicios sanitarios. De igual manera, la calidad asistencial, hace referencia a la mejora de las relaciones interpersonales de los usuarios con los profesionales de la salud, al aumento de la competencia social de dichos profesionales, así como de su satisfacción profesional. En este rubro la Psicología Social aporta las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y programas de manejo de estrés para el personal de salud, técnicas de coordinación y funcionamiento del equipo sanitario y técnicas de organización y aprovechamiento de recursos. Facilitar la comunicación de los profesionales con los enfermos y familiares, permite conseguir la implicación en su tratamiento y cuidado. (Hernández, J. 2001)

En la política sanitaria el profesional de la Psicología social participa en el estudio de necesidades de la población, con el fin de establecer prioridades y de integrarlas con las políticas de salud. Asimismo colabora en la implantación de los programas de marketing y organización sanitaria, y en su difusión a través de los medios de comunicación social. Otro punto resulta ser el estudio del impacto de las nuevas tecnologías tanto en el nivel de salud como en su cuidado.

Complementando, la Psicología de la salud no sólo dirige su atención al individuo cuya salud está en cuestión, sino al conjunto complejo de instituciones y fuerzas dentro de las cuales se persigue la salud, una de ellas es el sector hospitalario cuyo sistema funciona de una forma integrada al ser 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.

Las tareas del psicólogo en un hospital, como lugar que brinda un servicio de salud, se centran en atender en los pacientes factores subjetivos, las relaciones y los procesos psicosociales que en esa circunstancia son prioritarios; sin olvidar, que la enfermedad produce problemas y dolor, pero no siempre ni

necesariamente, psicopatología. De ahí es pertinente llamar a la intervención del psicólogo en hospitales, intervención en el territorio médico. (Lozano, L. 2006).

Respecto a las relaciones que se atienden son aquellas que los pacientes tienen con la salud y la enfermedad, las que se establecen como consecuencia del internamiento (con el médico, la enfermera y la institución, con su familia y entre éstos) y los efectos sobre el ajuste del paciente, su calidad de vida y la calidad de su atención.

Así uno de los objetivos de la intervención intra hospitalaria es fortalecer las relaciones: médico-paciente, paciente-enfermera, paciente-familia, paciente-institución, para propiciar al paciente un clima afectivo adecuado y mitigar el impacto vital estresante del acontecimiento de la hospitalización.

A pesar de que pareciera poca la información con respecto a las funciones del Psicólogo en el ámbito hospitalario, es de gran importancia resaltar que también se pueden llevar a cabo todas aquellas funciones señaladas anteriormente, con respecto a la Psicología de la salud y la Psicología social de la salud.

3.3 Limitantes a las que se enfrenta el psicólogo en un hospital

Dentro del hospital, el psicólogo de la salud se enfrenta a diversas limitantes y que pareciera que poco se puede hacer para modificarlas, el discurso y la práctica médica permean de antemano a la institución salud y a la organización del hospital, abarcando la mayoría de las veces los espacios disponibles, es de esperar que no encontremos un espacio para el profesional en psicología que se adecúe a la atención pertinente y demandada por la población, donde se mantenga la confidencialidad entre terapeuta y usuario, siendo que dichos espacios disponibles son compartidos ya sea con otros profesionales o con pacientes. En palabras de Kleinke, C (1998) los terapeutas deben de hacer el esfuerzo y mantener los siguientes tipos de confidencialidad, primero, los

terapeutas nunca deben revelar la identidad de sus clientes sin su autorización escrita y en segundo lugar, los terapeutas no deben nunca compartir información sobre sus clientes con otros profesionales o instituciones sin la autorización escrita del cliente. Lo anterior resulta casi imposible siendo que la institución y su organización no lo permiten.

De acuerdo con Goldstein, W (2001) el ambiente de la terapia psicológica suele sobreestimarse, ya que considera que no es realmente necesario un entorno ideal para una psicoterapia eficiente. Su importancia es ínfima en comparación con la experiencia, la habilidad y las características personales del terapeuta. Sin embargo, sí que es importante que paciente y terapeuta estén razonablemente cómodos para trabajar, y cierto grado de confort, potenciando así la eficacia de la psicoterapia. Empero, en el hospital resulta poco adecuado trabajar en un espacio abierto en el que médicos, especialistas y enfermeras concurren a cada momento, lo que limita la privacidad y que el paciente pueda expresarse con toda libertad.

Es evidente que al compartir los espacios en el hospital, no se pueden presenciar aquellos factores importantes que permean a la consulta, donde en palabras del autor esta debe transmitir una sensación agradable y reducida de ruidos extraños, que haga sentir bien al paciente y que recibe la atención que necesita.

Otra de las dificultades a las que se puede enfrentar un psicólogo en el hospital es que en ocasiones, resulta difícil llevar a cabo una terapia desde el enfoque cognitivo conductual, con una fase de recogida de información o entrevista clínica, fase de diagnóstico y fase de intervención (Espada, S.J.; Olivares, R.J. y Méndez, C.F, 2005) esto es a consecuencia del tiempo de permanencia de la población hospitalizada, en ocasiones corto y en otras de mayor duración.

Cuando el paciente permanece un tiempo más prolongado se puede aplicar la terapia cognitivo-conductual, teniendo en claro que por las características mismas de la organización hospitalaria el terapeuta en ocasiones, tiene que adaptarse y

adaptar la terapia a los horarios preestablecidos. Otra de las opciones es la aplicación de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) (Bellak, L. 1993), dicha terapia tiene una duración de entre 5 y 6 sesiones de 50 minutos, una por semana, y se enfoca en lo que ha aprendido de manera eficiente el paciente y lo que necesita desaprender y reaprender del modo más eficaz posible. Además selecciona, los síntomas principales y más perturbadores, su causa, dentro de un marco de referencia más amplio, y después la conceptualización más certeramente orientada. (Bellak, L. 1993).

En cambio cuando el tiempo de permanencia de la población es relativamente corto la aplicación de la terapia cognitivo conductual o la psicoterapia breve, intensiva y de urgencias es difícil de llevarse a cabo. Por tanto es necesaria la modificación de la terapia adaptada a las circunstancias y a la demanda de cada paciente. En todo caso se pueden seleccionar algunas técnicas cognitivo conductuales que favorecen al paciente en estado de crisis, que requiere atención inmediata y urgente.

En cuanto al trabajo con el personal hospitalario, de igual manera el servicio se ve limitado y esto es debido a dos aspectos: 1) esperan que el psicólogo sea quien acuda a ellos y no al contrario, que ellos sean quienes se hagan responsables de su propia salud psicológica y emocional; 2) los tiempos de terapia en ocasiones son muy reducidos, de una hora que es lo normal, a 30 minutos de terapia efectiva, lo que es característica de la misma institución y de la organización presente, siendo que en ocasiones la demanda de pacientes con respecto al servicio que proporcionan los profesionales, es elevada, y su condición es cubrir dicha demanda.

Normalmente se olvida, que en ocasiones los mismos empleados requieren de atención psicológica como individuos emocionales y con una propia subjetividad, además que constantemente se enfrentan a factores estresantes, y están en un espacio donde se tiene que lidiar con la muerte. Por tanto si se pretende un

espacio para los profesionales que laboran en la institución, es el psicólogo quien tiene que adaptarse a sus horarios y a la organización de la institución. Lo que lleva a que estos establezcan sus horarios de terapia y que el psicólogo este a expensas y supeditado a los horarios disponibles que puede tener el personal hospitalario que demanda la atención psicológica.

Después de lo anterior bien se podría decir que no hay campo para el psicólogo a partir de lo que antepone la institución. Es decir, la institución se basa en el saber médico, la organización está basada en dicho saber, las instalaciones son características particulares del mismo. Luego entonces el psicólogo tiene que adaptarse a dichas características, sin tener un espacio que se adecue a los lineamientos y características particulares de una terapia psicológica profesional. Además muestra de que no hay campo o espacio para el profesional en psicología es que solo encontramos a un psicólogo por hospital resolviendo las demandas de la población, lo que lleva a que muchos tengan que esperar por un prolongado tiempo para ser atendidos o que incluso que no reciban dicha atención.

