



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

IZTACALA

Funciones y escenario de acción del psicólogo de la salud en el primer nivel de atención en México

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

MÓNICA NÁJERA CHALÉ



DIRECTORA: MTRA. BLANCA LEONOR ARANDA BOYZO
ASESORES: MTRO. FRANCISCO JESÚS OCHOA BAUTISTA
LIC. EMILIANO LEZAMA LEZAMA

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MÉXICO 2013



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

Este logro va dedicado para
mi pequeñito Fabián Alessandro
quien desde su llegada me ha
dado la motivación para terminar
este gran proyecto y me impulsa cada
día a seguir cumpliendo mis sueños,
te amo tanto hijo mío.

A las dos personas que me dieron la vida,
quienes con gran esfuerzo me permitieron
llegar hasta donde estoy ahora, me impulsaron
y dieron las bases para lograrlo.
Y muy en especial a mi madre quien nunca
dejo de creer en mí y con su dedicación, sacrificio
y amor me permitió lograr este sueño y muchos más.

A mi tan amado Adolfo quien
con todo su apoyo y amor ha
estado conmigo acompañándome
en los momentos más difíciles
de mi vida y me ha impulsado
para seguir en este gran trayecto
y nunca me ha dejado caer.

A mis queridos hermanos Angel, Carlos y Valeria, de quienes he tenido su apoyo incondicional y a quienes llevo siempre presentes.

A mi gran asesora Blanca Aranda Boyzo quien, me ha apoyado y guiado durante este gran trayecto, a ella mi más sincera gratitud.

A mi familia, abuelos, tíos, primos, suegros y amigos quienes han creído en mí y me han apoyado durante este trayecto, así como también en diferentes momentos de mi vida y han forman parte importante de ella, a todos ellos mis más sinceros agradecimientos.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1: Concepciones de Salud y Enfermedad	5
1.1 Antecedentes históricos del proceso de salud/enfermedad	6
1.2 De un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial	13
Conceptos de Salud	19
Capítulo 2: ¿Qué es la psicología de la salud?	24
2.1. Antecedentes y surgimiento de la Psicología de la Salud	26
2.2. Definición	33
2.3. Surgimiento de la Psicología de la Salud en México	38
Capítulo 3: Organización del Sistema de Salud en México	41
3.1 Antecedentes del Sistema de Salud en México	41
3.2 Organización del Sistema de Salud en México	44
3.3 Atención Primaria de la Salud	49
3.4 Trabajando desde el primer nivel: Programas en el primer nivel de atención	54
Capítulo 4: Funciones del Psicólogo de la Salud	65
4.1.Áreas de intervención del psicólogo de la salud	65
4.1.1. Promoción de la salud y prevención de enfermedades	65
4.1.2. Relación médico-paciente	69

4.1.3. Mejora del sistema de cuidado de la salud	75
4.1.4. Adherencia terapéutica	77
4.2. Funciones del psicólogo de la salud	80
Capítulo 5: La actividad del Psicólogo de la Salud en México	90
5.1 Escenario real del Psicólogo de la Salud	90
5.2 Programas de intervención que ha hecho el psicólogo y su eficacia	93
5.3 Experiencia profesional en el escenario real de acción del psicólogo de la salud.	118
Conclusiones	124
Bibliografía	131

Resumen

En el presente trabajo se lleva a cabo un recorrido histórico sobre la evolución que ha tenido la psicología de la salud, iniciando con las diferentes concepciones que se han generado con respecto al proceso de salud enfermedad y los diferentes modelos explicativos de dicho proceso que se han generado a lo largo de la historia.

Posteriormente se exponen los antecedentes de la psicología de la salud, para poder hacer una recopilación de las diversas definiciones que se han hecho con respecto a la psicología de la salud. Y se da cuenta del surgimiento de la psicología de la salud, así como también de su surgimiento específicamente en México.

Enseguida se presenta la organización del Sistema de Salud en México, así como sus antecedentes y como hasta hoy en día se han consolidado. Por otra parte se hablara de los diferentes niveles de atención de dicho sistema, así como también se mencionaran los programas que se han llevado a cabo en el primer nivel de atención en México ubicando la colaboración de los psicólogos de la salud en dicho nivel.

Posteriormente se habla de las áreas de intervención del psicólogo de la salud, como lo son la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la relación médico paciente, la mejora del sistema de cuidado de la salud y la adherencia terapéutica. Así como de las funciones que dicho profesional lleva a cabo en cada una de estas áreas de intervención.

Y finalmente se expondrá una investigación acerca de la actividad del psicólogo de la salud en los escenarios de acción en México y los programas de intervención que dicho profesional ha llevado a cabo, para poder llevar a cabo un contraste de dicha información, con el reporte de práctica profesional en un escenario real de acción que se llevó a cabo en el Centro de Salud "Lázaro Cárdenas II".

Introducción

El hombre siempre ha tenido un interés por conocer lo referente a la salud y por el contrario a la enfermedad, es por tal motivo que estos dos conceptos han sido tema de discusión y también se han ido modificando con el paso del tiempo, debido a las limitaciones que los mismos conceptos tuvieron en algún momento específico, para poder dar respuesta a las problemáticas de salud que en cierto momento aquejaban a la población.

La definición inicial que se tenía de salud, hacía referencia solamente al estado biológico de la persona, dejando a un lado otros factores, como lo son los psicológicos y sociales, sin embargo como ya se menciona con el paso del tiempo se tuvo la necesidad de modificar dicho concepto ya que resulto ser insuficiente para dar explicación a los acontecimientos que en ese tiempo ocurrían, puesto que las enfermedades que aquejaban a las personas pasaron de ser infecciosas a enfermedades de tipo crónico. Y los profesionales de la salud, los encargados de combatir estos males, eran los médicos quienes aparentemente eran los únicos que podían curar los malestares que aquejaban a las personas. Sin embargo dichos profesionales ya no podían dar explicación al surgimiento del nuevo tipo de enfermedades que azotaban a la población.

Es entonces que surgió un nuevo concepto de salud en el cual ya no solamente importaba el aspecto biológico, sino también, lo social y psicológico. Y por tal motivo se dio pie al surgimiento de un nuevo enfoque el cual pudiera dar explicación al proceso de salud y enfermedad, dicho modelo es conocido como “biopsicosocial” del proceso de salud-enfermedad.

Y con dicho cambio de modelo también se pudo dar la apertura a que otro profesional incursionara en el ámbito de salud, dicho profesional es el “psicólogo”, ya que si bien, los temas referentes a la salud y la enfermedad eran exclusivos de los médicos, con el cambio de modelo tuvo cabida el psicólogo.

Aunque el camino que había que recorrer no era nada fácil, pues si bien durante muchos años el campo de la salud era exclusivamente de los médicos, la inserción de un nuevo profesional a dicho cambio era algo

complicado y aun más puesto que el psicólogo no era considerado como un profesional del campo de la salud.

Sin embargo los esfuerzos llevados a cabo por los psicólogos que aquella época y el interés que pusieron en el tema del proceso de salud enfermedad, los llevo a que se diera el surgimiento de una nueva área de la psicología la cual sería denominada como “Psicología de la Salud”.

La psicología de la salud surge en el año de 1970 y se reconocer formalmente como un área de la psicología en 1978 y con respecto a su definición existen varias expuestas por diversos autores, sin embargo todas coinciden en el interés por el cuidado de la salud.

Y en lo que respecta a México, el surgimiento de la psicología de la salud y la evolución que ha tenido ha sido aun más lento, puesto que si bien es una área relativamente joven, es de esperarse que en México lo sea aun más y que la información que se tenga al respecta sea escasa sin embargo, sin embargo es un área que en México comienza a ser del interés de psicólogos, pero en el escenario real de acción el psicólogo de la salud, aun es algo confusa su participación, además de ser algo complicada la inserción de dicho profesional de la salud en dichos escenarios.

Es por tal motivo que el presente trabajo pretende hacer un recorrido histórico de la evolución que ha tenido la psicología de la Salud para poder dar cuenta de las funciones de dicho profesional en el escenario real de trabajo en el primer nivel de atención en México.

En el primer capítulo se llevara a cabo un recorrido acerca de la evolución que ha tenido el proceso de salud enfermedad, describiéndolo en diferentes momentos históricos y los diferentes modelos explicativos sobre el proceso de salud enfermedad, así como la evolución que se da de concebir dicho proceso desde un modelo biomédico a concebirla desde un modelo biopsicosocial. Para finalmente hacer una recopilación de las diferentes concepciones que se han tenido sobre el concepto de salud.

El segundo capítulo nos habla acerca de los acontecimientos que antecedieron y facilitaron el surgimiento de la psicología de la salud, para después poder dar cuenta de su surgimiento, donde es que inician los primeros esfuerzos e interés por el surgimiento de dicha área de la psicología y como es que se da el surgimiento de dicha disciplina en el resto de los países o por lo menos de los países de los cuales se tiene información. Para finalmente concluir con el surgimiento de la Psicología de la Salud en México.

Así mismo se lleva a cabo una recopilación de las diversas definiciones que se han realizado sobre el concepto de Psicología de la Salud,

Por otra parte en el tercer capítulo se presenta la organización que tiene el Sistema de Salud en México, así como también los antecedentes de dicho sistema y como es que hasta hoy en día se ha consolidado, describiendo su estructura y los diferentes niveles de atención que existe. Centrándose en el primer nivel de atención, describiendo que es lo que se lleva a cabo en dicho y posteriormente se da una descripción de los esfuerzos y los programas que se han llevado a cabo en el primer nivel de atención en México, ubicando la colaboración de los psicólogos de la salud en dicho nivel.

El cuarto capítulo habla sobre las funciones del psicólogo de la salud, comenzando por las áreas en las cuales interviene de dicho profesional, como lo son en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades, así como en la relación médico-paciente, en la mejora del sistema de cuidado de la salud y en la adherencia terapéutica. Para después poder hablar de las funciones que lleva a cabo en las diferentes áreas de intervención.

Para el capítulo cinco se llevo a cabo una investigación acerca de la actividad del Psicólogo de la Salud en los escenarios de acción en México, así como de los programas de intervención que ha llevado a cabo dicho profesional, para poder contrastar la información obtenida de dicha investigación, con el reporte que se presenta de la experiencia de práctica profesional en un escenario real de acción que fue llevada a cabo en el Centro de Salud “Lázaro Cárdenas

1. CONCEPCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD

En un principio el hombre comenzó a identificar momentos en los que experimentaba cierto tipo de sensaciones como lo son el malestar y por el contrario momentos en los cuales además de no experimentar molestias sentía una sensación de bienestar. Es por tanto que debido a la necesidad de expresar lo que sentía en dichos momentos, el hombre comenzó a simbolizar lo que sentía, es decir empezó a utilizar palabras que le permitieran comunicar lo que en dichos momentos percibían y experimentaban las personas sin embargo esta simbolización fue determinada por los mecanismos lingüísticos pertenecientes a cada región.

Este interés que el hombre ha tenido por conocer todo lo referente a la salud así como a la enfermedad, ha sido tema de discusión puesto que con el transcurso de los años estos dos conceptos se han ido modificando diversos factores como lo son las condiciones de vida de un pueblo o una región, la política, las ideas de cada época, la economía y las limitación de los mismos conceptos y que en algún momento dichos conceptos resultaron insuficientes o fueron poco aceptados.

Son muchas las definiciones que podemos tener con respecto al concepto de salud y enfermedad las cuales están influenciadas por los personajes más destacados de cada época sin embargo hay que mencionar que cada una de estas definiciones ha contribuido de alguna manera en el campo de las ciencias sociales y biomédicas. Es por tal motivo que haremos un recorrido histórico de lo que se consideraba en un principio con respecto al proceso salud/enfermedad y posteriormente una recopilación de algunos de los conceptos que han existido con respecto a la salud y a la enfermedad a lo largo del tiempo.

1.1. Antecedentes históricos del proceso de salud/enfermedad

Comenzaremos por hacer un recorrido en lo que respecta al proceso salud/enfermedad del cual Gómez (2003) lo describe en diferentes momentos históricos, y son presentados a continuación:

- *Proceso de salud/enfermedad en las sociedades esclavistas:*

Se dividen en dos fases, en las cuales surgieron grandes culturas, que dieron importantes aportes que permitieron que se construyeran algunas de las orientaciones de salud pública que existen en la actualidad.

La primera de estas fases fue denominada esclavismo antiguo, en dicha fase surgieron culturas tales como la China, India, Mesopotámica y Egipcia.

En lo que respecta a la cultura China durante el milenio III y II antes de nuestra era, se tenía una concepción del organismo según la cual este era un mundo en miniatura y los procesos de este organismo estaban relacionados con elementos como el fuego, la tierra, el agua, la madera y el metal. También tenían algunos elementos de salud pública como las dietas, la planificación de los horarios de trabajo y descanso e hidroterapia. Así mismo, conocían el funcionamiento de ciertos elementos anatómicos como el corazón, quien estaba encargado de impulsar la sangre; y se realizaban exámenes de los orificios naturales de la orina y de las heces fecales.

En lo que respecta a la cultura India del milenio IV al III antes de nuestra era, se creía que el proceso de salud enfermedad era el resultado de la interacción de ciertos elementos en el organismo, como el aéreo, la mucosidad y la hiel.

Por otra parte en Mesopotamia durante el milenio I y III antes de nuestra era, se creía que el proceso salud/enfermedad era un dualismo entre los espíritus benignos y los espíritus malignos en donde tantos los talismanes como los amuletos representaban un símbolo de protección.

En el Antiguo Egipto durante el milenio IV antes de nuestra era, la medicina era responsabilidad de los sacerdotes. También creían en la existencia del alma y

en lo que respecta al proceso de salud enfermedad se consideraba que era el agua, el aire, la tierra y el fuego los elementos que estaban implicados en dicho proceso.

La segunda de las etapas de las sociedades esclavistas fue el esclavismo reciente, en dicha etapa los griegos tuvieron muchos representantes en lo que corresponde a la cultura médica, algunos de estos representantes fueron el padre de la medicina Hipócrates y Alcmeón de Crotona iniciador de la patología fisiológica quien con respecto a la salud menciona que:

“La salud está sostenida por el equilibrio de las potencias: lo húmedo y lo seco, lo frío y lo cálido, lo amargo y lo dulce y las demás. El predominio de una de ellas es causa de enfermedad; pues tal predominio de una de las dos es pernicioso. En lo tocante a su causa, la enfermedad sobreviene a consecuencia de un exceso de calor o de frío; y en lo concerniente a su motivo, por exceso o defecto de alimentación; pero en lo que atañe al dónde, tiene su sede en la sangre, en la médula o en el encéfalo. A veces se originan las enfermedades por obra de causas externas: por peculiaridad del agua de la comarca, por esfuerzos excesivos o causas análogas: La salud, por el contrario, consiste en la bien proporcionada mezcla de las cualidades” (en Gómez, 2003, p. 7).

Con esta definición es superada la concepción que se tenía de la salud y la enfermedad, en la cual se decía que la enfermedad era la consecuencia de un castigo hecho por los dioses.

Por otra parte Hipócrates pensaba que la vida en el organismo estaba delimitada por la interacción de la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra, los cuales eran considerados como humores cardinales. Y en cuanto a lo que Hipócrates concebía de la enfermedad se menciona que:

“Para Hipócrates, la enfermedad era una manifestación de la vida del organismo como resultado del cambio del sustrato material y no una manifestación de la voluntad divina o del espíritu maligno. Con sus concepciones refutaba a la medicina sacerdotal. Hipócrates buscaba la explicación de las enfermedades en los factores que las condicionaban y en el cambio de esos factores. Según él, las

causas, incluidas las llamadas divinas, son naturales. Cada enfermedad tiene sus causas naturales y todo se realiza de acuerdo con la naturaleza, por lo que cada enfermedad tiene su causa natural sin la cual no puede tener lugar” (en Gómez, 2003, p.8).

Galeno de Pérgamo atañe como origen de la enfermedad, *la causa externa o mediata* que nos habla de emociones o trabajos desmedidos, desordenes sexuales o alimenticios, el sueño o por el contrario la vigilia, etc., también menciona la *causa interna o dispositiva* que hace referencia a la contribución que viene desde adentro del hombre en conjunto con la susceptibilidad que tiene el hombre en la adquisición de enfermedades y al referirse a esta causa Galeno retoma el pensamiento de Hipócrates sobre el origen de la enfermedad y toma el discurso sobre los cuatro humores cardinales descritos por Hipócrates para dar explicación a un estado cierto estado de salud, sin embargo Galeno los denomina temperamentos típicos (temperamento sanguíneo, temperamento flemático, temperamento bilioso y temperamento melancólico). Retomando las tres causas de la enfermedad finalmente esta *la causa conjunta o inmediata* y es la unión de las dos causas anteriores.

Por último como definición de “salud” Galeno mencionaba que la salud era el que una persona no tuviera dolor y tuviera las posibilidades de actuar de manera optima en la sociedad (en Gómez, 2003).

- *Proceso de salud/enfermedad durante la edad media:*

Durante este periodo el pensamiento filosófico que regia la iglesia era la escolástica y el proceso de salud/enfermedad seguía siendo concebido con el resultado del castigo divino, siendo el inicio de la enfermedad una especie de prueba la cual a diferencia del castigo podía llegar a ser superada.

Por otra parte durante este periodo los árabes Rhazes, Ali Abbas, Averroes y Avicena creían que la enfermedad era generada por un rompimiento en el equilibrio de lo que Galeno llamaba “el cuerpo neutro”. Y la concepción que estos árabes tenían sobre el proceso de salud/enfermedad estaba influida por Galeno.

Mientras tanto Amigo y cols. (1998) nos dicen que en este periodo se dio un cambio en lo que respecta a dicha concepción ya que paso de tener un enfoque naturalista a un enfoque espiritualista, por tal motivo la enfermedad comenzó a verse como una especie de castigo o sanción por no acatar a las leyes divinas, entonces la salud se obtenía a consecuencia de arrepentirse de los pecados y cuando se tenía fe en aquellas divinidades. Cabe mencionar que durante estos años la Iglesia Católica era la que al parecer daba solución a todos los problemas que aquejaran a la gente y prueba de ello es que varios sacerdotes también se dedicaban a la práctica médica. Sin embargo ya para la época del Renacimiento se logra recuperar un poco la concepción naturalista.

- *Proceso de salud/enfermedad durante el renacimiento:*

Siguiendo con la descripción de Gómez (2003) el nos dice que durante este periodo se dieron dos corrientes filosóficas una era el mecanicismo y otra era el vitalismo, cada una de dichas corrientes tenía una manera propia de concebir el proceso de salud/enfermedad.

Comenzaremos con el vitalismo, corriente filosófica que consideraba la enfermedad como una alteración anormal de las fuerzas encargadas de generar la vida y los procesos que la constituyen, cabe mencionar que dentro de esta corriente el hombre era considerado como un organismo viviente mas no como una máquina y sus representantes más ilustres fueron Paracelso y Van Helmont.

Mientras que para el mecanicismo la enfermedad era una alteración del cuerpo humano al cual se le nombraba “mecanicismo”. Los iatromecánicos pertenecientes a esta corriente, afirmaban que la enfermedad se trataba de una mala disposición de las fibras del organismo y a su vez de la relación de dichas fibras con los fluidos orgánicos, generando así alteración en su funcionamiento.

- *Proceso salud/enfermedad durante la Revolución Industrial*

Durante este periodo nacieron algunas ideologías sin embargo hubieron algunas que destacaron, un ejemplo de esto es Bernardino Ramazzini este

personaje fue uno de los primeros en interesarse por las enfermedades ocupacionales, puesto que se concentro en el estudio de la relación entre las condiciones sociales y el estado de salud de la población logrando descubrir que existían algunos factores de riesgo los cuales estaban relacionados con las ocupaciones.

Otro persona fue W. Thomas Raus quien tuvo la idea de agrupar las enfermedades en dos, por una parte estaban las naturales que hacían referencia a las enfermedades de tipo epidémico e infeccioso y por otra parte estaban las de tipo social las cuales según Thomas eran generadas por el propio hombre.

Y finalmente estuvo Rudolf Virchow quien llevo a cabo un estudio médico social sobre el tifus en una población trabajadora de una zona industrial en Alta Silesia (1848) y el afirmaba que las enfermedades tenían su origen en una causa social y económica.

- *Proceso de salud/enfermedad en el siglo XIX y épocas actuales*

Durante el siglo XIX la explicación sobre el proceso de salud/enfermedad se origino gracias a tres saberes, en primer lugar está la etiopatología, la cual tiene como base la inmunología y la microbiología haciendo un impacto importante en la definición de este proceso.

Otro de estos saberes es la anatomoclínica, quien se encargo de dar explicación al proceso de salud/enfermedad con la finalidad de encontrar alteraciones en los órganos. Y finalmente esta la fisiopatología, este saber le daba poca importancia al síntoma, puesto que creía que el proceso de salud/enfermedad era un desorden en el proceso material de la vida, dándole importancia al examen físico y a la historia clínica.

Por su parte Amigo y cols. (1998) comentan que durante el siglo XIX se realizaron grandes descubrimientos en lo que respecta a la biología, teniendo un gran auge la medicina moderna, adoptando un modelo biomédico dentro del cual la enfermedad era como una especie de fallo en el cuerpo y el cuerpo era algo semejante a una maquina y dicha maquina era seccionada y analizada cada una de

sus partes y la labor del médico era diagnosticar y reparar estas partes. Es entonces que la salud y la enfermedad atañen a cuestiones bioquímicas dejando de un lado algún otro tipo de factores. Y la salud se reduce a la ausencia de la enfermedad.

Sin embargo con el paso del tiempo se pudo notar un gran cambio en las enfermedades que afectaban a la mayoría de la población pues de enfermedades infecciosas pasar a ser enfermedades crónico degenerativas a las cuales este modelo biomédico ya no pudo dar explicación y se vio la necesidad de concebir a la salud y a la enfermedad desde otro punto de vista, tomando en cuenta ya no solo lo biológico, si no también lo psicológico y lo social.

Por otra parte Cobo y cols. (2006) describe la evolución del proceso salud/enfermedad en tres momentos históricos importantes, las cuales se describen a continuación:

- *Concepción mágico-religiosa*

En dicho momento se creía que la salud venía de las influencias sobrenaturales o divinas y tanto el médico como el sacerdote eran los encargados del cuidado de la salud, dándole la misma importancia a los dos, por lo tanto la enfermedad se debía a un castigo divino o era generada por malos espíritus y el encargado de eliminar dicho mal era el sacerdote. Perea (2004) nos da una descripción similar sobre este periodo mágico – religioso, agregando que dicho pensamiento sigue vigente en algunos de los pueblos de Asia, América, África y Australia.

Por otra parte Gómez (2003) comenta que al respecto del proceso de salud/enfermedad en las sociedades esclavistas en Mesopotamia durante el milenio I y III, se creía que una especie de fuerzas sobrenaturales o espíritus malignos o benignos eran los responsables de la salud o la enfermedad.

De manera contraria con lo que menciona Gómez (2003), Perea (2004) menciona que el primer cambio con respecto a este pensamiento inicio precisamente en la cultura mesopotámica y egipcia dando paso a un pensamiento

de la higiene personal y pública. Y es en la sociedad hebrea en donde surge la Ley Mosaica la cual es uno de los primeros códigos sanitarios. Sobre lo cual Cobo y cols. (2006) nos dice que dicha ley mosaica también fue llamada “levítico” y fue el primer código de higiene realizado en 1.500 antes de nuestra era, en donde se establecía, el cuidado que se debía tener del agua y los alimentos así como la eliminación de los residuos orgánicos, la higiene que debían tener las embarazadas y el aseo personal en general. De igual manera en la cultura Helénica y Romana se ve un especial interés en el cuidado del cuerpo.

Cobo y cols. (2006), nos dice que los egipcios construían aljibes (depósitos subterráneos de agua) utilizados para el aseo de la comunidad y canales de desagüe, lo cual nos habla de la limpieza y la higiene que tenían. Además los griegos consideraban que la enfermedad se debía a un desequilibrio en el hombre el cual era generado por causas naturales, dentro de dichas causas se encontraban la personalidad de la persona, su comportamiento y algunas otras causas biológicas. Y por el contrario la salud sería un estado tanto de equilibrio como de armonía consigo mismo y con el exterior. De igual manera en China era entendida la enfermedad como un fenómeno natural, sin embargo ellos empleaban un concepto muy peculiar el cual era llamado “balance entre fuerzas” y decían que la enfermedad se generaba cuando dicho balance se rompía, según reporta Amigo y cols. (1998).

- *Concepción miasmática y bacteriológica*

El segundo momento histórico de la evolución del proceso de salud/enfermedad descrito por Cobo y cols. (2006), es una concepción miasmática y bacteriológica, el cual en parte ha seguido vigente.

Se dio una fusión de la medicina y la química para poder dar una explicación de los aspectos patológicos y fisiológicos, sin embargo dicha fusión trajo consigo algunas dificultades puesto que las hipótesis que se formulaban tenían datos poco precisos y dichas hipótesis no se podían llevar a cabo experimentalmente, fue entonces que surgieron diversas teorías referentes al comportamiento químico las cuales constituyeron la “hipótesis miasmática”

Las “miasmas” eran sustancias que no se podían percibir y que emanaban de los enfermos y de los cadáveres, las cuales eran consideradas como lo que generaba las enfermedades de tipo contagiosas y epidémicas. Fue entonces que utilizaron métodos de fumigación ácida, fumigación alcalina entre otros tipos para neutralizar las miasmas. Sin embargo el descubrimiento de las bacterias y la relación que tenían con las enfermedades fueron esenciales en este enfoque.

- *Concepción multicausal y ecológica*

Bajo esta concepción se creía que la salud era influenciada por las condiciones del medio ambiente en el cual el hombre habitaba cabe señalar que cuando se habla de medio ambiente bajo esta concepción se engloba, el medio natural, la cultura, estilos de vida, infraestructura, etc.

- *Concepción social*

Dentro de esta concepción se considera que existe un proceso de adaptación-desadaptación al medio y se consideran tres variables, el nivel biológico que habla del ser humano como un ser vivo el cual se alimenta y desarrolla en diversas reacciones químicas. También está el nivel histórico dicho nivel considera al hombre como responsable de su cultura y la cultura es la expresión de la naturaleza una vez modificada por el hombre a lo largo del tiempo. Finalmente esta el nivel social en este el hombre se relaciona con los demás, pasando así por un proceso de adaptación y desadaptación al medio en el que habita.

1.2. De un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial

Con respecto a los modelos de salud que han existido Cobo y cols. (2006), así como Juárez (2011) nos dan una descripción de algunos de estos modelos. Comenzaremos dando una descripción de los modelos descritos por Cobo y cols. (2006).

Modelo médico: dentro de este modelo se dice que una persona tiene salud puesto que no presenta ningún síntoma de enfermedad.

Modelo de evolución: en este modelo se tiene la creencia de que la finalidad de las personas es alcanzar el máximo desarrollo es decir, evolucionar.

Modelo de capacidad de trabajo de la persona: dentro de este modelo un aspecto fundamental y quizá el más importante es la capacidad que tienen las personas para desempeñar algún trabajo, ya que la salud es considerada como el perfecto estado de una persona para poder desempeñar alguna trabajo o función de forma eficaz.

Modelo de adaptación: para este modelo la enfermedad es generada debido a que la persona no se adapta a su medio ambiente, por lo tanto podríamos decir que al adaptarse la persona estaría dotada de salud.

Modelo ecológico: el modelo ecológico nos dice que la enfermedad es generada cuando se da la presencia o ausencia del factor miedo el cual a su vez interactúa con la persona y el medio interno y externo. Dentro de este modelo la persona se interrelaciona con el medio ambiente.

A continuación hablaremos de los modelos descritos por Juárez (2011).

Modelo salutogénico: este modelo fue propuesto por Antonovsky y está basado en una evaluación de la salud dirigida hacia la intervención. Este modelo tiene una inclinación social con respecto a la facilitación de recursos de afrontamiento, así como también a los estresores que pueden llegar a afectar a comunidades.

Modelo de salud positiva: este modelo es estudiado desde diversas disciplinas una de ellas es la sociología, en dicha disciplina la salud es entendida

como el estado óptimo de capacidades. Dentro de este modelo algunas de dichas capacidades pudieran ser innatas y la interacción con el medio puede ayudar a su desarrollo.

Ahora dentro de la tradición humanista haciendo énfasis en la perspectiva positiva, se propone sobre este modelo tomar en cuenta dimensiones del presente pasado y futuro, con relación al pasado están las dimensiones de bienestar, contención y satisfacción, por su parte en el presente dimensiones como la felicidad y la fluidez y en el futuro el optimismo y la esperanza. Finalmente podemos decir que este modelo resulta ser un poco esperanzador en cuanto a la intervención con respecto a la salud.

Modelo holista de salud: dentro de este modelo se cree que el tema de salud y enfermedad no atañe únicamente a lo biológico o a lo psicológico sino que también a la totalidad de la persona así como del entorno.

Dentro de este modelo la relación mente-cuerpo es fundamental así como la vitalidad, bienestar, resiliencia, armonía, entre otros. Otro punto importante de este modelo es que en cuanto a la psicoterapia esta, debe de ser complementada con la espiritualidad seguida de la intervención.

Modelo de elección personal: este modelo es considerado como un modelo de salud mental, fue creado por Glasser y está basado en la satisfacción de necesidades como la libertad, la diversión, el amor, la supervivencia, etc. Dicho modelo está centrado en la toma de decisiones y está enfocado en la situación actual que vive la persona y en las posibilidades que tienen las personas para satisfacción de las necesidades. Finalmente este modelo está encaminado hacia la obtención de la felicidad personal y el cómo es que las propias elecciones de alguna manera median la influencia de los demás.

Modelo de salud como bienestar: en este modelo el concepto de bienestar es sinónimo de salud, sin embargo también existe el bienestar subjetivo que se divide en satisfacción con dominios importantes en la vida, satisfacción con la

vida, afecto positivo, bajos niveles de afecto negativo y afecto positivo. Por otra parte está el bienestar como realización del potencial personal y el bienestar como experiencia de felicidad y satisfacción. Finalmente podemos añadir que el bienestar también puede ser una tendencia adaptativa, es entonces que la salud se vuelve aquella capacidad que tienen las personas para cuidarse y valerse por ellos mismos.

Modelo de salud como madurez: Dentro de este modelo se puede entender que hablar de salud es hablar de madurez, entendiendo madurez en este modelo como la pertenencia de ciertas características (perspectiva estática) o como un proceso encaminado hacia un determinado fin (perspectiva dinámica).

Por otra parte la madurez también puede ser entendida como la confianza en el propio juicio, el mantener la calma en tiempos difíciles, autonomía, autosuficiencia, conductas que conlleven al equilibrio físico, etc. Ahora bien si se habla de salud mental entonces la palabra madurez conlleva un incremento en los mecanismos mentales adaptativos como lo son la supresión, el humor, el altruismo y la anticipación. Otra categoría de la madurez es, la madurez emocional dentro de la cual está el manejo del estrés y de la ira, el autocontrol, el juicio, la sexualidad, la madurez intelectual, etc.

Modelo de salud como inteligencia emocional: La inteligencia emocional puede ser entendida como un propiciador de salud, sin embargo es necesario que exista un aumento de la inteligencia emocional de la persona para que lo anterior pueda cumplirse.

Y sobre el concepto de salud diversos autores han propuesto entender dicho concepto a través de la aproximación teórica de diversos modelos como lo son el modelo emocional y de inteligencia social, el modelo de habilidad, el modelo de competencias, el modelo de competencia y el modelo de bienestar. Considerando a la inteligencia emocional como “una habilidad de uso cognitivo y adaptativo de las emociones” (Juárez, 2011, p. 75).

Finalmente hablaremos de dos de los modelos que han tenido más impacto o que son de los más conocidos y son el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial, sin embargo para poder hablar de ellos, en primera instancia considero que resulta importante hablar del problema cuerpo-mente, ya que tiene implicaciones en lo que respecta a la salud y la enfermedad.

Con respecto a lo anterior Capra (1998) menciona que a lo largo de la historia la dualidad mente-cuerpo ha tenido diversas conceptualizaciones. Una de estas conceptualizaciones ha sido la planteada por Descartes, él decía que tanto la mente como el cuerpo pertenecían a dos campos distintos pero paralelos. En lo que correspondía al cuerpo este estaba regulado por leyes mecánicas, mientras que la mente o el alma, se decía que era libre e inmortal. Y en contra parte los antiguos griegos creían que la mente y el cuerpo se influían de una manera recíproca ya que de alguna manera se encontraban unidos.

La concepción de mente-cuerpo hecha por Descartes es la que se sigue dentro del modelo biomédico el cual surge de la influencia que tiene el paradigma cartesiano en el saber médico, siendo el modelo biomédico la base de la medicina moderna. Dentro de dicho modelo el cuerpo humano es concebido como una máquina la cual se secciona en partes y es así como puede ser analizado, es entonces que la enfermedad resulta ser el mal funcionamiento de dicha máquina en lo que respecta a su mecanismo biológico, visto desde la biología celular y molecular. Este modelo solamente se ocupa de la enfermedad, dándole un papel menos importante a la salud.

Sin embargo este modelo tiene algunas insuficiencias una de ellas podría ser que el cuerpo cada vez es seccionado en fragmentos más pequeños dejando de lado la humanidad de las personas y reduciendo la salud a una función meramente mecánica. Debido a las dificultades que presenta dicho modelo y a las limitaciones que este representa en la concepción de salud, ya que la salud simplemente es “la ausencia de enfermedad” dejando de lado factores como los psicológicos y sociales, es que se ha planteado la necesidad de una nueva conceptualización de la salud, lo cual conlleva a que surjan modelos alternativos y uno de ellos es el modelo “biopsicosocial”, el cual surge alrededor de la década de los ochentas y fue

propuesto por Engel, dicho modelo toma en cuenta la multiplicidad de las causas de la salud. Este modelo contempla los factores biológicos, psicológicos y sociales como elementos determinantes de la salud y la enfermedad. Puesto que la salud es algo que se puede lograr teniendo cubiertas tanto las necesidades biológicas, psicológicas así como las sociales. Dándole el mismo valor e importancia a la enfermedad como a la salud.

Por otra parte Amigo, y cols. (1998) mencionan que para poder entender cómo es que las variables, sociales, psicológicas y biológicas se relacionan es necesario tomar en cuenta la teoría de sistemas. Dicha teoría dice que “todos los niveles de organización en cualquier ente están relacionados entre sí jerárquicamente, y los cambios en cualquier nivel afectarán a todos los demás. Por lo tanto, la salud, la enfermedad y la atención médica serían todos un conjunto de procesos interrelacionados que incluyen cambios que interactúan dentro del individuo y éstos, a su vez, sobre los otros niveles” (Amigo y col., 1998, p. 26).

De igual manera León y cols. (2004) mencionan que era indispensable recurrir a la teoría de sistemas ya que es ahí donde se encuentran las bases teóricas del modelo biopsicosocial. Y dicha teoría nos dice que es necesario hacer una jerarquía de sistemas, en donde cada sistema tiene otros sistemas inferiores, formando parte de otro sistema aún mayor.

En cuanto a Hernández y cols. (2009) ellos hablan de tres características esenciales del modelo biopsicosocial las cuales se presentan a continuación:

- En primer lugar se deben de tener presentes las variables biológicas, psicológicas y sociales como determinantes del proceso de salud/enfermedad.

- En segundo lugar deben de considerarse a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento en cuanto a la enfermedad desde una perspectiva multidisciplinar.

- Y finalmente deben de tomarse en cuenta no solamente las variables biológicas, sino también las psicológicas y sociales en el surgimiento y mantenimiento de una enfermedad.

Así mismo León y cols. (2004) mencionan que el nuevo modelo biopsicosocial deja a un lado el reduccionismo del modelo biomédico ya que este modelo como ya se mencionó anteriormente no considera otros factores que no sean los biológicos como los causantes de la enfermedad y por el contrario el modelo biopsicosocial se interesa más por dichos factores (como los son los psicológicos y biológicos, etc.).

El modelo biopsicosocial hace énfasis en la existencia de interconexiones de los diferentes sistemas, con lo cual deja a un lado el dualismo mente-cuerpo del modelo biomédico.

Otro punto a considerar es que el modelo biopsicosocial toma en cuenta el concepto de “autorregulación” puesto que cada sistema tiene como finalidad lograr un equilibrio en su funcionamiento. Y finalmente como ya se mencionó anteriormente dentro de este modelo se le da igual importancia tanto a la salud como a la enfermedad ya que forman parte de un mismo proceso, es entonces que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son de gran importancia dentro de este modelo.

Finalmente Amigo y cols. (1998) nos dicen que el modelo biopsicosocial hace hincapié en que el médico debe de entender no solamente la importancia que tienen los factores biológicos en el desarrollo y el mantenimiento de la enfermedad, sino también darle la misma importancia a los factores psicológicos y sociales.

1.3. Conceptos de Salud

Debido a que la concepción del proceso de salud y enfermedad, así como el modelo desde el cual se explica han ido cambiando a lo largo del tiempo, resulta obvio que existan diversos conceptos sobre “salud”, influenciados por la cultura, las ideas y todos los acontecimientos del momento histórico en el cual se gestan, es por tanto que a continuación aremos una recopilación de algunos de estos conceptos.

Comenzaremos por dar la definición etimológica que nos da Perea (2004), sobre el concepto de “salud” el cual viene del latín *salus-utis* y significa “el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (Perea, 2004, pp.12-13)

Otra definición es la que nos da Alcmeón de Crotona sobre la salud y menciona que “La salud está sostenida por el equilibrio de las potencias: lo húmedo y lo seco, lo frío y lo cálido, lo amargo y lo dulce y las demás. El predominio de una de ellas es causa de enfermedad; pues tal predominio de una de las dos es pernicioso. En lo tocante a su causa, la enfermedad sobreviene a consecuencia de un exceso de calor o de frío; y en lo concerniente a su motivo, por exceso o defecto de alimentación; pero en lo que atañe al dónde, tiene su sede en la sangre, en la médula o en el encéfalo. A veces se originan las enfermedades por obra de causas externas: por peculiaridad del agua de la comarca, por esfuerzos excesivos o causas análogas: La salud, por el contrario, consiste en la bien proporcionada mezcla de las cualidades” (en Gómez, 2003, p. 7).

La OMS inicialmente en el año de 1948 en su carta Fundacional definió la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedades. La posesión del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir, constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económica y social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad; depende de la cooperación más estrecha posible entre los estados y los individuos” (en Mondragón y Triguero, 1999, p. 1). Y años después en 1974 la OMS propone una definición la cual nos dice que “la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades”(en Oblitas y Becoña, 2000, p.12). Esta definición tiene algunos de los puntos más importantes de la salud, por ejemplo, dentro de dicha definición de la salud se toma al ser humano como un individuo “biopsicosocial”. Otro punto importante es que el ser humano es visto desde su aspecto interno

como del externo, además la salud también es vista como la productividad y la creatividad del individuo.

Y sobre esta definición que da la OMS, Blanco y Maya (2005) menciona que en dicho concepto la salud es vista como algo positivo, siendo una concepción más integral que las que existían anteriormente, puesto que no considera solamente el estado físico o biológico del ser humano sino también engloba otros aspectos como el social y el psicológico.

La salud y la enfermedad son un continuum puesto que en el caso de la enfermedad no es algo que aparece de la nada o de repente ya que es un conjunto de factores que se van formando a lo largo de la vida de la persona en diversos periodos y que en un momento dado llegan a desarrollar la enfermedad.

Sin embargo la definición dada por la OMS ha sido blanco de discusiones ya que algunos afirmaban que dicha definición le daba a la salud un carácter estático, otros decían que dicho concepto era un poco irreal ya que el completo bienestar en estos tres aspectos (biológico, psicológico y social) era imposible, lo cual deja a dicha concepción como algo irreal.

Y en contraparte a esta definición David Bersh Escobar nos da un concepto de salud según el cual la salud es “Proceso continuo, de variaciones ininterrumpidas que acompañan el fenómeno vital en el hombre, y cuyos efectos sobre dicho fenómeno se reflejan en el grado de éxito que este fenómeno tenga en el cumplimiento de su fin último” (en Blanco y Maya, 2005, p. 2).

En 1971 Henrick Blum con respecto a la salud menciona que “es el resultante de un gran número de fuerzas o variables, las cuales él agrupa en cuatro categorías de factores: ambiente, comportamiento humano, herencia y servicios de salud” (en Blanco y Maya, 2005, pp. 2-3). Englobándose en dicha definición factores comportamentales, la herencia, estilos de vida y el ambiente.

Más tarde en el año de 1982 Hernán San Martín nos menciona sobre la salud que esta es “un fenómeno psicobiológico, social, dinámico, relativo, muy variable. En la especie humana corresponde un estado ecológico-fisiológico-social

del equilibrio y de adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social” (en Mondragón y Trigueros, 1999, p. 2)

Dos años después Iván Illich menciona sobre la salud que esta es la capacidad que tienen las personas para adaptarse al medio tan cambiante en el que viven, así como también aquella capacidad que tienen las personas para crecer, envejecer, curarse, sufrir y finalmente de esperar la muerte. Lo cual concuerda con el modelo de salud de adaptación descrito por Cobo y cols. (2006) el cual fue menciona en el apartado anterior.

Por otra parte Vallejo-Nájera menciona que la salud es “el estado subjetivo de equilibrio social del individuo en la comunidad, lo que le permite sentirse suficientemente integrado en ella, al no apreciar ninguna alteración física o mental o social, de minusvalía, ni ser rechazado ni separado por aquélla” (en Mondragón y Trigueros, 1999, p. 2).

Herbert L. Dunn al respecto de la salud dice que es “un estado relativamente pasivo de libertad de enfermedad... una condición de relativa homeostasis”. (en Cobo y cols., 2006, pp. 194). Dicha definición pertenece al modelo medico de la salud descrito por Cobo y cols. (2006).

Por su parte Talcott Parson define la salud como “el estado óptimo de un individuo que le permite llevar a cabo sus funciones de forma eficaz” (en Cobo y cols., 2006, p. 194). Tal definición encaja con el modelo de capacidad de trabajo de la persona descrito por Cobo y cols. (2006).

Otra definición sobre salud orientada en el modelo de adaptación es la de Murray y Zentner al respecto de la salud comentan que esta es “un estado de bienestar en el que la persona es capaz de analizar los procesos de adaptación, con fines determinados, de forma física, mental, emocional, espiritual y social, en respuesta a estímulos internos o externos (tensiones) para mantener su estabilidad relativa comodidad y para conseguir lograr sus metas personales y culturales” (en Cobo y cols., 2006, p.194)

Milton Terris da una definición de salud dinámica y la define como “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no

únicamente la ausencia de afecciones o enfermedad” (en Cobo y cols., 2006, p.197).

Finalmente Blanco y Maya (2005) nos dan su propia definición de salud diciendo que la salud es un concepto el cual depende de la cultura en la cual se genera ya que es dicha cultura la que define el ser o no ser sano. Dicho concepto hace alusión a una circunstancia humana específica y es por tanto la salud un objetivo de los profesionales sanitarios y de la medicina.

Aunque en la actualidad se sabe que la salud no solamente es la ausencia de enfermedad o de dolor, sino más bien un bienestar en lo psíquico, físico, social y ambiental, como ya se menciono anteriormente esto se vuelve un poco complicado y en ocasiones imposible afirman algunos autores. Aunque la definición que cada quien adopte de salud estará en función de su orientación teórica, su cultura, ideas, entorno y las circunstancias que los circunscriban en dicho momento. Lo cual vuelve imposible que exista un solo enfoque que nos hable acerca del proceso salud/enfermedad y es debido a eso la emergencia de un nuevo modelo el cual de respuesta a las demandas sociosanitarias que aquejan a la sociedad. Como lo pudimos ver anteriormente la ineficacia del modelo biomédico para poder dar repuesta y solución a las enfermedades que aquejaban a la sociedad, así como su reduccionismo hiso que comenzaran a surgir diversos modelos (como los expuestos anteriormente) aunque sin duda alguna el que tuvo más impacto fue el modelo biopsicosocial dándole importancia a factores que el viejo modelo biomédico dejaba de lado, aunque si bien se sabe que el modelo biomédico es obsoleto, en la actualidad existen personas de la sociedad médica que siguen rigiéndose bajo ese modelo llevándolo a su práctica profesional, entonces surge una pregunta ¿Por qué es que a pesar de todo lo que se sabe del viejo modelo biomédico, aun en nuestros días se sigue vigente?.

2. ¿QUÉ ES LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD?

La psicología de la salud es una área de la psicología, la cual podríamos decir es relativamente joven, aunque es importante destacar que como menciona Morrison y Bennet (2008), la psicología de la salud no ha surgido en aislado puesto, que ha surgido de diversos campos de las ciencias sociales adaptando modelos y teorías pertenecientes al conductismo, la psicología clínica y social, así como también la psicología cognitiva, entre otras.

Dicha área de la psicología surge debido a la necesidad de poder dar respuesta a las demandas sociosanitarias que en su tiempo aquejaban a la sociedad. Esta área de la psicología adopta el modelo biopsicosocial de la salud es por tanto que considera a los factores biológicos, sociales y psicológicos, como los desencadenantes de la enfermedad, así mismo el tema de la prevención y el tratamiento de la enfermedad, además del mantenimiento y la promoción de la salud, son fundamentales para la psicología de la salud.

Sin embargo es importante mencionar a que se refieren cuando hablamos de “psicología de la salud” y para ello daremos su definición, aunque es importante mencionar que existen diversos autores que han formulado una definición sobre la psicología de la salud sin embargo la que da Matarrazo es quizá la más aceptada, sobre las demás definiciones hablaremos más adelante.

Volviendo a la definición de Matarrazo Amigo y cols. (1998) citan dicha definición la cual dice que “ la psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud (en Amigo y cols, 1998, p.27-28).

Por otra parte Buena-Casal y Carrobles (1996) mencionan que con respecto a la psicología de la salud, la división de psicología de la salud de la Asociación Americana de Psicología (APA) ha propuesto diez objetivos de la psicología de la salud, los cuales citaremos a continuación.

“1.-Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.

2.- entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.

3.- Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.

4.- Entender cómo los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.

5.- Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.

6.- Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.

7.- Ser consciente del estado y de las condiciones experimentales por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a las relaciones médico-paciente se refiere.

8.- Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficacia de tratamiento.

9.- ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.

10.- Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas” (Buena-Casal y Carrobles, 1996, p.7).

Cabe mencionar que la psicología de la salud, ha ido creciendo y desarrollándose y cada vez son más psicólogos los que tienen un interés por esta área de la psicología, así como también han surgido cambios en dicha área de lo cual Morrison y Bennet (2008) mencionan que dentro de la psicología de la salud se ha sugerido el desarrollo de cuatro enfoques los cuales mencionaremos a continuación:

1. Psicología clínica de la salud
2. Psicología de la salud pública
3. Psicología comunitaria de la salud
4. Psicología crítica de la salud

Una vez dado un panorama general de la psicología de la salud, es importante conocer sus antecedentes históricos para así poder comprender porque surge dicha área de la psicología, en qué momento histórico lo hace y bajo qué circunstancias se desarrolla, para poder comprender la importancia del surgimiento de la psicología de la salud. Para finalizar aterrizándola en el contexto mexicano, lo cual será expuesto a continuación.