3.4 La salud emocional y psicológica del empleado hospitalario

Los trabajadores sanitarios también requieren de un espacio donde puedan recibir la orientación profesional de los psicólogos como apoyo a su bienestar emocional y la promoción de su propia salud y de esta manera puedan desempeñar un trabajo de calidad, así entonces, además del trabajo con pacientes y familiares es factible la intervención psicológica con los trabajadores sanitarios de las distintas áreas. Si bien, una intervención centrada en el síndrome de Burnout es de ayuda, también los conflictos personales de los empleados afectan su desempeño laboral y demandan un tratamiento oportuno. No obstante, en ocasiones el temor al descrédito profesional retrasa la búsqueda de ayuda de manera que con el pasar del tiempo una problemática menor puede agravarse.

El bienestar emocional del personal de salud no puede ser omitido como una necesidad de primer orden, siendo que normalmente existe el proceso de ajuste psicológico a las situaciones de enfermedad y muerte a las que diariamente se enfrentan en el ejercicio de su profesión. Por tanto la terapia psicológica puede prevenir y/o reducir el riesgo de problemas serios dentro en este gremio, favoreciendo potencialmente las relaciones positivas de la comunidad hospitalaria, la auto eficacia en el desempeño de su trabajo, la esperanza, el optimismo y la resiliencia, colaborando a que el personal de salud esté en condiciones de prestar un servicio de excelencia, así como el resto de los trabajadores que laboran en la institución.

Claro está que no sólo la población en crisis es aquella que requiere de una atención psicológica, sino también el personal de la salud, tanto profesional como voluntario, quienes trabajan frecuentemente con personas que experimentan graves traumas y crisis personales. Estos varían desde enfermedades crónicas, incapacidades y traumas agudos, hasta enfermedades psiquiátricas mayores y enfermedades terminales. El personal sanitario interactúa constantemente con experiencias de trauma, muerte, desfiguramiento, vidas en peligro y en ocasiones, son testigos del desgaste y pérdida de las capacidades y funciones consideradas como esencia de la personalidad (como sucede con los pacientes con demencia), donde la empatía e identificación con el paciente pueden llegar a ser difíciles de mantener.

Mientras que la respuesta emocional de los trabajadores de la salud a tales circunstancias es un aspecto importante de su motivación para aliviar la pena y brindar una adecuada atención, según Grau, Suñer y García (2005) puede ocurrir una recarga traumática, debida a la confrontación repetida y dolorosa con el sufrimiento humano y la muerte. Tal recarga traumática y la ansiedad asociada a la cercana interacción con personas en desgracia puede desembocar en determinadas conductas y respuestas emocionales en quienes brindan cuidados

médicos, y pueden tener implicaciones en su capacidad para hacerlo de una forma adecuada, sobre su bienestar emocional y su vida personal.

Hay múltiples factores individuales y ambientales que conducen a situaciones de mayor desgaste profesional y menor satisfacción en el trabajo. Entre los factores individuales relacionados con un menor desgaste profesional, se han estudiado diversos rasgos de la personalidad, como el optimismo, la afectividad, etc. Respecto a los factores ambientales, se ha observado que los trabajadores del sector (como los profesionales sanitarios y docentes), son los que presentan mayores índices de desgaste profesional, insatisfacción, trastornos afectivos y estrés.

Aparentemente, el cansancio emocional como resultado de las experiencias altamente estresantes a las que día con día se expone el personal médico no repercute rápidamente en el bienestar de los trabajadores de la salud, pero puede considerarse como el inicio del desgaste profesional y puede derivar en el síndrome de Burnout. Por esta razón, es importante poner atención al bienestar emocional y no solo laboral del empleado sanitario, ya que su profesión impacta su calidad de vida general y su salud.

CAPÍTULO 4

EL PSICÓLOGO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA DEL ISSSTE.

Después de haber realizado el análisis sobre la inserción institucional de la práctica psicológica, se describirán las funciones profesionales que puede desempeñar el Psicólogo en el Servicio de Urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE. La práctica profesional realizada en dicha institución fue de septiembre del 2009 a septiembre del 2010, a través de un estudio de caso, que se conformó de dos etapas, en la primera se trabajó con la población del servicio de urgencias y en la segunda con el personal de enfermería de dicho servicio.

Uno de los motivos para la realización de la presente investigación fue la interrogante ¿qué funciones y actividades puede realizar un Psicólogo en el Servicio de Urgencias? Siendo que algunos médicos consideraban poco relevante la práctica psicológica, señalando que nunca se había necesitado un psicólogo en dicha área, se sabe de antemano que el saber médico es el predominante, por tanto pareciera que la urgencia solo compete a los médicos.

Cabe señalar que otro de los motivos principales fue que muchos de los profesionales que se incorporan por primera vez al trabajo hospitalario no tienen claridad sobre qué tipo de actividades y funciones pueden realizar. En parte se porque poco se sabe sobre la práctica psicológica en dicha área y que por ser un área reciente de intervención, la información existente es casi nula, sin olvidar el trabajo realizado por García, A. Calderón, M. y Serrano, K. (2010) sobre los Problemas Psicológicos en el servicio de urgencias del Hospital General de Atizapán. Por tal motivo se decidió ahondar poco más sobre dicha temática y así favorecer el trabajo de futuros profesionales.

Para desglosar lo anterior es preciso hacer una breve reseña del Hospital General Tacuba del ISSSTE, y en particular del Servicio de Urgencias, además de describir las características de dicha población.

4.1 Hospital General Tacuba del ISSSTE.

El Hospital General Tacuba del ISSSTE fue certificado como Hospital Amigo del Niño y de la Madre, por la eficiencia y calidad de sus servicios, el Hospital General Tacuba se ha convertido en el primer inmueble en su tipo dentro de la república en alcanzar una doble certificación del UNICEF como Hospital Amigo del Niño y de la Madre. El segundo galardón internacional le fue otorgado el 14 de octubre de manos del doctor José López Rivas, quien destaca que la Recertificación UNICEF con Grado de Excelencia concedida al hospital Tacuba "constituye un reconocimiento a la convicción, el trabajo y la dedicación de más de mil 100 médicos, trabajadores administrativos y personal de apoyo que laboran en uno de los hospitales con mayor prestigio y tradición terapéutica en el país".

Hasta 1936 funcionó como un sanatorio religioso de la orden de las Josefinas, bajo la denominación de Larrañaga. Desde entonces hasta 1981 operó como Sanatorio para Empleados de la Secretaría de Hacienda y a partir del 1 de julio de 1982 hasta hoy como hospital general ISSSTE.

El hospital General Tacuba atiende a alrededor de medio millón de derechohabientes radicados en tres delegaciones políticas del occidente del Distrito Federal y en el Estado de México. Se ha destacado sobre todo por la atención a los grupos más vulnerables: la niñez y las mujeres gestantes.

Gracias a la colaboración de la comunidad médica, del personal de enfermería y de todos los empleados de las áreas de apoyo han podido enfrentarse y vencerse grandes retos. Los niveles de mortalidad y de quejas médicas han bajado de modo notable, redundando en mayor eficiencia y productividad.

"Estos logros -indica Meza Martínez- han sido posibles porque el hospital cuenta con un formidable equipo que día con día se pone la camiseta del ISSSTE para hacer más de lo que le concierne, ofreciendo servicios con calidad y calidez a la población derechohabiente, en un clima de respeto irrestricto de la representación sindical y de los derechos contractuales que les corresponden".
<http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/nosotros/noviembre99/Eficiente%20y%20de%20calidad%20el%20servicio%20en%20el%20Hospital%20General%20Tacuba.html>

4.2 Características del Servicio de Urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE

La incorporación del psicólogo en el servicio de urgencias resulta ser una actividad reciente por lo que la teoría al respecto, así como la información existente es casi nula. Sin embargo, a partir del trabajo realizado en el Hospital General Tacuba del ISSSTE se desarrollará lo siguiente.