2.1. Antecedentes y surgimiento de la Psicología de la Salud

Como antecedentes de la psicología de la salud, Luzoro (1992) menciona una serie de acontecimientos los cuales dieron pie al surgimiento de dicha rama de la psicología, los cuales describiremos a continuación.

Luzoro (1992) retoma a Bayés quien dice que en la década de los cincuenta en el Instituto Psicoanalítico de Chicago, Franz Alexander y Flanders Dunbar, plantearon que algunos de los trastornos orgánicos se debían a que las personas que los padecían tenían algunos conflictos inconscientes que se habían quedado sin resolver, además de que para algunos de estos trastornos existía un tipo de

personalidad. Un ejemplo que nos proporcionan es el de las personas que sufren de hipertensión los cuales por lo general según se menciona han tenido padres sumamente estrictos y los llevo a reprimir su rabia, lo que una vez somatizada se desarrolló en hipertensión.

Lo anterior corresponde a lo que la medicina psicosomática menciona con respecto al origen de los trastornos orgánicos los cuales podrían ser atribuidos a factores psicosociales, cabe mencionar que el término “psicosomático” logro tener auge gracias a los aportes realizados por el psicoanálisis.

Otro antecedente importante mencionado por Luzoro (1992) es el enfoque de la psicología experimental acerca de las relaciones existentes entre las emociones y el funcionamiento general del organismo.

Luzoro (1992) hace mención de personajes como Cannon, Selye y Brady quienes demuestran que las respuestas fisiológicas están en función de factores psicológicos.

Un antecedente más mencionado por Luzoro (1992) es el de Sechenov, Pavlov y Bykov, quienes son exponentes y los dos primeros, precursores del enfoque córtico-visceral, el cual menciona que las interacciones que existen entre el medio interno y externo atienden a leyes del condicionamiento.

Por otra parte Luzoro (1992) también retoma a Ribes quien menciona que otro antecedente de la psicología es “la intersección de la metodología del análisis experimental de la conducta con los problemas de la investigación biomédica y sus aplicaciones” (Luzoro, 1992, p. 26).

Ahora bien la psicología de la salud también ha sido llamada medicina conductual o medicina comportamental y según Shapiro el cual es retomado por Luzoro (1992), fue Lee Birk el que hizo la inclusión del término “medicina comportamental”, este psiquiatra decía que “la biorretroalimentación o el condicionamiento operante de los sistemas de respuestas fisiológicas podían considerarse como una forma de terapia comportamental para el control de los

síntomas de trastornos físicos, como la elevada presión arterial o el dolor de cabeza (migraña)” (Luzoro, 1992, p. 26).

Finalmente Luzoro (1992) menciona que para poder comprender la llegada de la psicología de la salud es importante saber que era lo que pasaba con la salud pública a finales del siglo XX. Ya que durante ese tiempo se dio un aumento en los costos sanitarios, también se vieron agravadas las enfermedades yatrogenicas y se carecía de tecnología médica para poder enfrentar las enfermedades de ese momento. Así como también las personas comenzaron a tener un interés por los factores que de alguna manera alteraban y afectaban sus vidas.

Por otra parte Oblitas (2008), nos proporciona otros antecedentes de la psicología de la salud pues menciona que a partir de la segunda Guerra Mundial algunos psicólogos comenzaron a realizar intervenciones de orden clínico, dando pie a que se pudiera consolidar el cómo de la psicología clínica, la cual es uno de los antecedentes de la Psicología de la Salud así como también los modelos de la Psicología Médica y la Medicina Conductual, siendo la Psicología Clínica la más vieja de estas. Lo cual concuerda con lo que menciona Reynoso y Seligson (2002) pues ellos además de la “psicología clínica tradicional” y de la “psicología medica” también añaden a la “psicología comunitaria” como antecedentes de la Psicología de la Salud.

Retomando nuevamente a Oblitas (2008), el menciona que así como la psicología iba avanzando también la medicina lo hacía y la concepción del modelo biomédico se estaba dejando lado. En cuanto a los psicólogos se mostraban interesados por una concepción de la salud más comprensiva ya que había un cambio significativo en la prevalencia de las enfermedades puesto que habían pasado de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas. Por otra parte había un mayor interés por la calidad de vida y se tomó en cuenta la importancia de los factores psicológicos, sociales, culturales y biológicos como causantes de la enfermedad.

Como otro antecedente de la Psicología de la Salud tenemos el que nos proporciona Branon y Feist (2001), pues ellos mencionan que en el año de 1911 la Asociación Psicológica Americana mejor conocida como APA hizo un análisis sobre el papel que tenía la psicología dentro de la educación médica, de dicho análisis se concluyó que el que los estudiantes de medicina recibieran una instrucción en psicología los beneficiaría en su profesión, recomendando así que la psicología formara parte de los estudiantes de medicina, sin embargo la mayoría de las escuelas de medicina se negó a incorporar a la psicología. Una encuesta realizada en 1913 reveló que solamente el 27% del personal académico de las escuelas colaboraba con el departamento de psicología. Y en 1928 la APA nuevamente retomó dicho tema sin éxito y posteriormente en 1950, durante este periodo, aproximadamente en la década de los cuarenta, solamente el aprendizaje de la psiquiatría incorporaba, el estudio de algunos factores psicológicos que se encontraban relacionados con la enfermedad, siendo los médicos los encargados de su enseñanza.

Alrededor de los sesenta, una vez que fue aceptada la psicología dentro del currículo médico se puede observar que el papel de la psicología comenzó a expandirse, siendo así que más escuelas incorporaban a la psicología dentro de su plan de estudios y se daba la creación de nuevos planes de estudios.

Por su parte Grau (2005) menciona que el surgimiento de la Psicología de la Salud es el resultado de las limitaciones del modelo biomédico para dar respuesta a los problemas de salud que aquejaban a la población, así mismo el tropiezo que han tenido los sistemas sanitarios al considerar la salud de una manera restrictiva y dejar de lado diversos factores que intervienen en dicho proceso.

Debido a lo anterior, según Nunes, Garcia y Alba (2006) la Psicología de la Salud surge en la década de 1970, momento en el cual se dieron cambios fundamentales con respecto a la enfermedad, en primera instancia se dio la superación del modelo biomédico, así como también se comenzó a darle un papel importante al comportamiento como causa de la morbilidad y la mortalidad. Tomando en cuenta lo anterior, en 1973 se crea en la American Psychological

Association, un grupo de trabajo sobre investigación en salud, para estudiar las contribuciones que hacia el psicólogo en lo referente al mantenimiento de la salud y al comportamiento en las enfermedades.

Por otra parte Grau (2005) menciona que en 1974 en la Universidad de Minnesota se propuso un programa de doctorado en psicología que se llamaba "Health-Care Psychology" y por su parte en California George Stone propuso un nuevo currículo en psicología encaminado a la psicología de la salud.

En 1976 es publicado un informe en el cual se habla acerca de las relaciones existentes entre la psicología, la salud y enfermedad, dando este informe pie para el surgimiento de una nueva área de la psicología a la cual se le denominaría Psicología de la Salud, constituyéndose formalmente en 1978 la división de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association. Esta división (Health Psychology Division 38) tenía como fin poder entender los procesos de salud y enfermedad, así como facilitar la integración de la comunidad psicológica y biomédica según refiere Nunes, Garcia y Alba (2006). Con respecto a esto Grau (2005) agrega que para dicha división se eligió a Matarazzo como presidente y a David Clayman como secretario.

Amigo y cols. (1998) menciona que un año después de la creación de dicha división se publicó su primer manual (Health Psychology. A Handbook) y en el año de 1982 surge la revista de dicha división del APA, denominada Health Psychology.

Por su parte Marks y cols. (2008) comentan que en Estados Unidos la Psicología de la Salud se desarrollo de manera vertiginosa durante la década de 1980 y 1990, y ya para el año 2005 alrededor de 3 mil psicólogos eran parte de la Health Psychology Division 38 de la APA, así como también estaba la Health Psychology Division de la British Psychological Society, quien tenía aproximadamente mil miembros.

Por otra parte Branon y Feist (2001) mencionan que en el año de 1993 existían alrededor de 3 500 psicólogos en Estados Unidos trabajando en recintos médicos, aceptándose tanto a los psicólogos como a los neuropsicólogos y a los psicólogos especializados en rehabilitación como parte de los equipos multidisciplinarios de los hospitales.

Este crecimiento tan acelerado de la Psicología de la Salud según Marks y cols. (2008), se debe por una parte a la gran cantidad de enfermedades causadas por la conducta, que tuvieron lugar durante los años de 1970 y 1980. Así como también a la ideología que se comenzó a generar con respecto a que las personas eran responsables de su propia salud. Y finalmente a los cuestionamientos con respecto al modelo biomédico, lo cual llevo a la búsqueda de perspectivas que tomen en cuenta la importancia que tiene el paciente así como también los factores psicosociales con respecto al cuidado de la salud.

Ahora bien se dijo cuáles fueron los acontecimientos que antecedieron y dieron pie al surgimiento de la psicología de la salud y también en qué año aparece formalmente la psicología de la salud, sin embargo es de igual manera importante saber en dónde surge realmente la psicología de la salud.

Aparentemente podríamos creerse que la psicología de la salud aparecer por primera vez en Estados Unidos, debido a que el APA es quien crea dicha división. Sin embargo según lo refiere Grau (2005) la psicología de la salud surge en Cuba, debido a los cambios sociales que a principios de la década de los sesenta aquejan a la población. Ahora bien dichos acontecimientos fueron los determinantes para que la dirección del Ministerio de Salud Pública creara las condiciones para que la psicología de la salud como una disciplina y ciencia independiente pudiera surgir de modo que contribuyera la salud de la población, por la vía de la medicina preventiva. Fue por tal motivo que los psicólogos tuvieron que comenzar a relacionarse con las especialidades médicas, así como también en los niveles del sistema de salud, como lo fue la atención primaria, lo cual fue el contexto idóneo por el carácter preventivo y social de la psicología de la salud.

Es entonces que a finales de la década de los sesenta nace en Cuba la Psicología de la Salud, teniendo como iniciadores a Lourdes García, Guillermo Ruiz, María Dolores Salas, Loretta Rodríguez, Francisco Morales y Ada Casal, entre otros. Sin embargo de la mano del surgimiento de la Psicología de la Salud surgió también la atención primaria de la salud y el desarrollo de sus recursos profesionales. Así como también la ocupación de posiciones en la política central

del Ministerio de Salud Pública en el año de 1969, año en el que también se crea el Grupo Nacional de Psicología de Salud, que tenía funciones tanto normativas como de asesoramiento técnico y metodológico. Ahora bien a cargo de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud ha estado a cargo de Noemí Pérez Valdés.

Es por tanto que la Psicología de la Salud surge en Cuba nueve años antes de la creación de la división de Psicología de la Salud del APA en 1978.

Ahora bien Grau (2005) también hace referencia al surgimiento de la psicología de la salud, en otras partes del mundo, por ejemplo en lo que respecta a Europa, esta surgió entre los años de 1980 y 1990, tiempo en el cual comenzaron a surgir secciones de psicología de la salud en sociedades como la danesa, austriaca, británica, holandesa, entre otras. Y en el año de 1986 es fundado el Grupo Especial de la Sociedad Británica y un año después aparece su revista llamada *Psychology and Health*. Debido al crecimiento que tuvo ocho años después se crea la Sociedad Europea y en 1996 se instituye la revista *Journal of Health Psychology*.

En España en el año de 1989 aparece la Revista de Psicología de la Salud, la cual estaba dirigida por Jesús Rodríguez Marín. Diversos psicólogos españoles han contribuido en el campo de la investigación y editorial con respecto a esta disciplina, además de que sus trabajos han tenido gran influencia sobre la psicología de la salud de América Latina, algunos de estos autores son Isaac Amigó, Gualberto Buela-Casal, Silverio Barriga, Alejandro Ávila, José A. Carrobles, Francisco J. Labrador, Ramón Bayés, Pilar Arraz, entre otros.

Por otra parte pueden considerarse a Brasil como unos de los países que inicialmente se preocupó por la inserción del psicólogo en el campo de la salud, aunque no antecedió a Cuba, sin embargo los brasileños se interesaron en el área hospitalaria teniendo como su iniciadora a Mathilde Neder.

Entre los años de 1982 y 1983 surgen los primeros trabajos de Psicología de la Salud en Colombia. Y en 1983 se crea el equipo de trabajo del Hospital Militar teniendo como marco de referencia a la medicina conductual. Ya para el año de

1989 en Bogotá nace la especialización en Psicología de la Salud en la Universidad Nacional de Colombia.

Un año más tarde se crea la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud (Asocopsis), y en el mismo año pero en Venezuela se crea la Sociedad Venezolana de Psicología de la Salud (Sovepsa). Psicólogos como Anita Molina, Ligia Sánchez, Catalina Gandica, Marisabel Parada, Leticia Guarino, Margaret Oxford, Lya Feldman, Elvira Blank y Pablo Peñaranda han sido de importancia en el desarrollo de la Psicología de la Salud en Venezuela.

Finalmente en Chile en 1997 se llevo a cabo un seminario sobre Psicología de la Salud Pública en la Pontificia Universidad Católica de ese país, en el mismo año se llevo a cabo un taller sobre Psicología de la Salud y Enfermedades Crónicas no transmisibles.

Durante esa época en la Universidad de Concepción, se impartía una maestría en Psicología de la Salud. Además de la creación de la Asociación Chilena de Psicología de la Salud (Achipisa).

2.2. Definición

En lo que respecta a las definiciones de la Psicología de la Salud, diversos autores han propuesta una definición con respecto a dicho tema y a continuación retomaremos algunas de estas definiciones.

Empezaremos por la definición que se encuentra en el Diccionario conciso de Psicología del APA (2010), en el cual se dice que la psicología de la salud es:

“el campo de la psicología que se enfoca en (a) el examen de las relaciones entre factores conductuales, cognitivos, psicofisiológicos, sociales y detrimento de la salud; (b) la integración de los hallazgos de la investigación psicológica y biológica en el diseño de intervenciones empíricas para la prevención y tratamiento de la enfermedad, y (c) la evaluación del estado físico y psicológico antes, durante y después del tratamiento médico y psicológico” (Diccionario conciso de Psicología APA, 2010, p. 412).

Por otra parte Luzoro (1992) con respecto a la definición de la psicología de la salud, nos dice que esta es un sinónimo de medicina comportamental y ellos adoptan y retoman la definición que da la Academyf Behavioral Medicine Research que dice:

“el área interdisciplinaria que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de las ciencias comportamental y biomédica que son relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (en Luzoro, 1992, p. 27).

Fernández (2010) nos da otra definición, según la cual la psicología de la salud es un:

“Término que engloba una serie de técnicas y procedimientos terapéuticos que parten de un modelo biopsicosocial, en el que se establece que tanto la salud como la enfermedad suponen relaciones complejas entre factores biológicos, psicológicos y sociales” (Fernández, 2010, p. 261).

Otra de estas definiciones nos dice que la Psicología de la Salud es:

“la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por esta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que estos puedan tener lugar” (en Oblitas, 2008, p.222).

Y tiene como objetivos la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la evaluación y el tratamiento de enfermedades específicas y la evaluación y mejoramiento del sistema sanitario.

Otra definición es la que nos da Nunes, Garcia y Alba (2006), en la cual se considera la psicología de la salud como:

“un dominio de la psicología que recorre los conocimientos provenientes de los variados sectores de la psicología en vista de la promoción y protección de la

salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, identificación de la etiología y diagnóstico relacionado con la salud, enfermedad y disfunciones asociadas, análisis y mejora del sistema de cuidados de salud y perfeccionamiento de la política de salud” (en Nunes, García y Alba, 2006, p. 146).

Algo similar a esta definición es la que nos da Branon y Feist (2001), ellos definen a la psicología de la salud como:

“la rama de la psicología cuya preocupación se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas...incluye una serie de contribuciones de la psicología a la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo para la salud, la mejora del sistema sanitario y la influencia de la opinión pública asociada a aspectos sanitarios” (en Branon y Feist, 2001, p. 27).

También puede ser considerada la psicología de la salud como un área de especialización de la psicología la cual surge para dar respuesta a las demandas sociosanitarias. Sin embargo una definición más completa propuesta por Carrobles nos dice que:

“La psicología de la Salud es el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad” (citado en Buela-Casal y Carrobles, 1996, p. 8).

Marks y cols. (2008) ofrecen una definición operativa acerca de la Psicología de la Salud, “La Psicología de la Salud es un campo interdisciplinario que se ocupa de la aplicación de conocimientos y técnicas psicológicos para la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud” (en Marks y cols., 2008, p. 8). Por estos

autores definen como objetivo primordial de la Psicología de la Salud, el promover y mantener el bienestar de las personas, comunidades y poblaciones.

En 1982 Matarazzo definió a la Psicología de la Salud diciendo que:

“La psicología de la salud es el conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada al análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de la salud y la formación de políticas de salubridad” (en, Marks y cols., 2008, p. 9).

Ahora bien esta definición ha sido aceptada por la American Psychological Association (APA) y por otras organizaciones y es quizá la definición más utilizada por los psicólogos de la salud.

Por otra parte con respecto a la definición de Matarazzo, Morrison y Bennett (2008) mencionan cuatro de los objetivos de la psicología de la salud derivados de dicha definición los cuales se mencionan a continuación:

- “-la promoción y mantenimiento de la salud;
- mejora de los sistemas de atención sanitaria y de la política sanitaria;
- la prevención y el tratamiento de las enfermedades;
- las causas de las enfermedades, por ejemplo, factores de riesgo/vulnerabilidad” (Morrison y Bennett, 2008, p.30).

Lo cual concuerda con lo que exponen Amigo y cols. (1998), pues al respecto de la definición de Matarazzo, ellos mencionan que tal definición engloba cuatro de las funciones de la psicología de la salud, las cuales mencionaremos a continuación.

Estando en primer lugar el mantenimiento y promoción de la salud, en segundo lugar el tratamiento y la prevención de las enfermedades, en tercer lugar se encuentra la etiología y la correlación entre la salud, enfermedad y las

disfunciones. Y finalmente también atañe a la psicología de la salud el estudio del sistema sanitario y la generación de una nueva política sanitaria.

Por otra parte en 1988 Stone G. C., definió la psicología de la salud como “la aplicación de cualquier concepto, aspecto o técnica psicológica a la problemática de la salud” (en León y cols., 2004, p.42).

Por su parte León y cols. (2004) nos dicen que para ellos la psicología de la salud “es la integración, y no la mera suma, de contribuciones que, aun ocupándose de aspectos distintos del comportamiento, comparten idénticas dimensiones del concepto salud” (León y cols. 2004, p. 44). Y dicha disciplina tiene como objetivo poder comprender la influencia y el impacto que tienen los factores psicosociales en la salud, así como también como es que dichos factores ayudan a que las personas tengan una calidad de vida y su manera de actuar ante las enfermedades.

Otra definición es la que nos da Morales, F. (2002) al respecto de la cual el menciona que la Psicología de la Salud debería ser considerada como “la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud enfermedad y de la atención de la salud” (Morales, F., 2002, p. 38). Así mismo este autor agrega que dentro de este modelo es prescindible hacer una integración de las tecnologías y los enfoques de la psicología los cuales estarán encaminados al saneamiento de la salud mental de aquellas personas que así lo requieran, sin embargo dichos enfoques deberán estar dirigidos tanto a la promoción de la salud como a la prevención.

Finalmente Morales, F. (2002) menciona que la Psicología de la Salud es por una parte, una práctica profesional de los psicólogos en cualquiera de los servicios de salud, a nivel poblacional o individual y, por otra parte es un sistema tanto de conocimientos como de tecnología.

Estas son solo algunas de las definiciones encontradas, de las cuales tienen puntos en común pero sobre todo coinciden en la preocupación existente por una

mejora en el cuidado de la salud. Y haciendo una recopilación de dichas definiciones podemos decir que la Psicología de la Salud es una rama de la psicología que se encarga del estudio de los procesos de salud y enfermedad, valiéndose de las diversas herramientas de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y en el tratamiento de la enfermedad, así como de las variables que intervienen en estos. Por otra parte la psicología de la salud también se interesa en el mejoramiento del sistema de cuidado de la salud y de las políticas de salubridad.

2.3. Surgimiento de la Psicología de la Salud en México

En lo referente al surgimiento de la psicología de la salud en México, se tiene muy poca información al respecto, puesto que si bien la psicología de la salud es un área joven, es de suponerse que en nuestro país lo sea aún más, sin embargo Leonardo Reynoso e Isaac Seligson, ambos catedráticos de la UNAM, coordinaron un libro que lleva por nombre “Psicología y Salud” (2002), en el cual hablan un poco acerca de la psicología de la salud, en cuanto a lo que se ha realizado en México, de lo cual mencionan que fue debido al desarrollo del Análisis Conductual Aplicado que fue llevado a cabo con éxito en campos como la educación, las instituciones psiquiátricas, las desviaciones conductuales, etc.. Aunado al surgimiento de un nuevo enfoque de tratamiento clínico denominado como la terapia cognoscitivo-conductual. Es gracias a estas dos corrientes que se da el nacimiento de un nuevo enfoque de prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas, el cual es conocido como Psicología de la Salud. Y las investigaciones hechas en México sobre psicología de la salud datan desde hace 20 años, sin embargo desde hace 15 años se han llevado a cabo investigaciones que se encuentran relacionadas con el área de estrés y afrontamiento ante problemas de salud enfocándose en enfermedades crónicas degenerativas. Por otra parte obtuvieron un financiamiento de CONACyT para llevar a cabo investigación en dicha área.

Aunado a lo anterior, en ese mismo libro se hacen la pregunta sobre, si realmente ¿existe una Psicología de la Salud para América Latina?, de dicha pregunta se dice que, sí existe una Psicología de la Salud para América Latina, sin embargo dicha disciplina se encuentra aun en vías de desarrollo, aun es limitada y en ocasiones insuficientes para las necesidades que surgen en los servicios de salud actualmente y que se enfrenta a diversos desafíos. Por otra parte la consolidación de esta disciplina según Francisco Morales estará en función de los avances de la psicología y del área de la salud; del crecimiento de dicha disciplina en los servicios de salud y finalmente de la inclusión de los aportes de la psicología así como de disciplinas relacionadas con lo biológico y lo social (Reynoso y Seligson, 2002).

Por otra parte Grau (2005) da una descripción del surgimiento de la Psicología de la Salud más detallada, la cual expondremos a continuación.

Según Grau (2005) la Psicología de la Salud aparece en México entre los años de 1982 y 1983. Y el primer libro sobre Psicología de la Salud en español apareció en México en el año de 1986, en ese mismo año la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en conjunto con la Secretaria de Salubridad introducían una maestría con el modelo de residencias medicas.

Cuatro años después la UNAM y el Hospital General de México recibieron el Congreso Internacional de Psicología y Salud, y se inicio una Residencia en Atención Integral a la Salud, la cual incluía a los psicólogos.

En 1991 surge la revista “Psicología y Salud” dirigida por Rafael Bulle-Goyri, en la Universidad de Veracruz. Y cinco años después se llevo a cabo en la UNAM la Conferencia Latinoamericana de Psicología y Salud. Y por otra parte en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara se dio inicio al Posgrado Regional Norte-Occidente que contaba con maestría y doctorado en Psicología de la Salud, gracias a dicho posgrado la Psicología de la Salud se difundió en otras ciudades de la república como lo fueron Culiacán, Colima, Zacatecas, entre otros.

En 1998 en la ciudad de Guadalajara se llevo a cabo el primer Congreso Mexicano en Psicología de la Salud, el cual tuvo como marco de referencia el posgrado que se llevo a cabo en la Universidad de esa misma ciudad en 1996. Y en 1999 se llevo a cabo el segundo Congreso el cual tuvo sede en la ciudad de Veracruz.

Entre los años de 1995 y 1998 se llevaron a cabo diversos eventos en Colima, Guadalajara, Zacatecas y Culiacán los cuales tenían que ver con el Posgrado Regional que ya anteriormente se menciono.

Es importante mencionar algunos de los psicólogos que han difundido la psicología de la salud en México entre ellos están Godeleva R. Ortiz, Rosa Marta Meda, Andrés Palomera, Graciela Rodríguez, Mario Rojas, Benjamín Domínguez, Jorge Arauz, José Méndez, Julio Piña, Yamilet Ehrenzweig, Javier Beltrán, Irma Torres, Lourdes Pérez, Jorge Fernández, según lo refiere Grau (2005).

Dichos autores han tenido un gran intercambio académico con psicólogos de otros países como Cuba, de lo cual se llevo a cabo un convenio para que se llevara a cabo un Programa Internacional de Maestría en Psicología de la Salud en el año 2005, teniendo como sede el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara, dirigido por Edelsys Hernández Meléndez proveniente de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba y Andrés Palomera Chávez proveniente de la Universidad de Guadalajara, contando dicho posgrado con docentes cubanos y mexicanos.

Lo anterior nos da un panorama de la situación de la Psicología de la Salud en México y de los grandes esfuerzos de algunos psicólogos mexicanos como de otros países han llevado a cabo para que día a día sea una disciplina que pueda ser integrada en más escenarios de acción y sea llevada a cabo por más psicólogos.

3. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

3.1 Antecedentes del Sistema de Salud en México

Con respecto a los antecedentes y el surgimiento del sistema de salud en México la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en el año de 2005 publicó un libro llamado “Estudios de la OCDE sobre el sistema de salud México” de dicho libro retomaremos como se dio el surgimiento del sistema de salud en México, el cual expondremos a continuación.

El surgimiento del sistema de salud en México da inicio en la década de 1930, con la consolidación pos-revolucionaria. Debido a la necesidad de la intervención del gobierno en los asuntos correspondientes a la política social es que se deja al Estado a cargo de la prestación de los servicios de salud así como el financiamiento de estos.

Debido a la situación que se vivía en aquellos momentos el gobierno decidió centrar sus acciones al mejoramiento de la higiene, a atacar a las enfermedades de tipo contagiosas, a la planificación familiar y a prestar los servicios de salud básica en aquellas zonas en las cuales no llegaban dichos servicios, esto en lo correspondiente a las instituciones tanto públicas como privadas que prestaban servicios de atención médica.

En el año de 1937 nace la Secretaría de Asistencia Pública que junto con el Departamento de Salubridad Pública (creado en 1917) se encargan de la coordinación de la política de salud. Debido a esto se generaron más centros médicos en zonas urbanas y algunas zonas rurales, así como también se hizo hincapié en la protección de poblaciones específicas como la infantil, trabajadores del estado y la milicia.

Sin embargo fue hasta la década de 1940 que se da la estructura del sistema de salud que se tiene en épocas actuales. Tres años después se unen la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública, dando

origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), con la finalidad de establecer una política de salud pública general y de que los servicios de salud pudieran extenderse a una mayor parte de la población pobre.

Ahora bien de manera casi simultánea se da la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), creado para la atención de los trabajadores en sectores específicos así como parte de las prestación de seguridad social, aquellos trabajadores asalariados contarían con servicios de salud, así como también una especie de pensión obtenida con el paso de la edad.

Para el año de 1960 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que como su nombre lo indica prestaba servicios de salud a los trabajadores del Estado, además de otros beneficios. Sin embargo también se tenía la necesidad de prestar servicios de salud a otros sectores como a los trabajadores de la industria petrolera (PEMEX). Sin embargo también estaban aquellas personas que trabajaban pero que no tenían un contrato de manera formal, es decir que entraban dentro del régimen de autoempleados o trabajadores del sector informal; para la atención de dichas personas estaban los hospitales públicos los cuales estaban en manos de la Secretaría de Salud.

Lo anterior llevo al Estado a dirigir la mayoría de los recursos de servicios de salud a los trabajadores que se encontraban organizados en zonas urbanas, ya que dicho grupo mantenía la estabilidad política del país así como el desarrollo económico de este, dejando a un lado a los grupos de personas que no pertenecían a este sector, es decir trabajadores que no contaban propiamente con contratos laborales formales, es entonces que el alcance a estos servicios de salud estaba basada en la capacidad de pago más no en la necesidad de tener acceso a estos. Sin embargo estos trabajadores no podían quedarse sin servicios de salud y era la Secretaria de Salubridad y Asistencia (SSA) quienes se encargaban de prestar servicios de salud a esta parte de la población y recibían un financiamiento únicamente por parte del gobierno federal, mientras que instituciones como el IMSS, PEMEX y el ISSSTE, lo recibían no solamente por parte del gobierno, sino también por parte de los trabajadores y de los que daban trabajo a estos. Lo cual por obvias razones genero que los recursos que eran

destinados para la SSA fueran escasos y que no hubiera una buena calidad en los servicios de salud en comparación con los de las instituciones de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX).

Lo cual con el paso del tiempo empeoró pues en la década de 1960 la diferencia de la accesibilidad a los servicios de salud entre las personas aseguradas es decir pertenecientes a instituciones de SS y las personas no aseguradas, es decir los que eran atendidos por la SSA, era bastante evidente. Y aunque se hicieron esfuerzos porque hubiera una mayor cobertura de los servicios de salud, esto no se logró.

Pero los esfuerzos no se detuvieron, ya que para la década de 1970, el Estado junto con el sistema SS se dieron a la tarea de incorporar a la población de las zonas rurales, marginadas y urbanas que son pertenecientes a la economía informal (que no estaba dentro del régimen de asegurados) dentro de los servicios de seguridad social, lo cual implicó que se les brindaran servicios de salud básicos. Este programa fue llamado IMSS-COPLAMAR y es lo que hoy en día se conoce como el programa IMSS-Oportunidades y aunque este programa era financiado por el gobierno, el IMSS era la institución que ponía en marcha dicho programa.

Ya para los años ochentas, se pretendía realizar reformas para que la población pudiera tener un mayor acceso a los servicios de salud además de una mejora en la calidad de estos. Lo anterior dio pie a que el gobierno intentara descentralizar a los servicios de la SSA, pues se pretendía dejar en manos de los estados las responsabilidades de la SSA.

Algunas de las acciones que se llevaron a cabo durante los años de 1984 a 1988 en lo que respecta a la descentralización de la SSA, fueron que en los estados se lograra una unión administrativa de aquellas oficinas de coordinación de la SSA con el programa IMSS-COPLAMAR y otros servicios de salud. Aunque cabe mencionar que solamente catorce estados llevaron a cabo dichas acciones.

También fue creado un Sistema Nacional de Salud (SNS) y se creó un Gabinete de Salud dirigido por el Presidente, con la finalidad de poder brindar

apoyo a las instituciones y generar acuerdos entre las diversas instituciones de salud que participaban en dichas acciones.

Durante este periodo surgió la Ley General de Salud (LGS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) sufrió un cambio en lo que respecta a su nombre y es lo que en la actualidad conocemos como Secretaría de Salud.

Ya para la década de 1990 se dio la segunda fase del proceso de descentralización, a lo cual el resto de los estados se unieron a dicho proceso pues se pretendía fortalecer aún más los servicios estatales de salud.

Durante el periodo de 1995 al año 2000, se llevaron a cabo acciones para que la población que no estaba asegurada pudiera tener un mayor acceso y una ampliación a los servicios de salud, por lo cual se llevaron a cabo programas como el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). A principios de la primera década de este siglo se llevo a cabo el programa “Solidaridad” el cual pretendía combatir la pobreza, el cual años después se llamo “Progresas” y que en la actualidad es conocido como el programa de “Oportunidades” y dicho programa también se encargaba de la salud. Además de que durante dicho periodo se seguían tomando medidas para que se pudiera dar mayor cobertura a los servicios de salud y se seguían llevando a cabo reformas para la mejora de la cobertura de dichos servicios.

3.2 Organización del Sistema de Salud en México

Tanto en México como en los demás países existe una tendencia para organizar y coordinar los servicios que presta la atención medica que trabajan en el ámbito nacional, esto con la finalidad de poder integrarlos para así poder construir lo que es un “sistema nacional de salud”.

Ahora bien Manuel Barquin (1985), nos brinda una amplia descripción sobre el sistema de salud en México, el comenta que dicho sistema de salud “se establece para satisfacer una función social que se manifiesta por necesidades y demandas de servicios de salud” (Barquin, 1985, p. 2). Por otra parte dicho sistema

de salud cuenta con una estructura y dentro de esta se encuentra un ministerio o secretaría de estado la cual tiene como función formular, organizar y ejecutar en toda la nación, una política integral de salud.

El sistema de salud está integrado por tres niveles de atención, el primer nivel de atención corresponde a las unidades médicas, en donde se ocupan de la detección, diagnóstico y tratamiento de problemas simples, así como también es en este nivel de atención en donde se llevan las detecciones oportunas para canalizarlas a los otros niveles de atención. La finalidad del primer nivel es preservar y conservar la salud de la población en general a través de la promoción, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de aquellos padecimientos de cuya solución es obtenida mediante recursos simples. Este tipo de nivel de atención es accesible a la población debido a su cercanía, es una atención simple y continua la cual representa poca complejidad.

En cuanto a las funciones de este nivel Vazquez Camacho (1989) menciona que están:

- Consulta general
- Planificación familiar
- Medicina preventiva
- Educación para la salud
- Epidemiología
- Dental, entre otras

Además de contar con exámenes básicos de laboratorio como lo son la biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, V.D.R.L., y también exámenes básicos de rayos X, como lo son, un simple de abdomen, telerradiografía de tórax, serie ósea, los cuales no requieren de un radiólogo.

Algo similar lo dicho por Vazquez (1989) con respecto a las funciones del primer nivel de atención, y por otra parte Barquin (1985) da una descripción

detallada de los servicios o las actividades llevadas a cabo en el primer nivel de atención y son los siguientes

- Conocer el nivel de salud individual, familiar y de la comunidad.
- Capacitar y orientar a la comunidad sobre el cuidado de su salud, dividiendo a la comunidad en grupos de adultos, grupos juveniles, embarazadas y mujeres en periodo de lactancia, mujeres en edad fértil y escolares.
- Nutrición: proporcionar orientación nutricional a la población, así como también alimentación complementaria a menores de 4 años, embarazadas y madres que se encuentren lactando.
- Detección de problemas de control ambiental.
- Vacunaciones: contra tuberculosis, difteria, tosferina, tétanos, poliomielitis y sarampión, etc.
- Detección temprana de enfermedades crónico degenerativas.
- Control y vigilancia de enfermedades transmisibles.
- Atención odontológica.
- Consulta médica general: por grupo de edades, enfermos, sanos, planificación familiar, control del embarazo y puerperio normal y atención del parto normal, detección de incapacidades y referencia para su tratamiento y rehabilitación.
- Atención y referencia de urgencias medicoquirúrgicas, canalización a otro nivel.
- Capacitación de personal auxiliar de la comunidad.
- Canalizar a pacientes a otros niveles de atención por problemas de control sanitario y ambiental, para estudios de laboratorio, etc.

Ahora hablaremos del segundo nivel de atención corresponde a hospitales, independientemente de su dimensión, Vazquez Camacho (1989) menciona que en este nivel de atención se encuentran médicos especialistas de distintas disciplinas científicas y los básicos son la Cirugía General, Ginecoobstetricia, Medicina Interna

y Pediatría, de las cuales se agregan algunas subespecialidades como lo son Otorrinolaringología, Oftalmología, Angiología, Cardiología, Neumología, Neurología, entre otras.

Por otra parte en cuanto a su laboratorio clínico, este es más completo, por lo tanto puede llevar a cabo exámenes más específicos y de especialidad. En este nivel de atención a diferencia del primer nivel, existe propiamente un radiólogo quien ayuda al diagnóstico y pronóstico integral de los casos clínicos del hospital. Aunado a esto, aparecen gabinetes electrodiagnósticos de electrocardiografía, electroencefalografía y ultraecsonografía, etc.

De acuerdo a Barquin (1985) en este nivel de atención las actividades llevadas a cabo van encaminadas a la restauración de la salud, atendiendo casos de mediana complejidad, los pacientes que son atendidos son aquellos referidos del primer nivel de atención y aquellos que se presentan con urgencias médicas o quirúrgicas, ahora en cuanto a la atención de las personas están:

- Prevención: vacunación a recién nacidos y en casos especiales, vigilancia epidemiológica, control de la mujer en edad reproductiva, planificación familiar.
- Curación: atención de pacientes ambulatorios con padecimientos los cuales deben ser atendidos en las especialidades de medicina interna, pediatría, cirugía, ginecoobstetricia, traumatología, otorrinolaringología, dermatología y oftalmología. También la atención de pacientes hospitalizados en pediatría, cirugía general, ginecoobstetricia y medicina interna. Dentro de este rubro también se suman las actividades correspondientes al laboratorio clínico, hematología, bacteriología, serología, química clínica, anatomía patológica, laboratorio de control sanitario, bacteriología en agua y alimentos, banco de sangre, radiología clínica, electrocardiografía y prevención de incapacidades.
- Rehabilitación: se refieren los casos al tercer nivel de atención y se hace un seguimiento de los pacientes que se ha mandado a dicho nivel en lo que respecta al progreso de la rehabilitación.

Por otra parte también se encuentran las actividades encaminadas a la atención del medio ambiente dentro de las cuales están:

- Control sanitario
- Saneamiento del medio
- Control ambiental
- Enseñanza
- Investigación

Para finalizar hablaremos sobre el tercer nivel de atención, del cual Vazquez Camacho (1989) menciona que son unidades médicas e institutos, que cuentan con la mejor y más actualizada tecnología diagnóstica terapéutica, dentro de este nivel los servicios que aparecen son:

- Terapia intensiva
- Unidad de coronarios
- Hemodinámica
- Medicina nuclear
- Endoscopías
- Laboratorio de hormonas
- Radioterapia

Barquin (1985) dice que en el tercer nivel de atención se realizan actividades encaminadas a la restauración y rehabilitación de la salud, para personas que tienen padecimientos complejos y que han sido referidos por otros niveles de atención, así como también se utiliza una tecnología especializada y muy compleja por lo que el personal que ahí labore deberá estar calificado en su área en la que se desempeñe.

En cuanto a las actividades encaminadas a la atención de las personas se encuentran:

- Prevención: aplicación de diversas vacunas a los recién nacidos, vigilancia epidemiológica intrahospitalaria, aplicación de vacunas especiales como lo son rabia viruela, hepatitis, etc., en casos especiales.
- Sistema urbano integral de urgencias: se encarga de la rehabilitación física
- Curación: atención de los paciente ambulatorios y hospitalarios en diferentes especialidades medicoquirúrgicas
- Enseñanza: formación de personas en diversas especialidades de hospital.
- Investigación: se lleva a cabo la investigación básica o biomédica, clínica, de servicios de salud y de los efectos del ambiente en la salud del individuo.
- Control ambiental: investigaciones sobre aspectos ambientales que influyen en la salud de los individuos.
- Demanda: hay una consulta externa la cual está especializada para enfermos ambulatorios.

3.3. Atención primaria de la salud

Para comenzar al hablar de la atención primaria de la salud, es importante definirla, así que retomare la cita que hace Infante y cols., (2005) en la cual se mencionan que la OMS define la atención primaria de la salud como:

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad, mediante su plena participación y aun costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu responsable y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del

sistema de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto del Sistema Nacional de salud con los individuos, la familia y la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye un elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (en Hernández y Grau, 2005, p. 255).

Por otra parte Kroeger y Luna (1987) de manera más concisa nos dicen que la atención primaria de la salud es la “Organización de los recursos (humanos, físicos y financieros) en servicios básicos para la atención primaria que parten de la comunidad misma y son apoyados por otros niveles de mayor complejidad (secundarios, terciarios, etc.)” (Kroeger y Luna, 1987, p. 7).

Ahora bien estos autores nos dan como marco conceptual de la atención primaria de la salud, la existencia de una política de salud la cual en 1977 fue aceptada por la OMS y fue llamada salud para todos en el año 2000, sin embargo un año después en una reunión de Alma Ata se concluyó que para que dicha política pudiera realizarse se necesitaba entonces de una nueva estrategia la cual fue denominada “atención primaria de la salud”.

Por otra parte también se definieron algunos de las metas mínimas de dicha atención en cuanto a la región de las Américas, dichas metas son:

- Que la esperanza de vida fuese mayor de los setenta años
- Que hubiera menos del 30% en cuanto a la mortalidad infantil se refiere
- Y una mortalidad menor a 2.4% en niño de 1 a 4 años
- Vacunación al 100% de embarazadas y niños
- 100% de la cobertura de servicios de salud
- 100% de agua potable y la eliminación de los excrementos

Infante y cols. (2005) mencionan que la atención primaria de la salud (APS) es reconocida a finales de la década de los setenta, siendo así que la atención

primaria representaba el camino a través del cual podía llevarse la salud a diversas poblaciones.

Por otra parte Infante y cols. (2005) también mencionan, que la OMS ha propuesto 10 estrategias de la atención primaria de salud las cuales son:

1. “Coordinación multisectorial
2. Participación popular
3. Utilización de tecnología apropiada
4. Medicamentos esenciales
5. Educación sanitaria
6. Disponibilidad de alimentos
7. Nutrición adecuada
8. Agua y saneamiento básico
9. Inmunizaciones
10. Lucha contra enfermedades endémicas, locales, y otras no endémicas” (en Hernández y Grau, 2005, p. 256).

Sin embargo al respecto de dichas estrategias Infante y cols. (2005) comenta que el llevarlas a cabo representa algunas dificultades, puesto que en el orden profesional existen algunas diferencias de tipo conceptual respecto a diversos aspectos como el trabajo en equipo, la integración multidisciplinaria, etc. Y en el orden ideológico y política hay una contrariedad en los intereses de este modelo.

Por su parte Kroeger y Luna (1987) menciona que para que la atención primaria de la salud alcance sus metas es necesario llevar a cabo acciones integrales lo cual quiere decir que no solamente se tiene que hacer énfasis en lo curativo sino más bien en lo preventivo. Jerarquizándose así a la prevención como:

- Prevención primaria: que se refiere a la protección de la salud y a la promoción de la misma
- Prevención secundaria: que se refiere a la curación

- Prevención terciaria: que hace referencia a la rehabilitación

Ahora bien, en cuanto a los programas dentro de la atención primaria de la salud, Kroeger y Luna (1987) mencionan que es importante tomar en cuenta algunas características generales para la implementación de estos:

- Tienen que asegurar el acceso de dichos servicios a toda la población.
- Deben de establecerse las actividades de promoción de la salud y prevención, conjuntamente con las correspondientes al tratamiento y a la rehabilitación.
- Deben de tener como unas de sus características primordiales a la universalidad de los servicios, la igual de oportunidades y la continuidad del servicio.
- Debe llevarse a cabo una investigación y selección acerca de cuáles son las necesidades prioritarias que se deben cubrir para poder saber cuáles son los elementos del programa que se necesitan tener para poder cubrir las necesidades por ejemplo de la salud materno- infantil, inmunización, de las enfermedades respiratorias, crónicas, cardiovasculares, etc.

Por su parte Infante y cols. (2005), muestran el panorama de la atención primaria de la salud en Cuba y su relación con la psicología, lo cual no debe resultar sorprendente, pues como bien se dijo en el capítulo anterior, fue precisamente en Cuba, en donde se dan los inicios del surgimiento de la psicología de la salud, es por obvias razones que existe un gran interés por la salud dentro un modelo multidisciplinario.

Es entonces que dichos autores nos dicen al respecto, qué la inclusión de la psicología de la salud en la atención primaria de la salud en Cuba se ha ido desarrollando de manera paulatina sin embargo se ha visto condicionado por factores como los avances que ha tenido la psicología y los aportes que ha dado en el proceso de salud-enfermedad. Otro de los factores es el crecimiento del Sistema Nacional de Salud, así como la necesidad de un enfoque multidisciplinario en lo

concerniente a los problemas de salud. Y finalmente el desarrollo social y económico que ha tenido Cuba a partir de la década de los sesenta.

El desarrollo de la atención primaria de la salud en Cuba comienza en 1960 teniendo como base la creación del Ministerio de Salud Pública, que dio pie a la inclusión de las clínicas privadas, estatales y mutualistas en un Sistema Nacional de Salud. Cuatro años después surgieron las clínicas y hospitales con distintas especialidades médicas y quirúrgicas integrales, lo cual conllevó a que se pudieran llevar a cabo los programas de salud encaminados a grupos específicos poblacionales.

Ya para el año de 1973 se comienza a pensar en la atención integral, dentro de los programas de salud. Un año después se instaura el modelo de medicina en la comunidad, dando pie al crecimiento de los programas dirigidos a la promoción de la salud y al trabajo con los grupos de riesgo.

Para el año de 1984 en el Sistema de Salud se da una revolución que conllevó a un cambio en su enfoque en todos los niveles y estructuras del sistema de salud, este se enfocó más en la salud tanto del individuo, como de la familia y la comunidad y las intervenciones que se daban a estos sectores incluían las de tipo sociopsicológico dentro de la práctica médica.

Infante y cols. (2005) también mencionan que después de que hubo diversos programas se dio la integración de todas las acciones de salud en un solo programa llamado "programa de atención integral a la familia".

Así como también dentro de este programa están diversas de las labores en las cuales se requiere del psicólogo, por ejemplo:

- La orientación o la psicoterapia para niños, adolescentes y adultos.
- La atención a los enfermos crónicos que presenten factores de riesgo en el orden psicosocial.
- Terapia de pareja.
- Conformar y organizar grupos de terapia.
- Llevar a cabo consultas con otros especialistas, medicina general, pediatría, psiquiatría, etc.
- Crear grupos de autoayuda para pacientes discapacitados, entre otras actividades.

3.4 Trabajando desde el primer nivel: Programas en el primer nivel de atención

Con respecto a los programas de salud que se han hecho en el primer nivel de atención, llevados a cabo por psicólogos o realizados por psicólogos, se puede encontrar en la página de la Secretaría de Salud (<http://www.salud.df.gob.mx>), un programa para adicciones que se lleva a cabo en los CAPA, los cuales se encuentran en el Distrito Federal, esto para la atención primaria de adicciones. Sin embargo la información que se encuentra en la pagina es escasa, ya que no se puede encontrar una descripción de los programas que se llevan a cabo ni de quien los imparte, al parecer el psicólogo actúa en colaboración con otros profesionales como lo son los médicos, sin embargo no describe que es lo que hacen con exactitud los profesionales que se encuentran en dicho programa, ni de qué manera se lleva a cabo.

Por otra parte también en esa misma página se encontraron otros programas de salud, de los cuales solo se hacían mención, aunque no se daba una descripción, sin embargo se mencionaran a continuación, ya que quizá en dichos programas el psicólogo tiene un papel importante, aunque no se da información sobre dichos programas, es decir no se sabe con exactitud si el psicólogo forme parte del equipo multidisciplinario que lleva a cabo estos programas.