De acuerdo con Navarro (1991) el Servicio de Urgencias médicas se encarga de atender casos médicos en que la vida del paciente está de por medio y una dilación prolongada e indebida puede agravar la afección, dejar secuelas o prolongar la muerte. Dicho servicio tiene un horario que cubre las 24 horas del día, durante todos los días del año.

Así mismo, el Servicio de Urgencias es una Unidad Operativa que recibe, califica, admite, evalúa, estabiliza e inicia la atención médica de manera inmediata, de aquellos padecimientos que así lo ameriten, cuya presentación súbita compromete la integridad, la función o la vida del paciente.

El objetivo de este servicio es brindar atención médica oportuna y de calidad a toda persona que presente un problema médico o quirúrgico agudo que ponga en peligro su vida y pueda ocasionar la pérdida de un órgano o de una función. Se busca que el derechohabiente pueda continuar con sus actividades cotidianas.

La admisión del paciente a este servicio se realiza con rapidez suficiente, haciendo la integración del expediente clínico, empero es muy importante sujetarse a las disposiciones reglamentarias establecidas para la selección de casos que ingresan en conminación de urgencias. Ello implica mantener al paciente en observación, con el objeto de que, al aplicarle los servicios médicos de diagnóstico y tratamiento pueda dársele de alta dentro de las siguientes 24 horas o, cuando no se ha llegado a ningún diagnóstico o requiere de acciones médico quirúrgicas de alto nivel, puede pasar a otra institución, hospitalizarse o pasar a la consulta externa para continuar su atención

De acuerdo con García, A. Calderón, M. y Serrano, K. (2010) con la finalidad de hacer más objetivos los sistemas, internacionalmente se ha adoptado un código de colores, que independientemente del sistema que se utilice, divide a los pacientes en cuatro categorías: Rojo con prioridad uno, son pacientes críticos potencialmente recuperables, que requieren atención médica inmediata. Amarillo con prioridad dos, pacientes graves que requieren atención médica mediata, Verde prioridad tres, pacientes con lesiones leves, que pueden postergarse su atención médica sin poner en riesgo su integridad física y Negro prioridad cero, pacientes con lesiones mortales o fallecidos en el lugar.

4.3 Acerca de la población del servicio de urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE

En particular la población del Área de Urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE presenta características similares, es una población con un tiempo de permanencia muy corto, que va de 1 a 4 días y entre sus particularidades están: ser una población adulta que normalmente oscila entre los 40 y 80 años, recurrentemente con problemas crónicos degenerativos y cáncer en sus distintas denominaciones. Sin embargo, muchas de las ocasiones se encuentran problemáticas que se relacionan con cuestiones emocionales, donde encontramos ansiedad, depresión en diferentes grados, estado de crisis, poca adherencia

terapéutica, dificultades en la aceptación de la enfermedad, duelo hacia la muerte y la enfermedad, problemas personales y de alimentación.

De acuerdo con Coronado-Santos, Díaz –Cervera, Vargas-Ancona, Rosado-Franco, Zapata-Peraza y Díaz Talavera (2004); Robinson y Baker (2006) citados en García, A. Calderón, M. y Serrano, K. (2010) entre los principales problemas identificados en el área de la psicología de urgencias se encuentran a las personas con alteraciones en el comportamiento y crisis depresivas, los intentos autolíticos, las crisis histriónicas, los casos de agitación psicomotriz, abuso de sustancias, la comunicación de malas noticias y asistencia a personas víctimas de violencia o abusos, los síndromes orgánicos cerebrales, o patologías orgánicas asociadas como en el caso del VIH, estados y trastornos de ansiedad, como estrés postraumático, fobias, etc.

De esta manera, cabe señalar que los datos reportados por los autores tienen relación con los obtenidos a partir de la práctica en el servicio de urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE, si bien cada servicio de urgencias tiene sus propias particularidades en su población y en enfermedades, el sentido de urgencia tanto física como psicológica se comparten.

A pesar de que resulta importante la participación del Psicólogo en el área de urgencias por todas las problemáticas señaladas anteriormente aún se muestra resistencia para que el profesional en psicología pueda desarrollar un trabajo de calidad en dicha área y un ejemplo de esto es la supremacía médica.

4.4 Funciones profesionales del psicólogo asignadas por el personal médico

Frecuentemente queda poco claro el papel que juega cada uno de los profesionales en el área de urgencias, y hasta donde abarca su campo de trabajo. Siendo así, se puede pensar que no se necesita del trabajo de un psicólogo en dicha área, ya que el personal de enfermería en ocasiones cubre dicha demanda o

incluso en ocasiones lo hace el médico, lo que lleva a que los profesionales en ocasiones se planteen ¿qué hace un psicólogo en el servicio de urgencias, si no se necesita o no se ha necesitado de su servicio? A partir de esto resulta comprensible pensar que las funciones que el personal hospitalario le asigna al Psicólogo son básicamente las correspondientes a una plática para tranquilizar, sugerir y convencer al paciente que los métodos o el tratamiento que es aplicado son los apropiados para preservar su salud o que sean los psicólogos quienes hablen con los familiares acerca de la importancia de aplicar ciertos tratamientos, de tranquilizar, y aplacar tanto a familiares agresivos, como aquellos pacientes en estado de crisis por medio de la plática.

Así los psicólogos se convierten en aquellas personas que sólo platican con los pacientes y familiares, aquí cabría señalar que dicha plática a la que normalmente hacen referencia tanto médicos como profesionales que laboran en el área, tiene ciertas características que la convierten en una plática poco común, donde la escucha activa es el punto central, en tanto la finalidad es indagar la problemática del paciente o familiares, así como las cuestiones ambientales, sociales y culturales que permean al individuo para aplicar ciertas estrategias de intervención, o incluso determinar lo que podría dar solución a la demanda en cuestión.

De acuerdo con García, A. Calderón, M. y Serrano, K. (2010) hasta hace algún tiempo existía el desconocimiento por parte de los profesionales de salud tradicionalmente dedicados a la atención médica, acerca de la labor del psicólogo como elemento facilitador en la optimización de recursos y servicios que se brindan en el área de urgencias, lo que ha obstaculizado la apertura de espacios de actuación del psicólogo, restringiendo los beneficios potenciales de su participación en el equipo multidisciplinario. Sin embargo la psicología empieza abrir espacios de aplicación clínica en los hospitales y en el equipo de salud, aunque en el campo de las urgencias hospitalarias no se ha documentado a fondo el trabajo psicológico.

4.5 Funciones profesionales del psicólogo en el servicio de urgencias

La psicología en el campo de las emergencias se define como la adaptación y aplicación del conocimiento psicológico existente a las situaciones y los servicios de emergencia. En el ámbito hospitalario se ubica en espacios como las salas de espera y los consultorios de urgencias de los hospitales (Lorente, Font y Villar. 2005 cit en. García, A. Calderón, M. y Serrano, K. 2010)

De acuerdo con García, A. Calderón, M. y Serrano, K. (2010) una situación de emergencia trae consigo una serie de repercusiones que desorganizan los aspectos cognoscitivos y emocionales de los individuos. Al momento del evento se deteriora la capacidad de atención y concentración, hay una fuerte sensación de ansiedad, mezclada con sentimientos de ira y tristeza, dichos componentes pueden interferir o dificultar la atención médica efectiva.