- Adherencia terapéutica
- Programa contra el tabaquismo
- Programa contra el alcoholismo
- Programa contra la farmacodependencia
- Programa de Salud Mental
- Programa de violencia de género

Ahora bien regresando al tema de los UNEME-CAPA, en el portal ciudadano del Distrito Federal se da una descripción de estos, los cuales como sus siglas lo indican son Unidades de Especialidad Médica (UNEME) y Centros de Atención Primaria de Adicciones (CAPA) y tienen el objetivo de prevenir, detectar y dar

tratamiento contra las adicciones como los son el alcohol, tabaco y las drogas. Estas unidades sí son pertenecientes al primer nivel de atención y donde los especialistas a cargo son los psicólogos. Ahora bien algunos de los servicios que se dan en estos centros se dividen en “promoción y prevención de adicción” y por otra parte en “intervención y detección temprana”. Dentro del primero se llevan acciones como:

- “Identificación de riesgos e infraestructura comunitaria
- Capacitación, asesoría y apoyo a redes comunitarias y/o grupos preventivos
- Tamizaje y detección de personas vulnerables
- Tamizaje y detección de consumo experimental y abuso
- Orientación familiar sobre estilos positivos de crianza, solución pacífica de conflictos y sobre cultura de la legalidad y habilidades para la vida”
(http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=154)

Y en lo que corresponde a la intervención y la detección temprana se llevan acciones como:

- “Consejería individual y familiar
- Intervenciones y tratamientos breves para: alcoholismo, tabaquismo y otras drogas
- Intervenciones familiares
- Grupos de Ayuda Mutua
- Prevención de recaídas y cuidados posteriores”
(http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=154)

Ahora bien estos centros no son exclusivos del Distrito Federal puesto que existen otros de estos centros en el resto de la República Mexicana.

Por otra parte en la página de internet de la Secretaría de Salud de Tamaulipas <http://salud.tamaulipas.gob.mx/>, también se mencionan algunos programas de salud como los siguientes:

- *Epidemiología*

- *Medicina preventiva:*
 - Microbacteriosis
 - Prevención y control del VIH
 - Salud animal
 - Salud mental
 - Salud del adulto y del anciano

- *Salud Infantil y adolescencia:*
 - Discapacidad
 - Nutrición
 - Salud integral del adolescente
 - Salud integral del niño:
 - *Cáncer en la infancia y la adolescencia
 - *Estimulación temprana
 - *Prevención de retraso mental por hipotiroidismo congénito
 - *Prevención y control de enfermedades diarreicas
 - *Recién nacido
 - *Tos y catarro
 - Vacunación universal

- *Salud reproductiva*
 - Cáncer cérvico uterino
 - Cáncer de mama
 - Planificación familiar
 - Salud maternal y perinatal
 - Violencia familiar, sexual y contra las mujeres

- *Salud bucal*

De los anteriores programas se rescataran aquellos programas en los cuales se habla de la colaboración del psicólogo. Dentro de los programas preventivos, está el de la prevención y control del VIH, dicho programa tiene como objetivo “disminuir el crecimiento y los efectos de la epidemia del VIH/SIDA y otras ITS en el país, a través del fortalecimiento de la respuesta y la experiencia acumulada de todos los sectores, que permitan el acceso de todas las personas, incluyendo a las poblaciones clave, a servicios de prevención y atención, para incrementar sus capacidades en el auto cuidado de la salud sexual” (<http://salud.tamaulipas.gob.mx/programas/medicina-preventiva/prevencion-y-control-del-vih/>).²

En lo que corresponde a su misión está se refiere a la mejora de la atención y accesibilidad dicho servicio, ha personas con VIH además de personas con ITS, así como también solidificar la colaboración de las personas con VIH y el resto de la población en los programas preventivos, las campañas encaminas a la disminución de la discriminación y la homofobia. Y finalmente una mejora en la capacitación, coordinación y la movilización de recursos para la atención prenatal para la interrupción de la transmisión perinatal tanto de la sífilis como del VIH.

En cuanto a la visión de este programa, es que en el año 2012 se pueda observar una disminución en la prevalencia de las ITS y del VIH, teniendo un mayor acceso a los servicios de prevención, así como prácticas sexuales seguras por parte de la mayoría de la población.

Ahora bien las estrategias básicas para poder lograr conseguir todo lo anterior son:

- “Prevenir la transmisión del VIH y controlar la epidemia del SIDA.
- Prevenir y controlar las ITS.
- Prestar servicios de atención integral de calidad a las personas con VIH.

- Fortalecer las acciones de promoción de la salud sexual.
- Impulsar políticas para la disminución del estigma, discriminación, violaciones a derechos humanos y homofobia en poblaciones clave.
- Fortalecer la coparticipación multisectorial, social y ciudadana en la formulación de políticas en VIH/SIDA” (<http://salud.tamaulipas.gob.mx/programas/medicina-preventiva/prevencion-y-control-del-vih/>).²

Finalmente se menciona que es en los CAPASITS en donde se prestan dichos servicios, estos CAPASITS con centros ambulatorios de prevención y atención en SIDA e ITS, y los servicios que estos lugares ofrecen son:

- “Consulta médica, psicológica, de enfermería y nutrición.
- Condomes gratuitos.
- Tratamiento antirretroviral.
- Banco de leche para madres con VIH que tienen niños menores de 2 años.
- Cesáreas programadas para mujeres infectadas por el virus.
- Tratamiento para tuberculosis y neumonías.
- Aplicación de vacunas como neumonía, influenza y/o hepatitis.
- Servicios de laboratorio, consultas con especialistas, hospitalización, tratamiento de infecciones y medicamentos especializados (de acuerdo a estudio socioeconómico)” (<http://web.ssaver.gob.mx/vih/capasits-4/>)¹

Para que las personas puedan tener acceso a este servicio es necesario cumplir los siguientes requisitos:

- “Ser mexicano (a).
- Carecer de derechohabencia de IMSS, ISSSTE o SEDENA.
- No contar con recursos económicos.

- Tener diagnóstico definitivo de VIH-SIDA por una institución de salud, con estudio epidemiológico.
- Contar con estudios de linfocitos cd4 y carga viral.
- Cumplir con las condiciones establecidas en la “Guía de Tratamiento”.
- Tener historial de cumplimiento en tratamiento o de citas regulares que aseguren la adherencia.
- No haber sido excluido de un protocolo clínico por falta de interés y asistencia.
- Contar con el C.U.R.P.” (<http://web.ssaver.gob.mx/vih/capasits-4/>).¹

Finalmente es importante mencionar que estos CAPASITS se encuentran en toda la República Mexica y los servicios no son exclusivos del estado de Tamaulipas.

Por otra parte en lo que respecta al programa de Salud Mental de Tamaulipas, al principio comienza dándonos el panorama de la Salud Mental, pues se menciona que según cálculos de la OMS muestran la morbilidad de cinco de cada diez personas de entre 15 y 44 años es debida a trastornos mentales. Y la depresión, trastornos relacionados con el consumo de alcohol, la esquizofrenia, la bipolaridad y las autolesiones son considerados como trastornos mentales.

Dichos trastornos representan un grave problema de salud en todo el mundo, sin embargo es posible prevenir estos trastornos, así mismo que existen estrategias para llevar a cabo una intervención adecuada.

Por otra parte en cuanto al objetivo del programa de Salud Mental, este es:

“Promover la salud mental de la población, prevenir el desarrollo de problemas y trastornos mentales y reducir los efectos secundarios productos de los mismos, a través de un proceso integral de atención intersectorial y

multidisciplinario que promueva la equidad y la calidad de los servicios en sus diferentes niveles de intervención” (<http://salud.tamaulipas.gob.mx/programas/medicina-preventiva/salud-mental/>).³

En cuanto a la misión del programa, esta pretende que las personas que requieran el servicio de salud mental, obtengan una atención de calidad, mediante acciones de promoción, prevención y rehabilitación en lo correspondiente a la salud mental, para poder reintegrar al usuario al medio en el cual se desarrolla.

Su visión hace referencia a la Reforma Psiquiátrica en México y el crecimiento de esta, utilizando las estructuras del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, para la creación de otras instituciones y la modificación de las ya existentes, tendiendo como fundamento el respeto hacia los usuarios.

Y para poder lograr lo anterior es necesario implementar una serie de estrategias como:

- Un sistema de diagnóstico epidemiológico en salud mental en la entidad.
- El desarrollo de programas específicos con estrategias y actividades de promoción, educación en salud mental, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación psicosocial, así como de investigación.
- Reforzar la estructura de recursos humanos y capacitarlos continuamente.
- Reforzar la infraestructura de la Red de S.M., considerando el Modelo Hidalgo en atención a la salud mental.

Ahora bien, el programa de Salud Mental antes expuesto, en lo correspondiente al primer nivel de atención, opera en 12 Jurisdicciones Sanitarias, en Hospitales Generales, Civiles centro Oncológico, Hospital Infantil, llevándose a cabo acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, referencia y seguimiento. Y en el segundo nivel de atención se llevan a cabo acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento ambulatorio, psicológico y psiquiátrico, dichas acciones son llevadas a cabo en las Unidades de

Especialidades Médicas y en el Centro Integral de Salud Mental de Ciudad Victoria y Nuevo Laredo. Y se llevan a cabo programas de rehabilitación psicosocial en el Centro Estatal de Salud Mental en Matamoros y el Hospital Psiquiátrico de Tampico.

Otro de los programas que al parecer cuenta con la colaboración del psicólogo es el programa de Salud integral del adolescente, puesto que según este programa se pretende brindarles a los adolescentes una atención integral, promocionando estilos de vida saludables a través de la atención médica y psicológica.

La visión de dicho programa es que los adolescentes puedan adquirir aquellas capacidades que les sirvan en la toma de decisiones, con ello se pretende disminuir daños y riesgos a su salud, sin embargo también se pretende el apoyo de organismos, instituciones, sectores, sociedad y la familia de estos adolescentes.

En cuanto a la misión del programa es, llevar a cabo acciones preventivas, de atención y rehabilitación, hacia los adolescentes, que los doten de elementos para que puedan afrontar aquellas situaciones que los puedan poner en riesgo.

Ahora bien el objetivo del programa de salud integral del adolescente es mejorar la salud los adolescentes, a través de la atención integral, centrándose en temas como la salud reproductiva, la promoción de la salud, la prevención de daños y los servicios personales de salud.

Por otra parte se tienen también algunas de las principales actividades a desarrollar, las cuales mencionaremos a continuación:

1. “Realizar cursos-taller dirigido a padres de adolescentes.
2. Llevar a cabo acciones de fortalecimiento: ferias de la salud del adolescente y Rallys juveniles “Mi paso por la adolescencia”.
3. Promover proyectos de comunidades saludables dirigidos a población adolescente.
4. Otorgar el paquete de línea de vida para adolescentes.

5. Promover e incrementar la cobertura de adolescentes que reciben las intervenciones de la cartilla nacional de salud.
6. Brindar capacitación en salud integral con énfasis en salud reproductiva a personal de instituciones que trabajan con adolescentes.
7. Capacitar a adolescentes en los contenidos temáticos del programa.
8. Capacitar al personal de salud en atención integral al adolescente y prevención de la violencia y maltrato en adolescentes.
9. Realizar curso-taller sobre orientación-consejería al personal de los Módulos de Servicios Amigables del Adolescente.
10. Conformar el Grupo de Atención Integral del Adolescente, GAIA.
11. Fortalecer la investigación en temas relacionados con la salud de los adolescentes.
12. Realizar la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia.
13. Llevar a cabo campañas preventivas en medios de comunicación masiva sobre prevención de embarazo en adolescentes.
14. Elaborar materiales de información, educación y comunicación (IEC).
15. Brindar orientación-consejería a adolescentes que acuden a los Módulos de Servicios Amigables del Adolescente en unidades de I y II nivel de atención.
16. Promover en el adolescente sus derechos sexuales y reproductivos.
17. Conformar Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud, GAPS en escuelas y unidades de salud.
18. Capacitar al 100% de los integrantes de los GAPS” (<http://salud.tamaulipas.gob.mx/programas/salud-de-infancia-y-adolescencia/salud-integral-del-adolescente/>).⁴

Sin embargo al final de la pagina, se presentaba un calendario con fecha del año 2012 en el cual, al parecer se llevaron a cabo estas acciones, y las fechas fueron, la tercera semana del mes de septiembre donde se llevo a cabo la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia y el 26 de septiembre donde llevo a cabo el día nacional para la prevención del embarazo no planeado en

adolescentes. Con lo anterior se pone de manifiesto que el Programa de salud integral del adolescente quizá no se encuentra vigente durante todo el año.

Otro de los programas donde tiene cabida el psicólogo es, en el programa de Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, el cual tiene como objetivo la disminución de los daños a la salud de las mujeres, generados por la violencia, haciendo hincapié en aquellas mujeres que se encuentren en mayor riesgo o vulnerabilidad.

La población a la cual está dirigido este programa es a mujeres de 15 años en adelante que se encuentren en riesgo de violencia por nupcialidad.

Ahora bien dicho programa pretende que se promueva la detección oportuna de la violencia de género y familiar, en instituciones del sistema estatal de salud, así como también garantizar la atención médica y psicológica especializada.

Garantizar la protección de aquellas mujeres e hijos, que se encuentren en una situación de violencia extrema, brindándolas un espacio seguro, así como atención médica, psicológica y orientación legal.

Por otra parte tanto el programa de “planificación familiar” como el de “estimulación temprana” y en el de “discapacidad” son algunos de los programas en los cuales debido a la descripción que se presenta, entraría dentro del equipo multidisciplinario para llevarlos a cabo, sin embargo en ninguno de estos programas se hace mención de la participación del psicólogo.

Cabe mencionar que en los programas que fueron descritos anteriormente, se habla de la participación del psicólogo, sin embargo no se hace de una manera explícita, puesto que no se describen exactamente cuáles son las funciones que este profesional desempeña en cada programa y también es importante mencionar que en la mayoría de dichos programas el psicólogo no colabora en el primer nivel de atención ya que en la mayoría de los casos la labor informativa y preventiva corre por cuenta de enfermeros y enfermeras y/o trabajadoras sociales, siendo el psicólogo el que actúe en el segundo o tercer nivel, una vez que se haya detectado la problemática y en lo que correspondería al tratamiento o

rehabilitación más no en el ámbito preventivo. Siendo su participación en instituciones especializadas como lo es el caso de los CAPASITS.

Ahora bien, en la página de la Secretaria de Salud de Tamaulipas, fue donde se encontró una descripción un poco más detallada sobre los programas, en comparación con la página de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, Veracruz y El estado de México, y aunque algunos de los programas coinciden, no se da presenta una descripción como en la del estado de Tamaulipas.

Por otra parte, en la pagina del Instituto Mexicano del Seguro Social <http://www.imss.gob.mx>, no se encontró algún programa sobre Salud Mental, o el cual sea llevado a cabo por psicólogos o impartido por ellos.

La información que se pudo obtener es insuficiente, lo cual puede indicar que el trabajo del psicólogo en el sector salud y hospitalario aun no está bien definido y quizá aun no se acepta como tal su inserción a los equipos de trabajo, por otra parte valdría la pena hacer una búsqueda aun más extensa sobre otras instituciones o en otros estados de la República Mexicana.

4. FUNCIONES DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD

4.1. Áreas de intervención del psicólogo de la salud

Para poder hablar de las funciones y/o actividades que lleva a cabo el psicólogo de la salud es importante primero hablar en qué áreas puede llevar a cabo dichas funciones, por tal motivo a continuación describiremos las áreas de intervención del psicólogo de la salud.

4.1.1. Promoción de la salud y prevención de enfermedades

Para comenzar a hablar sobre la promoción de la salud es importante hablar del surgimiento del concepto, el cual según Flórez (2007) aparece por primera vez en el año de 1945 y fue utilizado por el médico Henry Sigerist, al proponer como tareas de la medicina a la “promoción de la salud”, prevención de las enfermedades, además del restablecimiento de los enfermos y finalmente la rehabilitación.

Y por el contrario Rodríguez y Neipp (2008), nos mencionan que el termino de promoción de la salud, aparece por primera vez en un informe escrito por Marc Lalonde, el cual fue llamado “una nueva perspectiva de la salud de los canadienses” en el año de 1974. Dicho informe enmarcaba a los estilos de vida, las características biofísicas, al ineficiente suministro de los cuidados de la salud y la contaminación del ambiente como factores causantes de la muerte y de las enfermedades en las personas. Lo cual podía disminuir si se llevaban cambios en los estilos de vida y se hacían mejoras en el ambiente. Por tal motivo el gobierno de Canadá decidió llevar a cabo acciones al respecto, fue entonces que puso énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades.

Sin embargo, el informe de Marc Lalonde, también llamo la atención de la Organización Mundial de la Salud, puesto que a raíz de dicho informe, la OMS en su declaración de Alma Ata de 1977, en la cual se estableció el principio de “salud

para todos en el año 2000”, implemento la nueva visión sobre la promoción de la salud.

Para el año de 1984, fue llevada a cabo la primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud, siendo Ottawa la sede de dicha conferencia. Donde se estableció la implementación de una política pública saludable, una nueva orientación de los servicios de salud, el crecimiento de las destrezas personales, la creación de centros de apoyo y el fortalecimiento de la acción comunitaria, para la puesta en marcha de la promoción de la salud.

Cuatro años después en Adelaida Australia, tuvo lugar la segunda conferencia internacional sobre la promoción de la salud. En dicha conferencia se estableció la política pública de salud como una herramienta de la promoción de la salud.

Y para el año de 1991 en Sandsvall, Suecia, fue llevada a cabo la tercera conferencia, la cual tuvo como tema al medio ambiente como un elemento que pueda ser de apoyo para la salud.

Ahora bien con respecto a la definición de la promoción de la salud Flórez (2007) menciona que “la promoción de la salud se entiende como el fenómeno de los hábitos que protegen y mejoran la salud...” (Flórez, 2007, p. 5). Y en términos de aprendizaje, hace referencia a un proceso mediante el cual se pretenden la adquisición de comportamiento a través del reforzamiento positivo

Por otro lado según Rodríguez y Neipp (2008) la promoción de la salud hace referenciara fomentar la salud tanto individual como de la población en una forma positiva, gracias a la implementación de un conjunto de estrategias, las cuales son aplicadas en diversos campos de la salud. Y tal como refieren estos autores, existen diversas definiciones con respecto a la promoción de la salud, sin embargo dichas definiciones coinciden en el énfasis que ponen en los estilos de vida y en los elementos ecológicos o ambientales, los cuales resultan relevantes en las estrategias empleadas en la promoción de la salud.

En lo que respecta a los estilos de vida Rodríguez y Neipp (2008) mencionan que estos hacen referencia a los hábitos o a aquellas conductas que las personas llevan a cabo de manera cotidiana, es decir a la forma en la que viven, la cual tiene un fuerte impacto en la salud. Dentro de los estilos de vida o perspectiva individual en lo que respecta a la promoción de la salud se engloba aspectos como la identificación y la disminución de los factores comportamentales de riesgo, los cuales se encuentren asociados con las enfermedades y la muerte.

Por otra parte la perspectiva ambientalista o elementos ecológicos, engloban las medidas legislativas y fiscales, por ejemplo, la política de impuestos al alcohol, o la ley de tabaco, etc.

Ahora bien en lo que corresponde a las intervenciones llevadas a cabo en la promoción de la salud, Rodríguez y Neipp (2008) mencionan que estas pueden ser agrupadas por temas de salud, y las intervenciones serían en temas como:

- Mejora de la dieta
- Salud alimentaria
- Control del peso
- Incentivación de la actividad física
- Salud escolar
- Salud cardíaca
- Salud sexual y reproductiva
- Salud mental

Además de intervenciones con respecto a la mejora de la calidad de vida y de la salud durante:

- La infancia
- La adolescencia
- La edad adulta
- Y en la vejez

En cuanto al objetivo de la promoción de la salud León y cols. (2004) mencionan que este es “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” (León y cols., 2004, p. 132). Dicho objetivo es también el objetivo de la prevención de la enfermedad, según refieren León y cols. (2004).

Para lograr este objetivo estos autores mencionan que es necesario establecer y poner en práctica aquellos comportamientos que se encuentren asociados de manera positivamente con la salud e identificando y eliminando aquellas conductas que ponen en riesgo la salud, así como también los factores ambientales. Lo cual se lleva a cabo gracias a una estrategia denominada “educación para la salud”, la cual es definida por León y cols. (2004) como:

“cualquier combinación de actividades de información y de formación dirigidas a examinar de una forma crítica los problemas de salud, informar y 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 investigaciones a los mismos objetivos” (León y cols., 2004, p.132).

Para finalizar estos autores nos dicen que la educación para la salud hace un gran énfasis en la modificación tanto de las conductas como de aquellos factores ambientales que representan un riesgo para la salud de los individuos, pasando de ser educación para la salud en educación ambiental.

Por otra parte en lo que corresponde a la prevención de la enfermedad Ballano y Esteban (2005), mencionan que esta tiene por objetivo que los individuos conserven su salud, ya se controlando las enfermedades /o evitando los riesgos para la salud. Mientras que Flórez (2007) nos dice que la prevención se refiere a “...la modificación de los hábitos que constituyen riesgos de enfermedad o de disfunción en general.” (Flórez, 2007, p. 5). Y en términos de aprendizaje haría referencia un proceso en el cual se pretende evitar los riesgos para la salud, mediante la modificación de conducta a través del reforzamiento negativo.

Ahora bien Ballano y Esteban (2005) mencionan que la prevención de la enfermedad puede ser de tres tipos los cuales se mencionan a continuación:

- Prevención primaria: se pretenden la disminución de los problemas de salud, lo cual puede ser logrado a través de la incorporación de acciones positivas como es acudir a las campañas de vacunación.
- Prevención secundaria: hace referencia al diagnóstico y el temprano tratamiento.
- Prevención terciaria: en este tipo de prevención se pretende la reducción de aquellas incapacidades causadas por enfermedades.

4.1.2. Relación médico-paciente

Según Rodríguez y Neipp (2008), en la actualidad ya no resulta tan conveniente hablar sobre la relación médico-paciente, sino más bien de la relación entre el profesional sanitario y su paciente, puesto que si bien es cierto, que aunque el médico es la principal persona a cargo de la salud del paciente, también existen otros profesionales sanitarios que prestan algún tipo de servicio a los pacientes, como es el caso de las enfermeras.

Por otra parte Starfield (2001), menciona que las interacciones que se llevan a cabo entre el médico y su paciente, hacen que se pueda llevar a cabo una relación a largo plazo entre estos dos. Dichas interacciones permiten que los médicos puedan conocer algunos de las problemáticas que presentan los pacientes y a su vez, los pacientes aprenden algunos de las características de la atención de la salud que obtienen.

Rodríguez y Neipp (2008), refieren que en el año de 1909, Lawrence J. Henderson, hablo por primera vez el concepto "sistema social", esto con la finalidad de poder llevar a cabo un análisis con respecto a la relación médico-paciente.

Aunque solamente hablo de la relación médico-paciente en términos de la teoría funcionalista. Sin embargo Parsons, uno de los colegas de Henderson, aunque mantuvo la idea de la relación médico-paciente como parte de un sistema social, la oriento hacia una teoría sociológica. Es entonces que nace el modelo de Parsons sobre la relación médico-paciente, la cual tiene como premisas:

- “La salud es una de las necesidades funcionales de los miembros individuales de la sociedad...
- La enfermedad es un estado de perturbación en el funcionamiento “normal” del ser humano, comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de ajuste personal y social...
- El cuidado de la salud implica una interacción entre roles sociales...
- Los roles sociales implicados en el cuidado de la salud son un sector pautado de la cultura y, por tanto, implican secuencias comportamentales aprendidas.” (Rodríguez y Neipp, 2008, p. 160).

Estos autores nos mencionan algunas de las características generales de la relación médico-paciente:

- Es una relación entre dos personas
- Es una relación asimétrica, puesto que la persona que brinda la ayuda tiene el poder
- Se establece una relación de esperanza
- Así como también una relación de confianza mutua
- La palabra juega un papel decisivo, pues es mediador de la relación

Por otra parte Starfield (2001), mencionan que en las teorías tradicionales se dio mucho énfasis en el rol del médico, además de que algunos teóricos sociales pensaban que dentro de la relación médico paciente, el médico tenía un rol dominante, además de ser un agente de control social. Y por otra parte también se

pensaba que el médico estaba obligado a satisfacer a sus pacientes debido a la retribución económica que esta relación le dejaba.