La intervención psicológica puede contribuir al triage que es un sistema de clasificación que tiene como fundamento categorizar a los pacientes para decidir su prioridad de atención médica prehospitalaria, transportación, tipo de unidad hospitalaria receptora y atención médica definitiva, bajo los criterios de gravedad y pronóstico de los pacientes y de los recursos para asistir las necesidades de cuidado que requieren. Así la psicología contribuye al triage con el fin de integrar la atención multidisciplinaria desde la primera descripción del padecimiento, observando en caso necesario las áreas de probable intervención, particularmente en aquellos pacientes que describen tener una enfermedad cuya sintomatología puede ser mejor descrita por un trastorno psicofisiológico o psicosomático, es decir aquellos pacientes que son comúnmente clasificados como hipocondriacos o conversivos. (García, A. Calderón, M. y Serrano, K. 2010)

La labor del psicólogo resulta de gran utilidad en el servicio de urgencias al centrarse en la atención directa o indirecta a la atención de crisis o modificación de estados emocionales en pacientes o sus familiares con respecto a un estado

agudo de la enfermedad por diversas causas. Una última dimensión del ejercicio del psicólogo en esta área es la detección y modificación de factores psicosociales que afecten al curso, pronóstico y evolución del problema de salud presente, además de la detección y atención a personas en situación de incidente crítico a las cuales no se les presupone algún trastorno psicológico a priori. (García, A. Calderón, M. y Serrano, K. 2010)

Según Slaikeu (1988) citado en García, A. Calderón, M. y Serrano, K. (2010) los métodos de la asistencia psicológica de urgencia están científicamente fundamentados y se orientan en las concepciones de los primeros auxilios psicológicos, la intervención en crisis y la psicoeducación. Los primeros auxilios se definen como la intervención psicológica en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal, esta estrategia pretende ofrecer apoyo emocional reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos sociales de ayuda (slaikeu, 1988).

CAPÍTULO 5.

FASE I: “PROGRAMA DE APOYO PSICOLÓGICO A LA POBLACIÓN INCIDENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA DEL ISSSTE.”

Objetivo General del proyecto

Describir las funciones profesionales que puede desempeñar el Psicólogo en el área de Urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE desde la lógica institucional.

Objetivo particular: Detectar las funciones profesionales que puede desempeñar el Psicólogo en el área de Urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE al brindar apoyo psicológico a pacientes y familiares.

5.1 Metodología.

Se brindó atención psicológica a 11 pacientes y 7 familiares

El enfoque para la prestación de dicho servicio fue el Cognitivo-Conductual, sin embargo se realizaron algunas modificaciones, que se adaptaran a una forma de trabajo apropiada y efectiva tomando en cuenta las características del servicio y de la población, para dar respuesta a la demanda por parte de pacientes y familiares del servicio de Urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE.

5.1.1 Recepción de casos

La recepción de casos se realizó de la siguiente manera:

- Remisión de casos por el personal médico
- Solicitud de atención psicológica por parte del paciente.
- Detección de casos por medio de la rutina de diaria del servicio

5.1.2 Evaluación

Se realizó una entrevista abierta con la finalidad de obtener los datos demográficos del paciente, necesarios para llenar su expediente, además de ahondar en las características medioambientales, culturales, sociales, económicas, etc., que permean al usuario y a la problemática que pudiera presentar, de esta manera se facilitó la detección para plantear una propuesta de intervención efectiva y que no llevara más de unas horas de trabajo abarcando la demanda de los usuarios, siendo que la población en ocasiones sólo permanece hospitalizada 24 horas, antes de ser dado de alta, trasladado a piso o a otra institución.

5.1.3 Actividades realizadas en lo correspondiente a la Intervención

a) Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

De acuerdo con León, J. Medina, S. Barriga, S. Ballesteros, A. & Herrera (2004) La promoción de la salud y prevención de la enfermedad es lo que supone capacitar a las personas y comunidades para aumentar su control sobre los determinantes psicosociales de su salud, por tanto conservarla y mejorarla.

Tanto la promoción de la salud como la prevención de la enfermedad tienen por objetivo capacitar a los individuos y a la comunidad para controlar los determinantes de la salud, entre los cuales se encuentran el comportamiento y el medio ambiente, tanto físico como social. En el primer caso, instaurado o aumentando aquellos comportamientos que sabemos están asociados, de forma positiva, con la salud (promoción de la salud). En el segundo caso, reduciendo o eliminando aquellas conductas que suponen un riesgo para nuestra salud, así como modificando los factores ambientales que pueden ponerla en peligro (prevención de la enfermedad).

Para estos fines la estrategia más utilizada es la educación para la salud que

podríamos definir como cualquier combinación de actividades de información y de formación dirigidas a examinar de una forma crítica los problemas de salud, informar, motivar, y ayudar a las personas y los grupos a adoptar prácticas y estilos de vida saludables, propugnar los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirigir la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos.

Objetivos de la educación para la salud.

Difundir en la comunidad un concepto integral de salud y la idea de que ésta es un valor fundamental para su desarrollo.

Proporcionar a la población conocimientos sobre factores determinantes de la salud, los riesgos para la salud y los medios para evitarlos.

Aumentar su capacidad para resolver sus problemas de salud mediante el cambio de comportamiento, el desarrollo de hábitos y costumbres sanas, y eliminación de los nocivos. Así los comportamientos que más suelen ser objeto de los programas de educación para la salud son:

- La salud física regular.
- Las prácticas nutricionales
- Los comportamientos de seguridad e higiene del trabajo
- Estrategias para minimizar la tensión y el estrés de la vida cotidiana
- Conductas orientadas a establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales.
- Adherencia a los regímenes y prescripciones médicas.
- Favorecer el desarrollo de servicios sanitarios, potenciando su correcta utilización, así como su calidad y nivel de eficacia.

Lo anterior se realizó con personas que presentaban problemas alimenticios, enfermedades crónico degenerativas y dificultades de adherencia al tratamiento.

b) Aceptación de la enfermedad.

El afrontamiento es un proceso dinámico con líneas de retroalimentación, lo cual significa no sólo que las respuestas de afrontamiento son función de la naturaleza de la enfermedad como acontecimiento estresante de los recursos que el individuo tiene disponibles, y de la situación misma en la que se produce la enfermedad, sino que también son función de las propias respuestas del afrontamiento que se vaya dando a lo largo del proceso. De acuerdo con Pérez y Reicherts (1992) (cit en Rodríguez, J. & Zurriaga, R. (1997) la negación es una respuesta muy común en las primeras fases de enfermedad, sobre todo en el caso de las enfermedades graves. Después sigue una fase de reconocimiento y reorganización en la cual la persona se enfrenta con la nueva situación y reorganiza su vida en función de ella. Que termina en una adaptación y ajuste, o en un fracaso. En este último caso el propio resultado es juzgado como un acontecimiento estresante y potencia el proceso de estrés, sobre todo unido a la conciencia de la ineficacia de los recursos disponibles y de las respuestas dadas.

c) Intervención en Crisis.

La intervención en crisis es un proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, así como los recursos sociales, de las personas afectadas directamente por la crisis para afrontar de manera adaptativa los efectos del stress. Los objetivos principales de la intervención del clínico son:

Amortiguar el evento estresante mediante una primera ayuda emocional y ambiental inmediata o de emergencia y fortalecer a la persona en sus intentos de afrontamiento e integración a través de la clarificación terapéutica inmediata y de la orientación durante el periodo de afrontamiento. (Rubin, B. & Bloch, E. 2001)

d) Trabajo con familiares

Una de las razones para intervenir en las familias es que muchos miembros de la familia se ven afectados por los hábitos de uno o cualquiera de los miembros de la familia. Las evidencias indican que la participación de los miembros de la familia puede aumentar notablemente la efectividad de una intervención. (Tayllor, S. 2003)

Así mismo el trabajo con familiares resulta de gran importancia cuando un miembro de la familia presenta dificultades para aceptar la enfermedad que presenta quien está hospitalizado, cuando dicha enfermedad resulta ser terminal siendo que este estado ocasiona, ansiedad, desesperación, angustia, depresión, etc. De igual manera cuando se deteriora las funciones del organismo, esto implica un cambio y adaptarse al mismo, además de que en ocasiones cuando existe un deterioro de las funciones del organismo, es desgastante para la familia estar al pendiente de su enfermo y saber que su condición de vida será permanente o de larga duración, lo que ocasiona estrés, ansiedad, depresión, etc.

e) Relación entre el profesional de salud y el enfermo.