Además de que las características de la relación médica y paciente intervienen con respecto a lo que los pacientes hacen y piensan y también con respecto a su grado de satisfacción.

Con respecto a la satisfacción Starfield (2001), nos dice que los pacientes que obtienen información clara y precisa por parte de sus médicos quedan más satisfechos, en comparación con los pacientes que reciben información más técnica.

Tanto el paciente como el médico juegan roles diferentes dentro de la dicha relación, al respecto de lo cual Rodríguez y Neipp (2008), recuperan del modelo de Parsons sobre las características de cada uno de estos personajes.

Rol del médico: este tipo de rol se adquiere, además de ser universalista, funcionalmente específico y en lo afectivo suele ser neutral. El rol del médico, es el del un especialista el cual resulta ser superior en lo correspondiente a su profesión. Otro aspecto importante del rol del médico es en cuanto a la importancia que este profesional debe darle al bienestar de sus pacientes, el cual esta antes que sus propios intereses. Además de que debe ser un profesional competente en lo concerniente a las ciencias medicas.

Rol del paciente: es importante hacer una aclaración, dentro de este modelo no se da una distinción entre los roles del enfermo y del paciente, solamente se menciona que la persona se vuelve paciente una vez que el enfermo decide buscar ayuda profesional (médica). Ahora bien existen cuatro características del sistema de expectativas institucionalizadas del rol del enfermo:

- El enfermo no puede cumplir las responsabilidades que conllevan desempeñar cualquier otro rol social.
- Se exime al enfermo de cualquier responsabilidad con respecto a su condición.
- El enfermo debe desear curarse.

- El enfermo debe buscar ayuda competente.

Finalmente con respecto al rol del paciente se dice que este es un rol, dependiente, universalista, temporal. El enfermo es una persona que al no ser responsable de su condición, esta desamparada y necesitada de ayuda.

El modelo de Parsons tuvo diversas críticas y según refieren Rodríguez y Neipp (2008), la principal crítica fue que era demasiado abstracta. Por lo tanto estos autores al igual que Starfield (2001), nos hablan acerca de los tipos de relación entre el médico y el paciente que Szasz y Hollender describieron:

- Relación actividad-pasividad: en este tipo de es el médico el que toma las decisiones, teniendo así una actitud activa y por el contrario el paciente una actitud pasiva. Este tipo de relación se presenta en situaciones de urgencias, o cuando el paciente esta inconsciente, por lo cual el paciente no puede tomar decisiones.
- Relación guía-cooperación: en este tipo de relación el paciente obedece al médico, cumple con las instrucciones y también es capaz de tomar algunas decisiones.
- Relación de participación mutua: en este tipo de relación el médico ayuda al paciente a ayudarse a sí mismo.

Ahora bien después de hablar de los tipos de relación, hablaremos de los tipos de control en la relación médico-paciente, de la cual Starfield (2001) y Rodríguez y Neipp (2008) refieren cuatro tipos:

- Ausencia: es cuando ni el paciente ni el médico son responsables de tomar decisiones y se tiene un control bajo por parte del médico y del paciente.

- Paternalista: es cuando se establece un alto control por parte del médico y un bajo control por parte del paciente. Y la toma de decisiones está en manos del médico, puesto que el paciente hace lo que el médico le dice.
- Clientelista o consumista: en este tipo de relación el paciente tiene un alto control, mientras que el médico tiene un control bajo. Y el poder se encuentra en el paciente quien es el que decide consumir o no.
- Mutualidad: esta se da cuando tanto el médico como el paciente tiene un grado de control alto. Aquí las decisiones son el resultado de un acuerdo mutuo entre los dos participantes de la relación.

Por otra parte Rodríguez y Neipp (2008), nos hablan acerca de la influencia social, la cual definen como la modificación de la conducta, actitudes y creencias de un individuo, causadas por la presencia de otro individuo. Ahora bien dicha influencia en la relación del profesional sanitario y el paciente puede llevarse a cabo según la teoría de French y Raven, a través de 6 herramientas que la persona influyente en el cambio pueda utilizar:

- La información
- La coerción
- La recompensa
- La legitimidad
- La pericia
- La referencia

Ahora pasaremos al tema de la comunicación entre el médico y el paciente, la cual estará en función de la relación que se haya establecido entre estos dos. Al

respecto de dicha comunicación Starfield (2001) expone cuatro modelos de comunicación:

- Paternalista: en la cual el médico es el que habla tanto del problema como del tratamiento.
- Informativa: el médico dota al paciente de información y es el paciente quien elige entre diversas alternativas.
- Interpretativa: el médico ayuda al paciente a elegir una intervención, una vez que estableció los valores del paciente.
- Deliberativo: es el médico el que ayuda al paciente a tomar una decisión, sin embargo en esta parte están en juego los valores del médico.

Existen diversos factores que influyen en la comunicación entre el médico y el paciente, Rodríguez y Neipp (2008) mencionan algunos los cuales retomaremos a continuación:

- El escenario en el que se da la interacción, el cual no es propiciador para que se establezca una comunicación eficaz.
- La estructura del sistema sanitario, ya que no es lo mismo la disponibilidad de los servicios y el trato de los profesionales sanitarios, en el sector público y en el sector privado.
- La conducta del profesional sanitario como la jerga médica, aspectos afectivos de la conducta de dicho profesional (por ejemplo, la sensibilidad, la empatía, amabilidad, preocupación hacia el paciente, etc.).
- La conducta del paciente.

- Características del paciente y del profesional, las cuales se dividen en socio demográficas y psicológicas. Dentro de las primeras se encuentran la edad, el sexo de los participantes de la interacción y la clase social. Y en cuanto a las características psicológicas, están el nivel intelectual percibido y el control emocional (características del paciente) y por otra parte esta la orientación política, la ideología u orientación religiosa (características del médico).

4.1.3. Mejora del sistema de cuidado de la salud

Con respecto a las mejoras del sistema sanitario Rodríguez y Neipp (2008) mencionan que este es uno de los campos de acción de la psicología social de la salud, el cual se podría decir que es relativamente nuevo. En lo que respecta a la calidad asistencial, algunas de las actividades en las que la psicología social de la salud se ocupa según Rodríguez y Neipp (2008) son:

- Análisis y modificación de las actitudes con respecto a los servicios de salud, de los profesionales que ahí laboran y de la población.
- El estudio del papel que juegan el sistema sociocultural y los mecanismos de influencia social, en los estilos de vida y a su vez en el uso de los servicios de salud.
- La mejora en las relaciones que se establecen entre los profesionales sanitarios y las personas que asisten a los servicios de salud.
- La satisfacción de los profesionales sanitarios así como sus competencias sociales.

Y en cuanto a la política sanitaria, estos autores nos mencionan que, tiene como objetivo la administración de los recursos humanos e institucionales y el aprovechamiento de estos.

Por otra parte León y cols. (2004) con respecto a la mejora de los sistemas de salud, mencionan que son diversas las aportaciones que los psicólogos de la salud pueden hacer, las cuales son:

- “Elaborar modelos integrados de organización y gestión de los servicios de salud.
- Crear equipos de apoyo comunitario (participación ciudadana) para hacer frente a las necesidades más urgentes de la comunidad.
- Desarrollar programas que generen actitudes favorables hacia el uso racional y solidario de los servicios de salud.
- El entrenamiento en habilidades de dirección y gestión a los responsables de los distintos centros de salud...
- Facilitar la coordinación y funcionamiento del equipo sanitario.
- Formar al personal de salud en las modernas técnicas de organización y aprovechamiento de recursos, materiales y humanos, con el objeto de mejorar las prestaciones del sistema sanitario.
- Desarrollar programas para el cuidado del cuidador. Partiendo del supuesto de que una mayor calidad de vida laboral de los profesionales sanitarios contribuye a la mora de la prestación de sus servicios...” (León y cols., 2004, pp. 144-145).

Por otra parte León y cols. (2004) dicen que en los servicios sanitarios existen un sinnúmero de problemáticas, generadas principalmente por la defectuosa comunicación que existe entre los profesionales que ahí laboran, así como por la falta de habilidades sociales de dichos profesionales.

De acuerdo a lo que refieren estos autores, los problemas existentes debido a las malas relaciones interpersonales que se establecen en este escenario, representan una gran frustración y estrés en los profesionales que colaboran en

dicho escenario y que forman parte de dichas relaciones, por tal motivo es importante que dichos profesionales lleven a cabo entrenamientos en habilidades sociales y comunicación.

Por otra parte la falta de dichas habilidades sociales en los profesionales sanitarios puede provocar una insatisfacción en los pacientes, lo cual repercute de manera negativa en las competencias técnicas de estos profesionales. Este tema de las habilidades sociales y las comunicaciones es otras de las problemáticas en las cuales el psicólogo de la salud puede emplear sus conocimientos y realizar valiosas aportaciones.

4.1.4. Adherencia terapéutica

Para poder hablar sobre el tema de la adherencia terapéutica es importante definir dicho concepto. Según refiere Amigo y cols. (2009), adherence es igual a adherencia y dicho termino hacer referencia al compromiso que tiene el individuo de participar de manera activa durante su tratamiento para obtener los resultados de orden terapéutico o preventivos esperados.

Por otra parte Amigo y cols. (2009) mencionan que la falta de adherencia terapéutica es un problema que afecta a todos los profesionales de la salud. Ya que existen estudios que demuestran que el 30% de los pacientes no lleva a cabo los tratamientos, el 70% no cumple en los programas de tipo preventivo y aproximadamente un poco más del 50% de los pacientes de tipo crónico no logra tener una adherencia a los tratamientos. En lo que respecta a las consultas médicas, 50% de los pacientes no asisten a estas y en lo referente a los medicamento, el entre el 20% y el 60% de los pacientes suspende su tratamiento y el 35% no se administra de manera correcta el tratamiento. Aproximadamente el 20% de los paciente se adhiere adecuadamente a su tratamiento, además de que los pacientes con problemas de salud de tipo crónico tienen niveles más bajos de adherencia al tratamiento ya que los síntomas con respecto a la enfermedad no se

presentan de manera inmediata, esto en comparación con pacientes con padecimiento como el cáncer, en cuyos casos los tratamientos médicos tienen que ser directamente supervisados.

El hecho de que el paciente se adhiera correctamente a su tratamiento tal como menciona Amigo y cols. (2009) no es solamente un asunto de voluntad, sino que también implica otros factores como el control ambiental, los beneficios obtenidos del tratamiento como por ejemplo la disminución de los síntomas. Sin embargo existen diversos modelos o teorías que tratan de dar una explicación sobre el tema de la adherencia terapéutica.

- Modelos biomédicos

Dentro de este modelo se establece que existen una serie de características tanto de la persona como de la enfermedad que inciden sobre el no cumplimiento de los tratamientos terapéuticos.

- Modelos conductuales

Dentro de esta categoría entran los modelos operantes, de comunicación y los cognitivos, los cuales se describirán a continuación:

Modelos operantes: se basan en los principios operantes, valiéndose de técnicas como la planificación ambiental, el moldeamiento y el manejo de contingencias de reforzamiento, para el desarrollo de conductas encaminadas a la adhesión terapéutica. Sin embargo aun con este arsenal, se ha hecho hincapié en la importancia de las variables cognitivas dentro de la adherencia terapéutica.

Modelos de comunicación: dentro de estos modelos se tiene un interés por la mejora de algunos procesos tales como el de recepción, retención y comprensión de mensajes, importantes en el tema de la adherencia terapéutica.

Modelos cognitivos: dichos modelos están basados en la teoría del aprendizaje social de Bandura y en los modelos cognitivos de decisión. Algunas de las teorías más representativas se presentan a continuación:

-Teoría de la autoeficacia. Dentro de esta teoría se cree que las personas tienen la convicción de realizar exitosamente las conductas necesarias para poder obtener los resultados esperados.

-Modelo de creencias de salud. Dentro de este modelo se establece que las personas no realizarán un comportamiento de salud si antes no cuentan con ciertos elementos como, estar motivados, contar con la información necesaria para su salud, así como también necesitan verse a sí mismos como vulnerables a padecer una enfermedad.

-Teoría de acción razonada: Según esta teoría el determinante que lleva a cabo una conducta es la intención que la persona tenga de llevarla a cabo, ya que se parte del supuesto de que antes de que una persona realice cierta conducta o acción valora las implicaciones de esta.

-Teoría de la acción social: Dentro de esta teoría se sostiene que para que se puedan mantener los hábitos saludables se necesita tener una autorregulación de las actividades autoprotectoras y las consecuencias biológicas, sociales y emocionales que las personas experimentan.

Finalmente Amigo y cols. (2009) nos dicen que existen diversas variables que se encuentran asociadas a la adherencia terapéutica, las cuales se dividen en:

- Variables de la enfermedad: aquí los síntomas de la enfermedad juegan un papel importante en el cumplimiento del tratamiento puesto que si los síntomas de la enfermedad son agudos y molestos, se da una mayor

adherencia al tratamiento en comparación con aquellos síntomas difíciles de percibir o que no resultan tan molestos para los pacientes.

- Variables de tratamiento: Si el tratamiento resulta largo, complejo o interfiere con los estilos de vida del paciente menor será la adherencia de este al tratamiento.
- Variables de la relación médico-paciente: la satisfacción del paciente con respecto a la relación terapéutica es un factor que puede potenciar la adherencia a los tratamientos terapéuticos.
- Variables del paciente: en cuanto a las variables sociodemográficas del paciente al parecer tiene poca importancia con respecto a su valor predictivo con respecto a la adherencia terapéutica, la igual que las variables personales. Sin embargo las expectativas del paciente con respecto a la enfermedad, es una variable que si se encuentra asociada con la adherencia al tratamiento terapéutico.

4.2. Funciones del psicólogo de la salud

Se considera que el Psicólogo de la Salud es un profesional el cual está capacitado para poder trabajar en diversos ámbitos y llevar a cabo diversas funciones como por ejemplo en el tratamiento psicológico de trastornos orgánicos y así mismo puede trabajar en colaboración de otros profesionales como lo son los médicos, por ejemplo en el tratamiento médico de trastornos, en lo que podría ser la planificación y la adherencia al tratamiento, entre otras cosas. Según Grau y Flórez (2005) dichas actividades que el psicólogo de la salud desempeñe siempre estarán en función de los escenarios en los cuales las lleve a cabo, ellos mencionan que estas actividades, estarán relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, así como con el diagnóstico

psicológico, la orientación psicológica, la intervención psicológica, la rehabilitación y finalmente con la asesoría a las instancias directivas de los servicios y sistemas de salud.

Entonces dichas funciones según Grau y Flórez (2005) que lleva a cabo el psicólogo de la salud pueden ser clasificadas de la siguiente como:

- Asistenciales-educativas
- Científico-investigativas
- De docencia y capacitación
- De asesoramiento y consultoría
- Y administrativas-organizativas

Otra clasificación de las funciones del psicólogo de la salud es la que mencionan Amigo, Fernández y Pérez (1998), quienes retoman a Matarazzo propone cuatro líneas de trabajo del psicólogo de la salud, las cuales más bien sería algunas de las áreas de intervención del psicólogo de la salud, descritas en el apartado anterior.

- Promoción y mantenimiento de la salud: dentro de este rubro se incluyen aquellas campañas encaminadas a promover hábitos saludables, por ejemplo en cuestiones de la alimentación.
- Prevención y tratamiento de la enfermedad
- Estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones: en cuanto a la etiología, se refiere las estudio de aquellas causas conductuales y sociales de la salud como de la enfermedad.
- El estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud: se refiere básicamente al impacto que tienen las instituciones sanitarias en la población con respecto a su comportamiento, elaborando recomendaciones para la mejorar del cuidado de la salud.

Por otra parte Werner, Pelicioni y Chiattonne, (2002) mencionan que en La American Psychological Association son destacadas 5 atribuciones del Psicólogo de

la Salud, la primera de ellas corresponde a la temprana identificación de personas que se encuentran en riesgo hablando en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales; en segundo lugar se encuentra el desarrollo de programas para la promoción de conductas saludables; la tercera atribución del psicólogo es la investigación, entendimiento e intervención de los factores que permitan una buena calidad de vida esto en personas que padezcan alguna enfermedad de tipo crónico; en cuarto lugar se encuentra la inclusión de realizar estudios y realizar intervenciones en lo que respecta al campo comunitario y de salud pública como parte de la Psicología de la Salud . Y finalmente está el concebir los problemas de salud desde una perspectiva global.

Ahora bien, volviendo con las funciones y actividades que dicho profesional de la salud debe desempeñar, presentaremos una lista de dichas funciones y lo que algunos autores comentan al respecto, para lo cual comenzaremos retomando el programa de formación académica de posgrado en la especialidad de psicología de la salud que nos proporciona el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, el cual fue elaborado por el Grupo Nacional de Psicología del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, la Dirección de Posgrado del Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Ciencias Médicas Calixto García del ISCM-Habana y Facultad de Ciencias Médicas del ISCM-VC en 1997.

En dicho programa se plantean que “el psicólogo de la salud tiene que tener un perfil amplio desempeñando funciones de atención psicológica asesoramiento, investigación, docencia y administración en la solución de situaciones psicológicas, psicosociales y psicofisiológicas que presenten individuos, familias, grupos y colectivos en las diferentes unidades y niveles del Sistema Nacional de Salud, en los que realizan acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación psicológica”. (Programa de formación académica de posgrado, 1997, p.4). Dentro del Sistema Nacional de Salud los psicólogos especializados se ven en la necesidad de trabajar con otros profesionales por tal motivo dichos profesionales deben de estar preparados para cumplir con las acciones encomendadas.

A continuación se da la descripción detallada de cada una de las funciones antes mencionadas.

Función de atención psicológica

- Diseñar, aplicar y evaluar programas encaminados a fomentar estilos de vida saludables en individuos, familia y comunidad.
- Caracterizar factores psicosociales que estén presentes en el proceso salud-enfermedad de individuos, familias, grupos o colectivos poblacionales en cualquier unidad o nivel del Sistema Nacional de Salud.
- Diseñar, aplicar y evaluar programas de psicodiagnóstico aplicables a individuos sanos, con riesgo de enfermar, enfermo o con secuelas de enfermedades y a familias, grupos y colectivos en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.
- Diseñar, aplicar y evaluar programa de atención psicológica (con acciones de promoción, prevención, recuperación y/o rehabilitación) a individuos supuestamente sanos, en riesgo de enfermar, enfermo o con secuelas de enfermedades y a familias, grupos y colectivos; encaminados a modificar factores psicosociales que estén incidiendo en el proceso salud-enfermedad.
- Atender a la población sana, con riesgo de enfermar o enferma que requiera de sus servicios.
- Interconsultar con médicos, estomatólogos o especialistas que requieran de asesoramiento en su materia de salud.

Función de asesoramiento

- Asesorar a profesionales, técnicos y trabajadores en general del Sistema Nacional de Salud, sobre acciones psicológicas que favorezcan la calidad del servicio y la comunicación entre los miembros del equipo de salud.
- Asesorar a dirigentes y trabajadores de centros de trabajo o instituciones de la comunidad que lo soliciten en la aplicación de métodos de trabajo o en la solución de problemas psicológicas o psicosociales que presenten.

Función de docencia

- Planificar, organizar, dirigir, controlar y ejecutar acciones docentes, en el campo de la Psicología de la Salud a especialistas, médicos, estudiantes de medicina, estomatología o enfermería, residentes y técnicos del Sistema Nacional de Salud, según su categoría y los requerimientos pedagógicos actuales.

Función investigativa

- Diseñar y realizar investigaciones psicológicas: psicosociales, psicofisiológicas, psicopedagógicas, etc. mediante la aplicación de la metodología científica vigente, para el estudio y solución de problemas presentes en el Sistema Nacional de Salud.
- Fomentar el juicio crítico de la literatura científica relacionada con sus esferas de actuación.

Función administrativa

- Planificar, organizar, dirigir, controlar y ejecutar programas de trabajo de los servicios de psicología de las diferentes instituciones y niveles del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte Oblitas y Becoña (2000) menciona que el psicólogo de la salud tiene tres principales tareas, que son la investigación, aplicaciones y la formación, funciones que también son descritas en el programa antes presentado.

Con respecto a la investigación, Oblitas y Becoña (2000) mencionan que es aquella que tiene mayor prevalencia entre los psicólogos de la salud, la cual está dirigida a cuestiones que corresponden al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Es entonces que los resultados obtenidos de la investigación pasan a ser el sustento de las aplicaciones en la clínica.

Con respecto a la investigación llevada a cabo en la psicología de la salud Cantú y López (2009) mencionan que esta se encarga de indagar cuales son las causas de la enfermedad así como el desarrollo de estas, también se interesa por la creación de métodos que puedan servir a las personas a crear estilos de vida

saludables y a la reducción del estrés. Por otra parte la investigación examina los factores involucrados en la recuperación y la rehabilitación de los pacientes, las conexiones biopsicosociales al sistema inmune y el acoplamiento psicosocial en pacientes que presenten graves problemas de salud.

Estos autores también nos mencionan que algunas de las áreas de interés y que se encuentran predominando, de los psicólogos de la salud, en lo que respecta a la investigación son el SIDA, padecimientos psicosomáticos, oncología, la promoción de la salud, los efectos psicológicos y socioculturales de enfermedades como la hipertensión, diabetes, dolor crónico, entre otros.

Complementario a lo anterior Cantú y López (2009) mencionan que según el APA la investigación está dentro de las actividades predominantes del psicólogo de la salud, según dicha asociación dentro de la investigación el psicólogo de la salud llevaría cabo la construcción y la validación de pruebas, así como la aplicación de estas y la obtención de sus resultados, encontrando aquellas variables que están relacionadas con la salud y la enfermedad.

Grau y Flórez (2005) mencionan que las actividades de investigación son unos de los dos principales campos en lo que los psicólogos de la salud realizan grandes aportes (el otro de estos casos corresponde a los programas y actividades profesionales de tipo aplicados).

Dentro del campo de la investigación estos autores nos mencionan que esta puede ser investigación básica o investigación aplicada, sin embargo la mayoría de las investigaciones de los psicólogos de la salud son dirigidas hacia trabajos aplicados.

Por otra parte, las tareas que lleva a cabo el psicólogo de la salud en lo que respecta a los programas aplicados en salud, tiene la finalidad de dar respuesta a las demandas de investigación de aquellos equipos profesionales en las instituciones de salud. Los psicólogos de la salud, se encuentran colaborando en el ámbito de la investigación con diversos profesionales, como lo son los médicos, trabajadores sociales, enfermeros y por otra parte también colabora con pedagogos, maestros y otros profesionales en lo que respecta a la educación, sin

embargo también puede trabajar con sociólogos, economistas, entre otros profesionales.

Grau y Flórez (2005) también nos dicen que inicialmente en lo que respecta a la investigación en psicología de la salud, los principales campos de investigación estaban encaminados hacia la salud mental, el dolor crónico, las adicciones y el manejo de carácter psicológico de las enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer y las cardiovasculares. Sin embargo con el paso del tiempo la investigación en psicología de la salud ha ido creciendo, pues en la actualidad la investigación está encaminada a cada uno de los momentos del proceso de salud-enfermedad, así como también se ha llevado a cabo siguiendo una gran variedad de enfoques tanto teóricos como metodológicos.

Oblitas y Becoña (2000) mencionan que otra de las actividades en las que participan los psicólogos es en la educación y el entrenamiento, es decir transmiten sus conocimientos sobre los factores psicológicos respecto a la salud en marcos académicos, por ejemplo en las escuelas de medicina y las de salud pública. También los psicólogos de la salud realizar evaluaciones psicológicas a los pacientes médicos, dándoles asesoría en cuestiones psicológicas a los profesionales encargados del cuidado de la salud. Dicha función va acorde con la “Función de Docencia”, que es descrita anteriormente en el programa de formación académica de posgrado en la especialidad de psicología de la salud que nos proporciona el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana (1997)

Cantú y López (2009) nos dicen que el APA, al respecto de las funciones del psicólogo de la salud mencionan, que dicho profesional se desempeña dentro de los sistemas de salud en diversas funciones, llevando a cabo diversas actividades, así como también trabajando en diversos escenarios. Sin embargo en lo que corresponde a las actividades de orden clínico, dentro de este rubro podemos encontrar:

En la parte de la evaluación

- La evaluación cognitivo-conductual
- La evaluación psicofisiológica
- Las entrevistas clínicas
- La Evaluación de personalidad
- Las encuestas demográficas

En lo que respecta a la intervención se encuentran

- La biorretroalimentación
- Las técnicas de relajación
- El manejo del estrés
- La psicoeducación
- Los procesos de afrontamiento ante la enfermedad
- Las técnicas de corte cognitivo-conductual

Sin embargo Cantú y López (2009) también mencionan que de acuerdo con el APA son 6 las actividades principales que debe llevar a cabo el psicólogo de la salud, una de ellas es la investigación la cual ya fue mencionada anteriormente, y las restantes serán mencionadas a continuación:

- Evaluación: Esta puede ser individual, en pareja, en grupos o familia y según tiene como finalidad poder obtener información acerca del estado emocional del paciente, así como del funcionamiento cognitivo y su repertorio conductual.
- Diagnósticos: en esta parte se trata de identificar la problemática así como la magnitud de dicho problema
- Tratamiento e Intervención: la cual puede ser en grupo, pareja, en familia o individual así como también pueden participar uno o más psicólogos, y se tiene como finalidad la resolución de la problemática resultante en la etapa del diagnóstico

- Consejería, asesoría, consulta y enlace: debido a que los pacientes que se encuentran en algún tratamiento son atendidos por diversos profesionales de la salud se vuelve importante que el psicólogo tengan una buena comunicación con los demás profesionales de la salud.
- Prevención y promoción de la salud: En esta parte el psicólogo de la salud tiene como objetivo estudiar la problemática de aquellas personas que se encuentran en riesgo, así como también establecer un mayor contacto con dichas personas.

Se desea que las personas logren estar más informadas y se pueda dar una detección oportuna de las personas en riesgo, así como fomentar conductas saludables.

León y cols. (2004), nos mencionan que el psicólogo de la salud, es un profesional el cual cuenta con las competencias necesarias para poder llevar a cabo una intervención en el rubro del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, debido a que:

- Existen factores de riesgo psicológicos en las enfermedades
- Además de que debido a los tratamientos de las enfermedades o a los diagnósticos que se dan sobre las enfermedades, los paciente frecuentemente están expuestos experimentar situaciones como ansiedad, angustia, desorientación, se perciben vulnerables, etc.
- Existen algunas técnicas psicológicas las cuales pueden llevarse a cabo como parte de un tratamiento para personas con diversas enfermedades, por ejemplo en el caso de la parálisis facial.
- Además de que algunas enfermedades resulta ser incapacitantes, por lo cual es necesario que los pacientes se ajusten a la sociedad.

Finalmente Grau y Flórez (2005) mencionan que el psicólogo de la salud puede desempeñar sus funciones en colaboración con diversos profesionales (como se mencionó anteriormente) pero también puede trabajar sólo, en el diseño y en la puesta en marcha de investigaciones de evaluación, tratamiento y rehabilitación de algunos trastornos, así como también llevar a cabo funciones de consejería y asesoramiento, así como de rehabilitación, de formación recursos humanos y gestión y finalmente del mejoramiento del sistema de atención a la salud, aunque estas últimas seguramente serán llevadas a cabo en colaboración de otros profesionales. Dichas funciones que coinciden con las mencionadas por el programa de formación académica de posgrado en la especialidad de psicología de la salud que nos proporciona el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana (1997) y con las menciona anteriormente por Cantú y López (2009).

5. LA ACTIVIDAD DEL PSICOLOGO DE LA SALUD EN MÉXICO

5.1. Escenario real del Psicólogo de la Salud

Si bien ya se ha hablado sobre las funciones del psicólogo de salud y de las actividades que este debe llevar a cabo, aun a pesar de que existe una delimitación de las funciones de este profesional, en el escenario real de acción esto parece estar muy lejos, puesto que existen autores que reportan el trabajo real del psicólogo en el escenario. Para poder hablar de lo anterior comenzaremos por retomar a Ballester (1997) quien menciona que con respecto a los psicólogos que trabajan en centros sanitarios, el APA Monitor en el año de 1990 en su monográfico de octubre se reporta que había alrededor de 70 anuncios en los cuales se solicitaban psicólogos para trabajar en dicho ámbito. De los cuales 15 de estos puestos en su descripción se solicitaba a un psicólogo de la salud, mientras que los otros puestos solamente estaban relacionados con la salud, dentro de los cuales se encontraban facultades de medicina y universidades, así como residencias predoctorales e investigación postdoctoral y finalmente trabajos en clínicas, hospitales, en la práctica privada así como clínicas del dolor y organizaciones de promoción de la salud.

Por otra parte Ballester (1997) retoma a Tulkin quien menciona que alrededor de los años ochentas los psicólogos dentro del sistema de salud prestaban servicios como psicólogos clínicos además de que los servicios que estos profesionales prestaban en los hospitales y clínicas de salud Tulkin las clasifico de la siguiente manera:

- 1) “Proporcionar alternativas al tratamiento farmacológico, como por ejemplo, el *biofeedback* como alternativa a los analgésicos para los pacientes con cefaleas.

- 2) Asistencia primaria a los pacientes con enfermedades físicas que responden favorablemente a los tratamientos psicológicos, como por ejemplo, el dolor crónico y algunos problemas gastrointestinales.
- 3) Servicios relacionados con la psicología clínica tradicional, incluyendo el tratamiento psicológico auxiliar de pacientes hospitalizados.
- 4) Ayudar a los enfermos hospitalizados a afrontar problemas y procedimientos médicos o a pacientes crónicos a adaptarse a su enfermedad.
- 5) Ayudar a incrementar la adherencia de los pacientes a sus tratamientos médicos” (en Ballester, 1997, p. 223).

Además de esta clasificación Ballester (1987) nuevamente retoma a Tulkin quien menciona el psicólogo de la salud dentro de los centros sanitarios se encuentra con diversas dificultades para poder llevar a cabo su práctica profesional, los cuales mencionaremos a continuación:

- Dentro de las problemáticas que el psicólogo debe de tratar como parte de sus funciones en las instituciones de salud, las cuales en algunos casos revelaran algunas de las deficiencias de algunos profesionales de la salud, lo cual debido a que aun esta dominando el modelo biomédico, seguramente dichos profesionales pondrán barreras para la participación de los psicólogos, en la resolución de dichas problemáticas.
- Otra problemática puede deberse a que algunos casos sean remitidos a los psicólogos lo cual pudiera causar algún conflicto con respecto al concepto que se tiene de los médicos, como los únicos facilitadores de la curación.
- Por otra parte una problemática más es que los psicólogos no forman parte de la estructura del sistema sanitario, puesto que aunque laboran ahí no forman parte de los equipos multidisciplinarios, lo cual debería de ocurrir además de que al colaborar debería de ser teniendo un estatus igual al de los médicos dentro de dichos equipos.
- La psicología de la salud dentro del sistema sanitario pierde su estatus como una profesión autónoma.

- Los psicólogos de la salud al parecer dentro del sistema sanitario son una especie de huéspedes, ya que no se ha logrado una integración de dichos profesionales.

Respecto a lo reportado por Ballester (1997) hay que tener en cuenta que dicha información corresponde a la década de los años ochenta y noventa, cuyo panorama con el paso de los años haya cambiando.

En épocas un poco más recientes y en el contexto mexicano, Piña (2003) comienza por darnos un panorama, este autor en primera instancia nos habla de las plazas existentes dentro de las instituciones de salud, las cuales resulta insuficientes para los psicólogos, en comparación a las que existen para otros profesionales como lo son enfermeras, médicos, trabajadoras sociales. Es por tal motivo que los psicólogos frecuentemente obtienen puestos de paramédico, auxiliar o asistente técnico, obteniendo salarios bajos en comparación a lo que deberían obtener debido a su preparación.

Por otra parte en cuanto al personal que forma parte del Sistema Nacional de Salud, Piña (2003) reporto que en el año 2000 se tenían registrados 583913 trabajadores, dentro de los cuales una parte correspondía a personal administrativo, otra al personal médico, personal paramédico, es decir enfermeras y otros y otra parte al personal de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Lo cual deja ver que no existe una categoría en la cual se pueda dar cuenta de cuantos psicólogos laboran en este sistema, pero aun peor en Sonora ni siquiera existe algún puesto el cual sea denominado con el nombre de "psicología". Estos datos dejan mucho que pensar puesto que nos hablan de que ni siquiera existe una inserción del psicólogo en el ámbito de la salud o por lo menos no desempeñando parte de su trabajo, sin mencionar alguna especialidad, como lo es psicología de la salud.

Ahora bien en lo que corresponde a la ciudad de México en los principales hospitales, si se cuenta con psicólogos, sin embargo, no desarrollan funciones propias de un psicólogo de la salud y por tanto no son catalogados como tal, ya que

las plazas existentes son para psicólogo clínico y en cuestiones de investigador o de especialista no hay plazas para los psicólogos.

Finalmente se puede decir que las funciones del psicólogo en un escenario de salud, son limitadas a las de diagnóstico y evaluación, es raro que estos profesionales puedan actuar en rubros como la investigación, prevención de enfermedades, promoción de la salud y rehabilitación, funciones que son propias de un psicólogo de la salud.

5.2. Programas de intervención que ha hecho el psicólogo y su eficacia

Con respecto a las aportaciones que ha hecho el psicólogo de la salud en México Piña (2003), menciona que si bien los psicólogos han hecho aportaciones en el tema de la salud, el reconocimiento que estos tienen es poco y se encuentra en desventaja con otros profesionales. Por tal motivo Piña (2003) nos presenta un listado de diversos programas que han sido realizados por psicólogos y por psicólogos en colaboración con otros profesionales, en cual presentaremos a continuación:

- *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).

- *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).
- *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).
 - *La atención materno-infantil*
 - Hernández (2000), y Márquez (1997, 1998).

- *Sobre la salud mental:*
 - Berenzon, Galvan y González (1998), y De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo (1997).

- *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).

- *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).

- *El programa contra el tabaquismo*
 - Aburto (1998).

- *El programa contra la farmacodependencia*
 - Ayala, Quiroga, Mata y Chism (1981), Castro (1990), y Castro, García, Rojas y De la Serna (1998).

- *El programa para la promoción de la formación de recursos humanos para la salud*
 - Hernández (2001) y Zambrano (1998).

Es importante mencionar que de la lista que se presentó anteriormente, la mayoría de dichos programas no pudieron ser encontrados debido a la antigüedad, es por tal motivo que se llevo a cabo una breve búsqueda de programas llevados a cabo por psicólogos en México referentes a la psicología de la salud, los cuales

ilustren un poco el trabajo que ha hecho el psicólogo de la salud en México, los cuales expondremos a continuación.

- Evaluación de un tratamiento breve para usuarios de cocaína.

Oropeza, R., Medina, M. y Sánchez, S. (2007) evaluaron la aplicación de un tratamiento breve para usuarios de la cocaína, utilizando el modelo de “Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína” (TBUC), de corte cognitivo conductual, el cual está basado en los modelos de prevención de recaídas, dicho modelo es desarrollado por Oropeza (2003), según refieren estos autores y está encaminado a la abstinencia de la cocaína, centrándose en los problemas actuales a los cuales se enfrentan los consumidores de cocaína, que entran a un tratamiento y que pretenden controlar su consumo. El cual se retoma para este trabajo sin embargo se llevan a cabo algunas modificaciones, por ejemplo la implementación de una serie de tópicos, los cuales se adaptan a las características y particularidades de los consumidores de cocaína mexicanos, como la implementación de nuevos ejercicios dirigidos a las particularidades de los consumidores a los que se les aplicó dicho tratamiento. Para este trabajo se contó con la participación de 35 usuarios de cocaína, que tenían un promedio de edad de 26 años. Sin embargo solo 19 usuarios terminaron el tratamiento y el seguimiento.

La aplicación del TBUC, se llevó a cabo de manera individual, y constó de dos sesiones de evaluación, ocho sesiones en las cuales se llevaron a cabo tópicos de tratamiento, las cuales tenían una duración de hora y media y se llevaban a cabo una vez a la semana. Una vez que se concluyó el tratamiento se les dio cita a los usuarios para que asistieran al mes, tres meses y seis meses, para llevar a cabo el seguimiento.

A continuación se hace una descripción por sesión:

Sesión 1. Evaluación

- Se hizo una ficha de admisión en la cual se describían los datos de cada participante.
- Se aplicó el cuestionario de preselección el cual tenía como finalidad saber si los usuarios cumplían con los criterios de inclusión, los cuales fueron que se hubiese solicitado el servicios de consulta externa en el Centro Acasulco de la Facultad de Psicología de la UNAM, ser mayor de 18 años, firmar el consentimiento informado, se consumidor de cocaína y saber leer y escribir.
- Se aplicó el “Libare”, un registro sobre el consumo de cocaína del usuario durante los seis meses anteriores a la entrevista, para identificar la frecuencia y la cantidad de consumo de cocaína.
- Se llevo a cabo la entrevista inicial
- Se aplicó el CDSC, el cual fue diseñado especialmente para este trabajo y tenía como finalidad, saber si el usuario era dependiente a la cocaína.
- Se aplicó el CAD, el cual detectaba el índice del nivel de consumo del usuario.
- Se le dio al usuario un autorregistro de registro de cocaína, el cual tenia que se llenado diariamente hasta finalizar el tratamiento y durante el seguimiento. En el cual el usuario tenía que registrar si había consumido o no cocaína y de haber consumido, la cantidad que había sido consumida.

Sesión 2. Evaluación

- Se aplicó una entrevista estructurada para indagar con respecto a la historia sobre el consumo de drogas de cada usuario.

Para la parte del tratamiento, es importante mencionar que en cada sesión el terapeuta iniciaba con un rapport, preguntándole al usuario como había sido su

semana, posteriormente el terapeuta y el usuario revisaban el autoregistro de consumo diario, posteriormente se revisaba el tópico correspondiente a cada sesión (se revisaba un tópico por sesión), para después revisar las lecturas y los ejercicios que se habían dejado una semana antes. Casi para finalizar el usuario con ayuda del terapeuta llevaban a cabo planes de acción para poder evitar el consumo de cocaína a lo largo de la semana. Y para concluir la sesión el terapeuta realizaba el cierre y dejaba las tareas correspondientes al tópico que se revisaría la semana siguiente.

Sesión 3. Tratamiento

- Balance decisonal y establecimiento de metas

Sesión 4. Tratamiento

- Manejo de consumo de cocaína

Sesión 5. Tratamiento

- Identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína

Sesión 6. Tratamiento

- Identificación y manejo del deseo de consumo de cocaína

Sesión 7. Tratamiento

- Habilidades asertivas de rechazo

Sesión 8. Tratamiento

- Decisiones aparentemente irrelevantes (DAI)

Sesión 9. Tratamiento

- Solución de problemas

Sesión 10. Tratamiento

- Restablecimiento de metas y planes de acción

Sesión 11. Seguimiento al mes

- El terapeuta junto con el usuario revisaron el autorregistro de consumo de cocaína
- El terapeuta reviso las posibles situaciones de consumo y de riesgo, para poder generar planes de acción y evitar el consumo de cocaína.

Sesión 12. Seguimiento a los tres meses

- El terapeuta junto con el usuario revisaron el autorregistro de consumo de cocaína
- El terapeuta reviso las posibles situaciones de consumo y de riesgo, para poder generar planes de acción y evitar el consumo de cocaína.

Sesión 13. Seguimiento a los seis meses

- El terapeuta junto con el usuario revisaron el autorregistro de consumo de cocaína

- El terapeuta reviso las posibles situaciones de consumo y de riesgo, para poder generar planes de acción y evitar el consumo de cocaína.
- Se aplicó el “Libare”, un registro sobre el consumo de cocaína del usuario durante los seis meses anteriores, para identificar la frecuencia y la cantidad de consumo de cocaína.

Finalmente los resultados arrojaron que de los 19 usuarios que terminaron el tratamiento y el seguimiento, en promedio consumían 2.24 gr de cocaína semanales, antes del tratamiento, durante el tratamiento disminuyo el consumo de cocaína aproximadamente a 0.44 gr., por semana y durante el seguimiento aun disminuyo más a 0.08 gr., de cocaína semanales. Sin embargo solo 9 de los usuarios continuaron consumiendo cocaína durante el seguimiento y 10 lograron abstenerse totalmente de consumir cocaína durante el seguimiento.

Concluyéndose que la aplicación del TBUC en usuarios de cocaína, resulto ser un tratamiento eficaz pues mostro una disminución significativa en el consumo de la cocaína y en algunos caso su total abstinencia en el seguimiento.

- Intervención en crisis ante el diagnóstico de cáncer de mama.

Bravo, M., (2010) llevo a cabo una trabajo el cual presento un caso de intervención en crisis, posterior al diagnóstico de cáncer de mama en una mujer de 42 años de edad.

La intervención psicológica se llevo a cabo posterior a la comunicación del diagnóstico de cáncer de mama clasificado como T1N0M0. En un hospital de segundo nivel de atención de la Secretaria de Salud, en el Distrito Federal. Y durante una sesión que tuvo una duración de 120 minutos.

La autora de este trabajo utilizo para la intervención la adaptación de un modelo propuesto por Puryear, según el cual está conformado de seis etapas, las cuales se describen a continuación:

- Fase 1. Intervención inmediata

Se procedió a atender las necesidades inmediatas del paciente y se le dieron instrucciones para la respiración diafragmática, como resultado de lo anterior la paciente dejó de hiperventilar y se vio una disminución en el llanto, movimientos de manos y en las taquicardias.

- Fase 2. Evaluación de la situación y formulación de un plan de acción

Se recapitulo y se evaluó la comprensión que tenía la participante con respecto a la información que se le había proporcionada con respecto a la enfermedad y se le hizo la sugerencia a la participante de que formulara algunas de las preguntas que le quisiera hacer al médico que atiende su caso. Con lo cual la paciente logro identificar prioridades con respecto a la información que debe solicitar a su médico, además de que las respuestas fisiológicas disminuyeron.

- Fase 3. Infundir esperanza en la situación y reforzar la autoimagen

Se identificaron los pensamientos y sentimientos de la paciente relacionados con la situación actual, se le trato de fomentar a la paciente la idea de que al tener mayor información tendría más posibilidades de reestructura su vida y sus actividades. Además de proporcionarle psicoeducación con respecto a los tratamientos referentes a su padecimiento.

Como resultado la paciente expreso sus temores con respecto a su salud, sin embargo identifico a su esposo y familia como personas de gran apoyo.

- Fase 4. Enfocar hacia la solución de problemas inmediatos

Se retomo la situación en la cual se encuentra la paciente y se llevaron a cabo planes a largo y corto plazo, además de la fomentarse la búsqueda de recursos que le puedan ser de ayuda. Y como resultado se obtuvo que la paciente definiera prioridades inmediatas.

- Fase 5. Reforzar la autoimagen

Se le preguntaron a la paciente las estrategias que ha utilizado en situaciones de salud difíciles, además de los recursos cognitivos, conductuales y de apoyo con los que ha contado en ocasiones anteriores.

La paciente acepto tener el control de las decisiones con respecto a su salud, al igual que acepto poder resolver esta situación como lo ha hecho con situaciones anteriores e identifico las personas que la pueden apoyar.

- Fase 6. Realización del cierre y eventual canalización

Se dio un resumen de la sesión y se le propuso a la paciente que iniciara un proceso terapéutico. Con respecto a lo cual la paciente acepto iniciar una terapia, además de notarse una disminución en la respuesta fisiológica que en un inicio presentaba y en las respuestas motoras. Además de notarse un cambio en las verbalizaciones que la paciente hacia con respecto a la enfermedad y al futuro del tratamiento.

En lo respecta a la intervención se pudo notar una disminución en las respuesta fisiológicas y motoras que ella presentaba en un inicio (debido al diagnóstico) las cuales incluían, sudoración de las manos, llanto incontrolable, dificultad para expresarse, temblor, movimiento continuos de las manos, taquicardia. Así como también una disminución en las verbalizaciones y temores que ella tenía con respecto a la enfermedad, como lo son el desconocimiento acerca de los procedimientos y las verbalizaciones con respecto a la cirugía, el miedo a perder un seno y al curso del tratamiento.

Como conclusión se puede decir que es importante que después de un diagnóstico como es el cáncer de mama, es importante una pronta atención psicológica debido a todo el estrés generado por dicho diagnóstico, además de las preocupaciones y temores que surgen en torno a dicho tema, y como se mostros con este estudio aunque fue breve la intervención, los resultados obtenidos fueron de suma importante y significativos. Sin embargo es importante canalizar a la

paciente a que sea sometida a un proceso terapéutico durante su atención oncológica.

- Terapia grupal a madres depresivas de niños con mielomeningocele en rehabilitación.

Sánchez, B. y Castellanos A. (2012), llevaron a cabo un estudio en el cual la intervención estaba dirigida a la disminución de los síntomas depresivos, de madres de niños con mielomeningocele, los cuales están en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente.

Participando para este estudio, 29 madres de niños con mielomeningocele, con una edad promedio de 33 años pertenecientes a la zona metropolitana de Guadalajara.

La intervención se llevo a cabo en 8 sesiones, con duración de dos horas cada sesión (se impartía una sesión por semana), sin embargo previo al tratamiento se les aplico el inventario de depresión de Beck, el cual consta de 21 reactivos referentes a los síntomas de la depresión y con puntuaciones de 0 a 63.

A lo largo de las ocho sesiones se trabajaron los siguientes temas:

- Integración e información de la depresión
- Reorganización
- Manejo de perdidas
- Encuentro con mi hijo con discapacidad
- Línea de la vida
- Proyecto de vida
- Autoestima
- Sentido de mi vida y cierre

Con respecto a la intervención se dan pocos detalles sobre ella y el procedimiento empleado, sin embargo a grandes rasgos se menciona que como objetivo principal era que las mujeres que participaron en este estudio supieran que tenían algún grado de depresión y que identificaran las manifestaciones de dicho

padecimiento, además de que se hicieran conscientes aquellos pensamientos negativos y el impacto que estos tienen en sus pensamientos y acciones. Por otra parte también se les pidió que generaran aquellos pensamientos positivos que las ayudan su estado de ánimo, para emplearlos en de manera cotidiana y aun más, generarlos en situaciones desfavorables, logrando reestructurar aquellos pensamientos que hacen que su ánimo decaiga.

Aunado a esto, se les pidió que tomaran aquellos aprendizajes previos que les sean de utilidad, los cuales hubiesen sido empleados en algunas situaciones de dificultad. Finalmente se hizo énfasis en las cualidades de cada una de ellas como una herramienta útil para incrementar su autoestima y lo importante de la autosatisfacción.

Una vez finalizado el tratamiento nuevamente se les aplicó el inventario de depresión de Beck.

Los resultados encontrados en este estudio revelaron que las madres no sabían que tenían algún grado de depresión y a pesar de que el 69% de ellas no tenía ideas suicidas, un 76% de ellas mencionaban sentirse culpables respecto a la discapacidad de sus hijos.

Ahora bien antes del tratamiento según el inventario de depresión de Beck se reportó que el 27.6% tenía depresión mínima, el 37.9% depresión leve, el 13.8% depresión moderada y el 20.7% depresión severa. Y posterior al tratamiento el 92.3% tenía depresión mínima, el 3.9% depresión leve, el 3.8% depresión moderada y el 0% de depresión severa.