El tema de la comunicación entre paciente y profesional sanitario es uno de los campos de trabajo relevantes en la Psicología de la Salud y la aportación de la psicología social es central. El análisis de la estructura y dinámica del proceso de comunicación, y de los factores que los facilitan u obstaculizan, es una cuestión que debe considerarse fundamentalmente desde la Psicología Social, en el marco específico de la interacción profesional sanitario-enfermo. Toda relación terapéutica implica un proceso de influencia interpersonal. (Rodríguez, J. 2001)

En este caso cabe señalar que normalmente se encuentran estados de tensión en la relación médico-paciente, son pocos médicos que transmiten un estado de confianza y seguridad al paciente, y constantemente se reciben quejas de los pacientes con respecto a la atención y el servicio que brindan los médicos, en palabras de los pacientes se muestran fríos, indiferentes, incomprensibles, y que debido a eso no realizan bien su trabajo y en ocasiones dan un mal diagnóstico.

Por su parte los médicos al solicitar la ayuda del psicólogo es con la finalidad de mediar la interacción paciente-médico y en ocasiones solicitan del apoyo para informar al paciente o a los familiares sobre el estado actual del paciente y el tratamiento a realizar, señalando así que “se le haga entender al paciente sobre la importancia de su tratamiento” o que el familiar entienda lo anterior, “que se les tranquilice porque se muestran muy agresivos para con ellos, lo que impide que realicen adecuadamente su trabajo”.

f) Adherencia Terapéutica.

De acuerdo con Marks et al. (2008) la adherencia médica puede adoptar varias formas e incluye aquellas que se ocupan específicamente de la medicación, como comprar los medicamentos que el médico recetó, tomar la dosis correcta, tomar el medicamento a las horas correctas, recordar tomar una o más dosis y dejar de tomar el medicamento en el momento indicado. El grado de adherencia varía a través de las distintas formas de conductas recomendadas. En general, la mayoría de las personas no se adhieren a directivas médicas o de cuidado de la salud específicas; o por lo menos no completamente.

Se ha logrado identificar las características sociales del paciente no adherente. En general, cuanto menor sea el apoyo social y cuanto más aislados de la sociedad estén los pacientes, será menos probable que sigan las directivas médicas.

5.1.4 Seguimiento

Esta fase no fue aplicada a todos los pacientes, sólo a aquellos que fueron trasladados a piso y que por decisión propia querían continuar con el tratamiento.

5.1.5 Canalización

Aquellos pacientes que requirieron de un seguimiento o que solicitaban de un tratamiento más duradero, así como aquellos pacientes que requirieron de un

servicio más especializado fueron canalizados a instituciones que podían brindarles dicho servicio tomando en cuenta sus necesidades y demanda, o en su caso eran canalizados con la Psicóloga de la Institución.

5.2 Ruta Crítica.

Se llevó una bitácora de las actividades realizadas en cada visita, así como de cada uno de los pacientes que recibieron atención psicológica.

5.3 Cronograma.

Las actividades de cada visita fueron organizadas de la siguiente manera:

Observación dentro de la consulta de Urgencias.	9:00 am - 10:00 am
Rutina diaria de visita en el pasillo de Urgencias	10:00 am - 11:00 am
Atención a pacientes remitidos por el personal médico	11:00 am – 12:00 am los días martes. 11:00 am – 1:00 pm los días jueves.
Asistencia a las reuniones médicas educativas.	12:00 am - 1:00 pm solo los días jueves

CAPÍTULO 6

FASE II: “PROGRAMA DE ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE TACUBA”

Objetivo Particular.

Detectar las funciones y actividades profesionales que puede desempeñar el Psicólogo en el área de Urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE, al brindar atención psicológica al personal de enfermería.

6.1 Metodología.

El enfoque para la prestación de dicho servicio fue el Cognitivo Conductual, con sus respectivas adaptaciones, por lo que el trabajo terapéutico constó de 3 etapas:

6.1.1 Periodo de evaluación.

Se realizó una entrevista clínica, necesaria para la detección de la conducta problema y las contingencias que la acompañan, así como también se aplicaron escalas, test, etc. cuando fue necesario y la duración de dicho periodo fue de dos a tres sesiones.

6.1.2 Periodo de intervención.

Se diseñó el programa de tratamiento según las necesidades de cada caso utilizando técnicas como: resolución de problemas, entrenamiento en asertividad, reestructuración cognitiva, autocontrol, entrenamiento en relajación, etc. y su duración fue variable.

6.1.3 Periodo de seguimiento.

Conformado por entrevistas, autoregistros, pos-test, todo esto con la finalidad de monitorear la conducta problema para el manejo de posibles recaídas después del periodo de intervención. Sin embargo, no se llevó a cabo con todos los pacientes, por la limitante de tiempo.

6.1.4 Lógica de los expedientes

Se llevaran expedientes psicológicos de cada una de los usuarios(as) con los siguientes apartados:

- **Ficha de Identificación.** Con datos sociodemográficos (edad, género, religión, estado civil) y otra información para contextualización e intervención en el caso (como la existencia de red social de apoyo y las creencias centrales del usuario (a)).
- **Motivo de Consulta.** Con el planteamiento breve de las demandas de consulta del usuario(a) así como sus expectativas de resultados de la terapia.
- **Presentación del caso.** Con el desglose pormenorizado de la situación personal, familiar y/o social con la que interactúa la problemática, conflicto y/o necesidad a atender en la terapia.
- **Cuadro de Análisis Secuencial Integrativo.** Con la descripción de las variables involucradas en la problemática y sus alcances actuales atendiendo a:
 - La descripción de la conducta de interés. (Caracterización de la problemática a atender a nivel motor, cognitivo y fisiológico).

- Las variables estímulo antecedentes. (desglose de las situaciones temáticas, contextuales en las que se presenta la conducta de interés).
 - Las variables estímulo consecuentes. (caracterización de las variables contingentes y no contingentes que actúan en el mantenimiento de la conducta de interés a nivel motor, cognitivo y fisiológico).
 - Las variables del organismo asociadas que interactúan en el mantenimiento de la conducta de interés a nivel físico, cognitivo, personal y social.
-
- **Análisis Funcional.** Con la descripción analítica de las relaciones funcionales existentes entre las variables que interactúan en el mantenimiento de la conducta de interés a través de un periodo de tiempo mínimo de 6 meses.

 - **Hipótesis de trabajo.** Por medio de las técnicas a utilizar en la terapéutica de los usuarios a modo de entrenamiento bajo la fórmula de hipótesis secuenciales se pretende disminuir su nivel de tensión que presentan ante las distintas problemáticas que plantean. Asimismo se incluyen los beneficios de cada técnica en pro del tratamiento.

 - **Ruta Crítica.** Contiene las técnicas a utilizar a modo de entrenamiento desglosadas por Objetivos particulares de sesión (que a su vez componen el objetivo general de tratamiento), número de sesiones requeridas por técnica, actividades de las terapeutas y del usuario(a), actividades externas a la terapia (o tareas) y criterios de cambio

 - **Bitácoras.** Con la narración de lo sucedido en sesión acerca de la actitud general del usuario(a), conducta verbal, insight, etc.

 - **Consentimiento informado.** Será firmado por el usuario(a) y las terapeutas. En esta acta se asegura la confidencialidad de la información

recabada a lo largo de su tratamiento quedando en poder de las terapeutas con la finalidad de proteger la privacidad del usuario.

6.2 Cronograma.

Las sesiones se organizaron de acuerdo a los siguientes criterios:

- 1) Los horarios de atención fueron organizados de tal forma, que se cubriera un periodo de tiempo de 30 minutos de sesión efectiva de trabajo, con diez minutos de tolerancia.
- 2) A las 3 faltas consecutivas, el usuario(a) sería dado de baja del servicio de orientación psicológica, a menos que fueran justificadas.
- 3) A partir de la demanda que se presentó, cada usuario(a) tendría derecho a una sesión por semana los días martes o jueves.
- 4) Los usuarios(as) en coordinación podrían elegir el horario que más beneficiara a sus actividades quedando de la siguiente manera:

USUARIA	HORA DE INICIO	HORA DE TERMINO
7	9:00 a.m.	9:40 a.m.
8	9:45 a.m.	10:25 a.m.
9	10:30 a.m.	11:10 a.m.
10	11:15 a.m.	11:55 a.m.
11	1:00 p.m.	1:40 p.m.

Tabla 1. Horarios de terapia psicológica del día martes.

USUARIA	HORA DE INICIO	HORA DE TERMINO
1	9:30 a.m.	10:10 a.m.
OCUPADO	10:25 a.m.	11:00 a.m.
3	11:00 a.m.	11:40 a.m.
4	11:45 a.m.	12:25 p.m.
5	12: 30 p.m.	1:10 p.m.
OCUPADO	1:15 p.m.	1:55 p.m.

Tabla 2. Horarios de terapia psicológica del día jueves.

6.3 Recursos.

Todos los trípticos, fichas de resumen y recordatorio, inventarios, textos pedagógicos, instrumentos de medición (escalas, test, etc.), cintas de audio y/o video y demás materiales que los usuarios(as) requirieran a lo largo de su tratamiento fueron proporcionados por las terapeutas hasta finalizar la intervención.

CAPÍTULO 7

APORTACIONES DE LAS DISTINTAS ETAPAS DEL PROYECTO A LA PSICOLOGÍA HOSPITALARIA

7.1 Funciones y actividades profesionales del psicólogo que son posibles a partir del trabajo realizado en el servicio de Urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE.

Después del trabajo realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE queda claro que el psicólogo que pretende insertarse en este ámbito, haciendo prácticas profesionales, servicio social, trabajo de investigación, etc. puede desempeñar diversas actividades y funciones profesionales que son posibles de llevar a cabo, como:

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Aceptación de la enfermedad.
- Intervención en Crisis.
- Trabajo con familiares
- Relación entre el profesional de la salud y el enfermo.
- Adherencia Terapéutica.

Dichas actividades y funciones profesionales realizadas, fueron las posibles a partir de las características propias del Hospital General Tacuba del ISSSTE y de la organización que maneja dicho establecimiento. Así como a partir de las características de sus instalaciones.

En cuanto al trabajo realizado con el personal de enfermería, fue posible desarrollar la terapia psicológica desde el enfoque cognitivo-conductual adaptándose a las características particulares de la población y de la misma institución, la finalidad siempre fue cubrir la demanda de los pacientes tomando en cuenta los lineamientos de la misma institución.

Sin embargo hay que recordar que existen diversas características latentes en el servicio de urgencias, como son: el tiempo de permanencia de los pacientes, que es de corta duración, no hay privacidad, son constantes los estados de crisis, angustia, depresión, ansiedad, muerte, etc. que no pueden ser pasados por alto. Es importante tomar en cuenta dichos aspectos para favorecer exitosamente, la realización de la terapia psicológica, adaptándola a dichas características.

7.2 Funciones profesionales del psicólogo propuestas a partir del trabajo realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE.

Cabe señalar que existen otras actividades y funciones que puede desempeñar el psicólogo en el Servicio de Urgencias de un hospital y no sólo las mencionadas anteriormente. La demanda por parte de pacientes, familiares, profesionales, médicos, etc. es amplia, desafortunadamente, no fue posible abordar todas las problemáticas presentes, ya sea por cuestiones de tiempo, espacio, ambiente, etc. Así entonces quedaron pendientes diversas actividades por realizar.

Anteriormente se señaló que una característica de la población del servicio de urgencias es que normalmente se encuentra en crisis, sin importar la problemática que presenten. Dicha situación nos lleva a que los pacientes en algunas ocasiones se molesten por el tiempo que tardan en atenderlos, pero esa molestia trae consigo diversos aspectos de orden psicológico, estrés pos traumático, ansiedad, agresividad, etc., además de que en muchas ocasiones consideran que su enfermedad o molestia física es de prioridad inmediata, aquí sucede lo siguiente: la institución maneja diversos colores de atención prioritaria, claro está que aquellas personas que tengan riesgo de perder la vida o algún órgano serán atendidas inmediatamente, a comparación de aquellas que lleguen con una infección estomacal.

No estaría de más ahondar en ello y dar respuesta tanto a la demanda de la población abarcando todos aquellos aspectos psicológicos presentes, como a la demanda de la misma institución y así facilitar o agilizar la atención a la población concurrente.

Por otra parte dentro del mismo servicio de urgencias se encuentra otra área de gran relevancia “las urgencias pediátricas”, donde persiste un estado de crisis y angustia, tanto en los familiares como en los niños, además de estrés, ansiedad y angustia, por lo que la intervención psicológica en dicha área resulta importante, siendo que es un área aun no tratada desde la perspectiva psicológica. Lo anterior se concluye a partir de las observaciones realizadas al iniciar el proyecto de investigación.

Otra de las áreas no abarcadas y de gran relevancia que corresponde a la atención de urgencias, es el área de terapia intensiva, la situación de los pacientes es aún más crítica y una constante con la que hay que lidiar es la amenaza de muerte o incluso la muerte, o la pérdida de funciones vitales. De acuerdo con Carrillo, R & Carrillo, J. (2006) la terapia intensiva pretende salvar la vida de enfermos, que sin ésta y con los cuidados estándares de atención hospitalaria morirían. Además señala que la UTI (unidad de terapia intensiva) no solamente debería brindar cuidados curativos sino que también se requiere de una gran cantidad de procedimientos y cuidados paliativos. Por otra parte comentan Carrillo, R & Carrillo, J. (2006) que la UTI es un lugar donde se toman más decisiones relacionadas al final de la vida lo que ha cambiado radicalmente el modelo de atención médica, del paternalismo y toma de decisiones unilaterales, al de autonomía y autodeterminación del enfermo y familiares, lo cual ha impactado en la limitación del uso de tecnologías que prolongan la muerte más que facilitar la recuperación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los cuidados paliativos como el cuidado integral de los pacientes cuya enfermedad no es susceptible a

tratamiento curativo. El control del dolor y otros síntomas así como el abordaje que integre los aspectos psicológicos, sociales, espirituales y familiares son fundamentales para la paliación y están encaminados a mejorar la calidad de vida de los pacientes y su bienestar, así como la interrelación del equipo médico con los familiares.

Los cuidados paliativos en la UTI:

- Están encaminados al manejo del dolor y otros síntomas (delirio, disnea, tos, etc.).
- Afirman el concepto de vida y definen a la muerte como un proceso natural.
- No intentan retardar o acelerar el proceso de muerte.
- Integran al apoyo psicológico y espiritual al proceso de atención.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar al paciente a vivir activa y dignamente hasta su muerte.
- Apoyan a la familia en el conocimiento de la enfermedad y del proceso de morir.
- Requieren de un grupo multidisciplinario.
- Deberán de aplicarse desde el inicio de la enfermedad y en muchas ocasiones, sobre todo en el ambiente de la UTI, están asociadas a medidas de apoyo vital.
- Se basan en los principios de: preservación de la vida (calidad), no maleficencia (primero no hacer daño), máximo beneficio, autonomía de decisión, alivio del sufrimiento y distribución justa y equitativa de los recursos.

Luego entonces, sería pertinente la intervención del psicólogo en la Unidad de Terapia Intensiva, como parte de la pretensión multidisciplinaria.

Además de lo anterior, se podrían realizar pláticas informativas con familiares, al igual que con pacientes sobre diversos padecimientos y situaciones entre ellos, hábitos, alimenticios, adherencia terapéutica, cuestiones de tanatología, ansiedad, depresión, etc. Por otra parte se encuentra la intervención enfocada a la relajación y a disminuir el estado de estrés y ansiedad ante la enfermedad, por medio de diversas técnicas y estrategias de corta duración y que puedan ser

funcionales. De acuerdo con Marks, D. Murray, M. Evans, C. Woodall, C. Sykes, C. (2008) es posible demostrar que el estrés es un factor importante que influye en la susceptibilidad ante la enfermedad, entonces existe la posibilidad de que las intervenciones diseñadas para reducir el estrés inevitable, puedan disminuir la frecuencia de enfermedades y ayudar a la recuperación de los que ya están enfermos. Se ha demostrado que la gente que experimenta estrés es más propensa, que quien no lo experimenta.

El trabajo sobre la relación médico paciente no puede dejarse de lado, a pesar de que en este proyecto de investigación no se abordó como tal, es de gran importancia ahondar poco más siendo una constante que limita la adherencia terapéutica.

Por otra parte García, A. Calderón, M & Serrano, K. (2010) a partir del trabajo realizado en el servicio de urgencias del Hospital General de Atizapan, señalan que más del 80% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias requieren atención psicológica por diversas causas:

- a) Una crisis, que a vista de cualquier profesional de salud requiere de atención psicológica y no médica y donde es necesario que el paciente reencuentre el curso normal de su vida.
- b) Por descomposición de una enfermedad crónica preexistente y que al revisar sus hábitos y habilidades cognitivas y conductuales se hace evidente una forma de apego al tratamiento y a una falta de apego al tratamiento y una necesidad por aprender habilidades específicas para el manejo de su enfermedad.
- c) Se detecta en la mayoría de los casos un componente agudo de estrés psicológico por la sorpresa en la situación, la posible gravedad, en el estilo de vida y el desajuste de las condiciones “normales” de vida.
- d) En un interrogatorio específico se identifican los factores de riesgo conductuales, cognitivos y emocionales que interfieren en la enfermedad

pero que interfieren en el estilo de vida del paciente y que probabiliza el desarrollo de otras enfermedades asociadas.

7.3 Aportaciones a la Psicología Hospitalaria

Finalizado el proyecto de investigación, se considera que las aportaciones realizadas a la psicología hospitalaria son las siguientes:

- Ha contribuido a mejorar la calidad de la asistencia y la satisfacción de los usuarios desde el campo de la psicología. Trabajando con el enfermo, la familia y/ o su red social y los profesionales de la salud (Lozano, 2006)
- Ha promovido en la institución el trabajo profesional del Psicólogo y la relación con otros profesionales de la salud. (Lozano, 2006)
- Puede favorecer a futuros profesionales para que solucionen problemas cotidianos que competen al psicólogo en el servicio de urgencias de un hospital.
- Dicho reporte puede brindar a futuros profesionales que decidan insertarse en el servicio de urgencias e interesados en el tema, un panorama general, sobre las actividades y funciones profesionales que son posibles de realizar en el área de urgencias del Hospital General Tacuba del ISSSTE.
- Puede proporcionar datos relevantes para favorecer la realización de futuros proyectos de investigación que se relacionen con el tema.

7.4 Análisis de la implicación

Después de abordar en extenso la información obtenida del proyecto de investigación, resulta importante desglosar lo que se ha podido rescatar durante las 3 entrevistas a profundidad realizadas con una psicoanalista, sobre mi implicación en las prácticas hospitalarias del servicio de urgencias en el hospital General Tacuba del ISSSTE. A partir de la escucha de la psicoanalista se ha podido realizar una re significación del proceso que implicó esta estancia y de la

manera en que me involucre en el mismo. Por tanto se presenta la información que se considera puede ser rescatable y que hace aportaciones a la práctica hospitalaria, siguiendo la línea de trabajo de la investigación realizada.

Fantasías, deseos y motivaciones que permean la práctica hospitalaria

En este rubro se pueden apreciar algunos aspectos relevantes y son el “sueño médico” “la indiferencia” y “la psicología” al mismo tiempo es delimitar la relación existente entre dichos puntos. En primer lugar es señalar mi constante insistencia por estudiar medicina, ese sueño que permaneció desde hace mucho tiempo, para llegar a estudiar psicología y a pesar de mi rechazo por la carrera y la indiferencia que mostraba sin ser realmente tan indiferente, continúe en algo que posteriormente me llevaría a un hospital. Ya en las prácticas hospitalarias surge esa emoción del sueño médico, y al mismo tiempo una confrontación con dicho saber, siendo que es necesario tener presente que un psicólogo no es un médico, y que por lo tanto no tienes que comportarte como tal, es cuestión de asumir que no somos médicos.

Confrontación de las fantasías, deseos y motivaciones con lo que implica la práctica hospitalaria desde un enfoque psicológico.

Después de señalar lo anterior, durante la práctica hospitalaria y dentro de lo que fue el Servicio de Urgencias específicamente se pusieron de manifiesto todos estos sucesos, deseos, fantasías y motivaciones de ese sueño médico anhelado dentro de un hospital y particularmente en el servicio de urgencias. Sin embargo, ahora viendo todo desde otro saber y otra línea de trabajo que si bien tiene relación con la medicina, queda claro que los principios de la psicología no son los mismos.

El hecho de ser psicólogo dentro de una institución hospitalaria tampoco fue nada sencillo y mucho menos por la constante de prisa, estrés, enfermedad, angustia,

frustración, depresión y muerte, etc, además de la posible transferencia hacia los pacientes, de los miedos personales y familiares. Así como la incertidumbre, la puesta en duda de la capacidad profesional, el desconocimiento de lo médico y de la supremacía persistente de un saber que predomina cuando de enfermedad o salud se habla.

Por tanto después de dicha práctica y de tener mayor claridad sobre las actividades y funciones profesionales que puede desempeñar un psicólogo en el servicio de urgencias, la duda, la incertidumbre se ven reducidas, de esta manera es posible defender la profesión psicológica en un ambiente donde se nos considera innecesarios.

CONCLUSIONES

El campo de la salud, tradicionalmente territorio médico, se abrió a la participación de otros profesionales, entre ellos el psicólogo, desde los años 70 fecha en la cual la OMS plantea la redefinición de la salud y el cambio del modelo biomédico al biopsicosocial. En México, esta participación se ha visto limitada por el lento avance de la aplicación del modelo biopsicosocial en la atención de la salud, debido sobre todo a que existe una contradicción importante entre éste y el avance de la especialización y la tecnología en el campo de la medicina mismos que se privilegian en las escuelas y facultades de medicina y con ello médicos y enfermeras no reciben la formación que les permita ser sensibles a las problemáticas psicosociales y subjetivas de sus pacientes, a la tarea del psicólogo en las mismas. (Lozano,2006)

A pesar de que el campo de la salud se abrió hacia otros profesionales, como se mencionó en el párrafo anterior, se han encontrado grandes dificultades para el desarrollo de la profesión dentro de un hospital, un ejemplo de ello es que, si se revisa la Ley de salud pública, hay una sola referencia a los procesos psicológicos, específicamente en el título quinto (Investigación para la salud), capítulo único, artículo 96, fracción I, y nada más tal como lo refiere Piña, J. (2004.) luego entonces, pareciera ser de poca importancia las aportaciones psicológicas que se pudieran realizar, siendo que todas las actividades de la mal llamada atención médica (cuando en su defecto debería llamársele atención de y para la salud) que se consideran en la Ley, son exclusivas de los médicos.

En cuanto a facilidades de desarrollo, encontramos que la institución brinda lo necesario a los médicos pero no así a los psicólogos, normalmente es una cuestión de no hagas ruido, vuélvete invisible, no pidas recursos, etc. y trabaja con lo que la institución de antemano te brinda. Aquí cabe señalar que si bien la institución salud ha sido creada en base a un saber en particular que es el médico, y que las instalaciones son específicas para su desenvolvimiento y desarrollo, el

psicólogo queda fuera, con diversas limitantes para llevar a cabo la atención psicológica pertinente y demandada por la población, un ejemplo de ello es la falta de privacidad, de espacios y la dificultad de realizar un trabajo multidisciplinario. A partir de esto, cabría preguntarse ¿Qué es lo que puede hacer el psicólogo para desenvolverse en un ámbito donde la institución y las instalaciones han sido creadas a partir del saber médico? De antemano en la investigación realizada, si bien no se da una respuesta a dicha interrogante, se menciona que el psicólogo puede desempeñar diversas actividades y funciones como profesional, empero todas ellas delimitadas a partir de lo que la misma institución permite.

Como ya se había señalado la práctica psicológica en un hospital y en particular en el Servicio de Urgencias, no es algo simple, el psicólogo se enfrenta a diversas limitantes, entre ellas el espacio, el tiempo, el ambiente, así como la constante dificultad de formar un equipo multidisciplinario por las diferencias tan evidentes de las acciones realizadas por médicos y psicólogos. Además queda claro que institucionalmente el saber médico es el predominante, luego entonces ¿realmente no es necesaria la práctica psicológica en un hospital? Y por tanto ¿el campo de trabajo del psicólogo solo debería de enfocarse a la selección y reclutamiento de personal?

Es notable la dificultad que presenta el profesional en psicología al insertarse en un espacio que ha sido tradicionalmente enfocado para atender lo biológico de las enfermedades y en el que la parte emocional y subjetiva de las mismas, no es reconocida o en el peor de los casos es rechazada. En cuanto a la claridad epistémica, no estaría de más preguntarse ¿somos ciencias de la salud y si sí, hacemos medicina conductual?

Otra dificultad persistente es que no está claramente establecido el papel del Psicólogo, ni para el personal de salud y en ocasiones tampoco para los estudiantes de psicología. Esto da pie a que “el otro” te ponga en el lugar donde te puede pensar. Así entonces sería necesario realizar un debate, análisis y trabajo

epistemológico sobre qué es lo que nos corresponde y desde que marco teórico, además de retomar si ¿la plática es una de las funciones que le corresponden al psicólogo y si es así qué es lo que la hace diferente? También sería pertinente abordar las diferentes formas en cómo la Psicología ha construido su objeto de intervención en lo institucional y cómo es que convergen la institucionalización de la profesión médica y la profesión psicológica. Luego entonces aún queda mucho por recorrer en la investigación hospitalaria y en particular en el servicio de urgencias. Sabemos de la existencia del psicólogo en el hospital, que atiende a la población en general, pero poco se sabe de la práctica psicológica en las áreas que conforman dicho hospital. Lo que lleva a plantear si ¿la psicología ya es una profesión institucionalizada en el hospital?

BIBLIOGRAFIA

Aguado, I. (2005) *Participación Política y Género*. Tesis para obtener el grado de Doctor en Educación por la UPN (sin publicar)

Amigo, V. Fernández, R. y Pérez, A. (1998) *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid; Pirámide.

Bellak, L. (1993). *Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia*. México; Manual Moderno.

Carrillo, R & Carrillo, J. (2006) Cuidados paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva. *Revista mexicana de anestesiología*. 29 (1). 151-155.

Clasificación de las Instituciones de Salud INEGI (2005) <http://e-mexico.gob.mx/documents/29752/74589/Clasificacion-de-instituciones-de-salud.pdf>

Eficiente y de calidad, el servicio en el Hospital General Tacuba
[e- mexico.gob.mx/documents/29752/.../Servicios-de-salud-en-Mexico.pdf](http://e-mexico.gob.mx/documents/29752/.../Servicios-de-salud-en-Mexico.pdf)

Espada, S.J.; Olivares, R.J. y Méndez, C.F. (2005). *Terapia Psicológica*. Madrid; Pirámide.

García, A. Calderón, M. y Serrano, K. (2010) Problemas Psicológicos en el servicio de urgencias del Hospital General de Atizapán. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* (13) 1. Pp 18-33.

Goldstein, W (2001) *Iniciación a la psicoterapia*. Madrid; Alianza editorial. Pp 61-64.

Gomes, M. (2002) Servicios de Salud en México, Indicadores de Cobertura y Uso de Servicios* FLACSO/México Trabajo presentado en el XIII Encuentro de la asociación Brasileña de Estudios poblacionales.

<http://e-mexico.gob.mx/documents/29752/.../Servicios-de-salud-en-México.pdf>

Grau, A. Suñer, R & García, M (2005) Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales Unidad de Calidad, Formación e Investigación. Hospital de Figueres 19(6):463-70.

<http://www.scielosp.org/pdf/gsv19n6/original6.pdf>

Hernández, A. (2010) *Algunas aportaciones del Psicoanálisis para el desarrollo de las funciones del Psicólogo clínico*. Tesis para obtener el título de Licenciado en psicología. Centro ELEIA: Actividades Psicológicas.

Hernández, J. (2001) *Psicología Social de la Salud*. Madrid; Editorial SINTESIS.

Hernández, L. Palomino, L. (2003) Intervención Hospitalaria: Una aproximación desde la Psicología de la Salud. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 6(3)

Kleinke, C (1998) *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao; Descleé De Brouwer. Pp- 195-198.

León, J . Medina, S. Barriga, S. Ballesteros, A. & Herrera ,I (2004). *Psicología de la Salud y de la calidad de Vida*. Barcelona; Editorial UOC.

Londoño, C. Valencia, S. Vinaccia, S. (2006) El papel del Psicólogo en la Salud Pública. *Psicología y Salud*. (16) 2, pp 199-205.

Lozano, L. (2006) La formación de los Psicólogos para trabajar en Hospitales. *Revista SEFΨ*. (9) 1-2. Pp, 53-63.

Marks, D. Murray, M. Evans, B. Willig, C. Woodall, C & Skykes, C. (2008) *Psicología de la Salud: Teoría, investigación y práctica*. México: Manual Moderno.

Matarazzo, J. (1994) Conducta y Salud: Integración de la ciencia y la práctica en Psicología y Medicina, Un siglo después. *Psicología Contemporánea*. 2(1) Pp. 16-31.

Navarro, P (1991) *Hospitales, normas y procedimientos*. México; Trillas.

Niveles de atención en salud. <http://es.scribd.com/doc/23343816/NIVELES-DE-ATENCION-EN-SALUD>

Oblitas, L. (2006) *Psicología de la Salud*. México; Plaza y Vales.

Olvera, J. Soria, M. (2008) La importancia de la Psicología de la salud y el papel del Psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados de VIH. (11) 4. Pp 149-158.

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol11num4/Vol10No4Art9.pdf>

Palomino, L. (1999) *El Grupo Operativo como Dispositivo Diagnóstico en el Personal Directivo de Servicios de Salud*. Tesis para obtener el grado de Maestría en Investigación de Servicios de Salud por la UNAM FES Iztacala.

Pérez, F. Abarca, J. (2001). *Un Modelo de Hospital*. España; Ars Médica.

Piña, J. (2004). La Psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades Perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. (4) 1, pp. 191-205

Piña, J. (2004.) La Psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades Perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. (4) 1, pp 191-205.

Programa nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud

portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/sala_prensa/ley_general_salud.pdf

Rodríguez, M. (1997) La inserción del psicólogo en el campo aplicado. *Psicología y Ciencia Social*. (5)2. Pp 11-19.

Rodríguez, J. (2001) *Psicología Social de la Salud*. España; Síntesis.

Rodríguez, J.Zurriaga, R. (1997) *Estrés, Enfermedad y Hospitalización*. España; junta de Andalucía.

Rubin, B. & Bloch, E. (2001) *Intervención en crisis y respuesta al trauma: Teoría y Práctica*. España; Desclée De Brouwer.

Schvaestein, L. (1995) *Psicología Social de las Organizaciones*, Buenos Aires; Paidós.

SECRETARÍA DE SALUD, MEMORIA DOCUMENTAL: APORTES NORMATIVOS EN EL EJERCICIO DEL DERECHO DE LA SALUD (2001-2006)

<http://portal.salud.gob.mx/descargas/doc/12.doc>

Taylor, S. (2003) *Psicología de la Salud*. México; Mc Graw Hill.

Temes, J. Pastor, V. Díaz, J. (1992) *Manual de Gestión Hospitalaria*. España; Interamericana Mc Graw Hill.

Trejo, M. (2001) *Psicología de la Salud en México: Estilos de vida y hábitos de salud*. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. UNAM. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.