Se concluye que la terapia cognitivo-conductual en este estudio ayudó a las madres en el reconocimiento de la depresión así como en la disminución de los síntomas en un 55%. Además de ayudar al proceso de asimilación y de adaptación a las condiciones reales de los niños de estas madres.

- *Tratamiento cognitivo conductual grupal vs. Ejercicio aeróbico para el manejo de la obesidad, estrés oxidante celular y química sanguínea.*

Aguilera, V., Leija, G., Lara, E., Rodríguez, D., López, J., Matamoros, R., López, M. y Trejo, J. (2001), Llevaron a cabo una investigación, en la cual se comparo la eficacia del tratamiento cognitivo conductual grupal vs un tratamiento de ejercicio aeróbico individualizado, en pacientes que presentaban obesidad grado I y II, para la disminución de la obesidad, la mejora en la química sanguínea el estrés oxidante celular, la ingesta alimentaria y en el caso de la terapia cognitiva, en la resolución de problemas e identificación del proceso de cambio.

Para lo cual se utilizaron dos grupos, uno de 21 pacientes al que se le aplico la TCCG y el otro de 17 pacientes los cuales tuvieron ejercicio aeróbico individualizado, los dos grupos eran de mujeres. Los pacientes presentaban obesidad I y II sin comorbilidad, con una edad que iba de 25 a 60 años de edad. Para conformar dichos grupos, inicialmente se llevo una convocatoria en la zona del Casco de Santo Tomás en el Distrito Federal. De dicha convocatoria se recibieron 1290 personas, de las cuales solo se escogieron a 40. Después de esto se aplicaron las pruebas de pre-tratamiento, posteriormente se llevo a cabo la aleatorización utilizando el método de urna para asignar los grupos, enseguida se procedió a firmar las cartas de aceptación, posteriormente se emplearon los criterios de inclusión y exclusión. Y finalmente se llevo a cabo la entrevista clínica y se realizaron los estudios de química sanguínea y electrocardiograma.

Una vez conformados los grupos y llevados a cabo las pruebas antes mencionadas, se describirán los procedimientos llevados a cabo por grupo:

- Grupo TCC

Se llevaron a cabo 13 sesiones de dos horas cada una y se trabajo, la fase psicoeducativa-informativa de la obesidad, el efecto de los pensamientos en emociones y conductas, ABC (diario), la identificación de pensamientos irracionales, las distorsiones cognitivas que están relacionadas con los hábitos disfuncionales, el plato del buen comer, diarios de ingesta calórica/ gasto

energético, imaginación guiada, relajación progresiva, el modelo de Mahoney y Mahoney y el modelo Transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente.

- Grupo de ejercicio individualizado

Tuvo sesiones de media hora cada una, tres veces a la semana, para caminar en bandas sin fin, el carácter aeróbico del ejercicio fue establecido a través del rango adecuado de frecuencia cardiaca de cada persona, además de tener apoyo dietético. Las participantes se sometieron a una dieta hipocalórica la cual fue diseñada de acuerdo a la historia clínica nutricional de cada paciente.

A las pacientes también se les midió el porcentaje de grasa, peso y porcentaje de agua; así como los triglicéridos, el ácido úrico, el colesterol total, el HDL1, LDL, VLDL, el coeficiente de riesgo aterosclerosis, el estado de oxidación y la capacidad antioxidante. Los cuales se obtuvieron a través de una muestra de sangre.

Y antes del tratamiento se les aplicó el Cuestionario de sobreingesta alimentaria de Willian y Warren, el cual está conformado por 80 ítems los cuales miden cogniciones, conductas-hábitos, emociones y actitudes relacionadas con la obesidad.

Los resultados obtenidos mostraron en ambos grupos se pudo observar cambios y una mejora en el manejo y control del sobrepeso y la obesidad en grado I y II en mujeres sin comorbilidad, sin embargo el ejercicio aeróbico resultó ser más efectivo en la modificación de las variables de química sanguínea, mientras que el tratamiento cognitivo conductual grupal en conjunto con el modelo de Mahoney y Prochaska es efectivo para modificar variables de antropometría, química sanguínea, estrés oxidante celular, así como también en ingesta alimentaria.

- Grupo de autocuidado de diabetes mellitus II.

Díaz, L., Galán, S. y Fernández, G. (1993) llevaron a cabo un estudio, en el cual la intervención estaba dirigida a pacientes con diabetes mellitus tipo II, para lo

cual fue necesario estructural el programa “club del diabético”, para lograr que los pacientes con dicho padecimiento pudieran involucrarse en el cuidado de su salud, lo cual se conseguiría a través de la información necesario sobre su padecimiento, así como mediante el aprendizaje de aquellas habilidades que les resultaran útiles para poder identificar aquellos momentos en los cuales es necesaria hacer alguna modificación alimenticia, comportamental y farmacológica, para que puedan mantener sus niveles de glucosa dentro de parámetros normales.

Dicho programa contaba era de 30 sesiones en las cuales se proporcionaba información sobre la enfermedad, desmintiendo mitos acerca de esta o pensamientos erróneos que se generan al respecto de la enfermedad. Y por el contrario se daba información verídica sobre la enfermedad, así como se hablaba de sus bases científicas.

Cabe señalar que se decidió hacer dicho grupo debido a la demanda que había por parte de los diabéticos a algunos integrantes de la Residencia de Psicología de la Salud. En un inicio las sesiones eran quincenales, sin embargo debido a la demanda que tenían, después de tres meses, se impartieron de manera semana. El grupo que conformo este estudio estuvo conformado por 18 personas como máximo, pero en algunas ocasiones llegaban a faltar por lo que en general la asistencia a las sesiones en promedio fue de 10 a 8 personas.

Todas las sesiones estuvieron dirigidas por el equipo de psicología, sin embargo en ocasiones algún integrante del equipo de salud, daba una exposición de aproximadamente 30 a 50 minutos, cuando se trataba de la explicación de algún tema específico de otra área, posteriormente se analizaba la información que se había proporcionado.

Con respecto a las dietas, entre los participantes se elaboraron dietas y se intercambiaron dietas y recetas, debido a que no se conto con la colaboración de ningún especialista en nutrición.

A continuación se retomara tal cual, la descripción que se hace Díaz, Galán y Fernández (1993, p. 173) por sesión:

Tabla 1. Muestra la descripción de los temas, objetivos y las técnicas que fueron llevadas a cabo en cada una de las sesiones.

Sesión	Tema	Objetivo	Técnica empleada
1	Encuadre grupal	Identificar la importancia del trabajo grupal	Expositiva y lluvia de ideas
2	Pre-evaluación	Aplicación de pretest	Pre-evaluación
3	El trabajo grupal	Identificar beneficios y limitaciones del trabajo grupal.	Expositiva y lluvia de ideas
4	Mitos acerca de la diabetes	Dar a conocer creencias y actitudes respecto a su vivencia como diabético.	Expositiva
5	Aparatos y sistemas	Conocer los factores de riesgo asociados a la diabetes.	Expositiva y discusión dirigida
6	Anatomía y fisiología del aparato digestivo	Identificar los principales componentes del aparato digestivo.	Expositiva y rotafolio
7	Génesis de la diabetes	Conocer los factores de riesgo asociados a la diabetes.	Expositiva y discusión dirigida
8	La diabetes	Identificar las consecuencias de algunos factores como son: dieta desequilibrada, factores hereditarios, características emocionales de la personalidad.	Expositiva y discusión dirigida
9	Influencia de otras enfermedades asociadas	Identificar problemas relacionados con el alcoholismo, la hipertensión arterial y la tuberculosis	Expositiva y discusión dirigida

10	Sintomatología	Identificar los principales síntomas como son: prurito, forúnculos, polidipsia, poliuria, polifagia, arterosclerosis, depresión, impotencia sexual, coma, shock y vista nublada.	Expositiva y discusión dirigida
11	Terapéutica	Identificar las funciones, indicaciones y contraindicaciones en las dosis	Expositiva y discusión dirigida
12	Métodos de detección	Conocer diversos métodos de valoración de la glucosa.	Expositiva y práctica con glucocintas
13	Nutrición	Identificar los principales conceptos sobre nutrición, desnutrición y alimentos "chatarra"	Expositiva y discusión dirigida
14	Grupos de alimentos	Diferencias entre productos alimenticios animales, leguminosas, cereales, frutas, verduras, azúcares y grasas.	Expositiva y discusión dirigida
15	Construcción de tablas	Construir tablas de alimentos por su valor nutritivo y disponibilidad.	Discusión dirigida
16	Frecuencia de consumo de alimentos	Identificar el ciclo de la glucosa. Elaborar raciones y cantidades de alimentos de manera individual.	Discusión dirigida
17	Formulación de menús	Los participantes identificarán menús y recomendaciones dietéticas.	Discusión dirigida
18	Autocontrol	Elaborar registros de autocontrol	Expositiva y discusión dirigida

19	Control estomatológico	Identificar conceptos estomatológicos relacionados con la diabetes	Expositiva y lluvia de ideas
20	La familia y el diabético	Identificar las condiciones familiares que fomentan la dependencia, así como las ganancias secundarias.	Expositiva y lluvia de ideas
21-28	Relajación profunda	Practicar la técnica de relajación según Jacobson.	Expositiva y práctica
29	Cierre grupal	Conclusión de la actividad grupal.	Discusión dirigida
30	Evaluación y clausura	Invitar a otros miembros de la comunidad a formar otro grupo, así como hacer una evaluación general del curso.	Lluvia de ideas

Para la parte de los resultados, solamente se toman los de un grupo de 6 personas, todas mujeres, ya que son los participantes que más asistieron, haciéndolo en más de 20 sesiones.

Los resultados fueron contradictorios ya que la mitad del grupo elevó su glucosa sanguínea y la mitad restante la disminuyó, por lo que se tuvo que hacer un análisis de varianza, para poder saber si las medidas de glucosa, se asemejan a las que se esperaba obtener con un grupo mayor. Los resultados del análisis mostraron una división en subgrupos, quedando el subgrupo A para los participantes 1,2 y 3; el subgrupo B para los participantes 4 y 5 y el subgrupo C para el último participante.

Los cual permite inferir las siguientes descripciones por grupo:

Subgrupo A: en función de sus características de personalidad, de la percepción que tienen sobre el proceso de salud enfermedad (diabetes), sus conocimientos sobre nutrición así como su adherencia terapéutica, tienen la

posibilidad de modificar su locus de control, haciéndose cargo en gran medida del cuidado su salud.

Subgrupo B: tienen como características de personalidad la negación de su enfermedad como algo incurable, teniendo un locus de control externo.

Subgrupo C: debido al carácter crónico de su padecimiento resulta difícil modular sus respuestas fisiológicas por medio de alguna intervención psicológica, así que es indispensable una modificación en la terapéutica médica.

- La relajación, la modificación de estilos de afrontamiento y la retroalimentación biológica como estrategia para el manejo psicológico del paciente hipertenso.

Ortíz, G. y Ehrenzweig, Y. (1998). Llevaron a cabo un estudio en el cual se evaluó la influencia que tenía estrategias terapéuticas: como el conocimiento de la enfermedad, la modificación de estrategias de afrontamiento, el entrenamiento en relajación y el bio-feedback, sobre la presión arterial diastólica y sistólica y la tasa cardíaca.

Los participantes fueron 45 pacientes que acudían al Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) de la ciudad de Xalapa, Veracruz, de los cuales solo 30 asistieron al programa; diagnosticados como hipertensos esenciales, los cuales estaban sometidos a un tratamiento farmacológico antihipertensivo. Y el tratamiento consto de ocho sesiones semanales que tuvieron una duración de dos horas cada sesión.

En un inicio fue necesario que se impartiera una sesión, que tenía como objetivo poder sensibilizar a los posibles candidatos del estudio. En dicha sesión se les proporciono información sobre la importancia de la hipertensión arterial y del cuidado de la salud, así como las ventajas de someterse a un tratamiento y la atención en grupo.

La descripción por sesiones que nos da Ortíz, y Ehrenzweig, (1998) se retoma a continuación:

Tabla 2. Muestra la descripción de cada una de las sesiones que fueron llevadas a cabo.

Sesión	Toma de registros	Exposición	Dudas	Exposición	Entrenamiento	Dudas
1	4	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión. • Signos y síntomas. • Adherencia al tratamiento. • Implicaciones para otros sistemas. 	4	<p>Aspectos psicológicos de la hipertensión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Excesos y déficit. • Trastorno psicossomático. • Qué es la relajación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de P.A. • Frecuencia cardíaca. • Relajación (Jacobson). 	4
2	4	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo, alcoholismo y su vinculación con la hipertensión. 	4	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia al tratamiento. • Patrón de conducta tipo A. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar y corregir relajación. 	4
3	4	<ul style="list-style-type: none"> • Elementos de nutrición y dieta del paciente 	4	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón de conducta tipo A. • Bio-feedback. • Enfatizar sensaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Checar relajación (conciencia) 	4

		hipertenso .		<ul style="list-style-type: none"> Identificarlas. 	sensorial).	
4	4	<ul style="list-style-type: none"> Sedentaris mo vs. ejercicio para el paciente hipertenso . 	4	<ul style="list-style-type: none"> Bio-feedback. Relajación diferencial. 	<ul style="list-style-type: none"> Bio-feedback . 	4
5	4	<ul style="list-style-type: none"> Mecanism os de afrontamie nto. 	4	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de afrontamiento. Solución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> Práctica de afrontami ento Solución de problema s. 	4
6	4	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de afronta- miento. Pensamie ntos deforma- dos. 	4	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de afrontamiento. Cómo combatir pensamientos deforma- dos. 	<ul style="list-style-type: none"> Empleo de la técnica cómo combatir pensami entos deforma dos. 	4
7	4	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de afrontamie nto. Detención 	4	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de afrontamiento. Detención de cadenas de pensamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Empleo de la técnica detenció n de 	4

		de cadenas de pensamiento.			cadenas de pensamiento.	
8	4	<ul style="list-style-type: none"> Recapitulación médica 	4	<ul style="list-style-type: none"> Recapitulación psicológica. 	CIERRE <ul style="list-style-type: none"> Aplicación de post-tests 	

Es importante mencionar que al inicio de la sesión se tomaban los registros de presión arterial y de la tasa cardiaca. En además la primera sesión además de lo mostrado en la descripción anterior, también se aplicó, el Cuestionario de Datos Básicos, el cual recolecta datos generales sobre el paciente y así como preguntas sobre los factores de riesgo biológicos y comportamentales que se encuentran asociados a la hipertensión arterial. La Guía de Factores de Personalidad, la cual tiene como finalidad la detección de la conducta tipo A; y el Cuestionario General de Salud de Goldberg, el cual permite conocer la percepción que tienen los pacientes sobre la salud, así como la existencia de algún problema psiquiátrico, dicho cuestionario también se aplicó en la última sesión.

Los resultados obtenidos son de 19 de los participantes ya que se dio la deserción de los demás y muestran que el 56.2% de los participantes mejoran su percepción respecto al estado general de su salud, el 26.3% se mantuvo y el 2.1% empeoró dicha percepción.

En cuanto a la presión arterial sistólica, solamente se tenían los datos completos de 17 participantes, las cuales en un inicio tenían una media de 142.35 y en la semana 7 y 8 disminuyeron a 139.56. Y en cuanto a la presión arterial diastólica, esta al inicio del tratamiento tuvo una media de 85.29 y en la semana 7 y 8 disminuyó a 84.12.

Los datos encontrados indican que las técnicas psicológicas empleadas fueron efectivas para mejorar la percepción de salud y el control de la presión arterial y la tasa cardiaca de los pacientes hipertensos.

- Programa de entrenamiento en habilidades de autocontrol alimenticio en personas diabéticas e hipertensas.

Pantoja, C., Domínguez, M., Moncada, E., Reguera, M., Pérez, M. y Mandujano M. (2011) llevaron a cabo una investigación en la cual se evaluó el programa de Alimentación Sana Autocontrolada (ASA) en un grupo de pacientes diabéticos y/o hipertensos y fueron analizados los cambios en el nivel de conocimientos con respecto a las recomendaciones sobre la dieta, los conocimientos sobre autocontrol, así como el índice de masa corporal, la glucosa y la presión arterial.

El programa ASA es un entrenamiento en habilidades de autocontrol alimenticio, incluye la educación a una alimentación saludable, así como proporciona conocimientos sobre los tipos de alimentos y habilidades de autocontrol y la finalidad de dicho programa es que las personas se puedan adherir a las recomendaciones dietéticas para prevenir o retardar alguna complicación médica. Por otra parte dicho programa busca obtener resultado como una disminución en la presión arterial, en el consumo de grasas y carbohidratos, en el IMC corporal, en el peso y un aumento en el consumo de frutas y verduras así como en las habilidades de autocontrol y en los conocimientos necesarios para llevar una alimentación saludable.

Es por tanto que para este estudio se contó con la participación de 17 personas, 16 mujeres y 1 hombre, con edades entre 46 y 70 años de edad, integrantes del Grupo de Ayuda Mutua (GAM) para pacientes diabéticos e hipertensos, pertenecientes al Centro de Salud Santa Isabel en Hermosillo, Sonora. De los 17 pacientes, 10 de ellos habían sido diagnosticados con DM2 e HTA y 7 únicamente tenían el diagnóstico de HTA.

Previo a la aplicación del programa de intervención (ASA), se llevó a cabo un proceso de abordaje en la comunidad y preparación del trabajo, para preparar al

grupo. En el cual fue acordado el plan de trabajo entre el equipo de investigadores, los prestadores de servicios de salud y los integrantes del GAM. Dicho plan de trabajo consto de un grupo focal para poder indagar las dificultades que los pacientes tenían para adherirse al tratamiento, se llevaron a cabo entrevistas individuales con respecto a la compra y el consumo de alimentos, los investigadores también participaron en las reuniones semanales del GAM apoyando con exposiciones y ejercicios sobre temas referentes al cuidado de la salud, manejo de emociones, comunicación familiar y autoestima. Y se llevaron a cabo sesiones de relajación muscular progresiva y baile.

Después de haberse establecido una relación de confianza entre el GAM y los investigadores y aprobados los objetivos, estrategias didácticas y contenidos del programa, se procedió a invitar a los integrantes del GAM a participar en la investigación y se procedió a la firma de una carta de consentimiento informado (a aquellas personas que se interesaron en formar parte de la investigación).

Para la aplicación del programa ASA se llevo a cabo como un taller que tuvo una duración de tres meses y que constaba 19 sesiones y se aplicaban 3 sesiones a la semana, de las cuales 15 fueron en grupo y 4 de manera individual. En las sesiones grupales tuvieron una duración de una hora y 15 minutos y fueron llevadas a cabo en las instalaciones del GAM y fueron abordados los siguientes temas:

- Motivación para el cambio de hábitos
- Recomendaciones dietéticas
- Técnica de autocontrol
- Solución de problemas
- Planeación de compra

Y las técnicas utilizadas en el entrenamiento de habilidades de autocontrol fueron las de aprendizaje estructurado, además de algunos componentes de técnica de solución de problemas.

En cuanto a las estrategias didácticas grupal estas fueron, la exposición de contenidos, ejemplos en vivo y en video de la aplicación de los contenidos, la retroalimentación individual y colectiva sobre las ejecuciones de los participantes, psicodinámicas grupales, así como la discusión y la creación de productos en equipo y también fueron asignadas tareas de manera individual

Por otra parte las sesiones individuales, se llevaban a cabo en el domicilio de cada participante y se daba retroalimentación de los auto-registros, detección de dificultades y se daban ejemplos de algunas alternativas de solución.

Y las tareas que se llevaban a cabo fueron auto-registros diarios sobre el consumo de alimentos, así como formatos del manejo de contingencias y incorporación en la vida cotidiana de algunos de los ejemplos que se dieron durante las sesiones grupales.

Es importante mencionar que durante el segundo mes de la intervención se llevo a cabo una evaluación de las variables de resultado del programa y una semana después de la conclusión del programa se llevo a cabo la post-evaluación.

Y una semana después de la post-evaluación se llevo a cabo una sesión de retroalimentación con los participantes acerca de los resultados del taller, con la finalidad de dar una evaluación con respecto a la aplicación del programa.

Los resultados mostraron que hubo una disminución significativa en el peso corporal, circunferencia de cintura, en el IMC, en los niveles de glucemia y una mejora en el consumo de alimentos. Por lo cual se puede decir que debido a la duración del programa hubo resultados favorables y los resultados infieren que hubo una adquisición de nuevas conductas con respecto al consumo de alimentos que se pueden constatar con la pérdida de peso en los participantes. Lo cual deja ver la efectividad del programa.

5.3. Experiencia profesional en el escenario real de acción del psicólogo de la salud.

Para finalizar este capítulo se reportara la experiencia llevada a cabo durante el séptimo y octavo semestre de la carrera de psicología en la FES Iztacala, con respecto a la práctica de Psicología Social Aplicada llevada a cabo en el primer nivel de atención, en el Centro de Salud “Lázaro Cárdenas II”, del 18 de octubre del 2011 al 5 de junio del 2012.

A continuación se presenta un reporte de las actividades que se llevaron a cabo en el Centro de Salud “Lázaro Cárdenas II”, las cuales fueron, psicoterapia, actividades de promoción y prevención las cuales estuvieron orientadas a pláticas sobre diversas temáticas y los materiales que utilizamos para dichas actividades.

Psicoterapia

Tabla 3. Muestra los totales de pacientes atendidos en psicoterapia, así como las sesiones impartidas, el total de hombres y mujeres asistentes y los padecimientos que se presentaron con mayor frecuencia.

Total de pacientes atendidos	N° de sesiones dadas	N° de hombres	N° de mujeres	Rango de edad	Padecimientos más frecuentes
15	55	7	8	07-63	Depresión

Actividades promoción y prevención

PLATICAS

Tabla 4. Muestra las temáticas de las pláticas que fueron impartidas, así como los asistentes a cada una de ellas y la población que fue impactada.

Temas	N° de platicas dadas	N° total de asistentes	N° de población impactada
Trastorno por Déficit de Atención	4	En sala de espera	En sala de espera
Depresión post- parto	4	En sala de espera	En sala de espera
Depresión	1	15	10
La familia	1	6	6
Sexualidad en la tercera edad	1	6	6
Enfermedades	1	5	5
Relajación	3	20	20
Alzheimer	1	10	4
Resentimiento	2	14	7
Perdón	3	19	7
Bipolaridad	1	6	6
Esquizofrenia	1	6	17
Hipomanía	1	17	17
Trastornos de ansiedad	1	17	17
Demencias	1	5	5
Estrés	2	17	17

Artritis	2	17	17
Ulceras	1	6	5
Asma	1	6	4
Cáncer	1	6	6
Hipertensión	1	6	6
Parkinson	2	8	6
Despedida	1	8	8
Trastornos del sueño	1	6	6
Total	38	226	202

MATERIALES

Tabla 5. Muestra los materiales que fueron usados en cada una de las pláticas que se impartieron.

Temas	Carteles	Volantes
Trastorno por Deficit de Atención	1	0
Sexualidad en la tercera edad	1	0
La familia	0	0
Depresión post-parto	1	0
Enfermedades	1	0
Relajación	0	0
Alzheimer	2	0
Atención psicológica	2	100
Resentimiento	2	0
Perdón	0	0
Bipolaridad	1	0

Esquizofrenia	1	0
Hipomanía	1	0
Trastornos de ansiedad	1	0
Demencias	1	0
Relajación	1	0
Ulceras	1	0
Asma	1	0
Artritis	1	0
Estrés	1	0
Cáncer	1	0
Hipertensión	1	0
Parkinson	1	0
Despedida	0	0
Trastornos del sueño	4	0
Total	27	100

Es importante mencionar que en el Centro de Salud en el que se llevo a cabo la práctica profesional, hacía años que se había descontinuado el servicio de psicología, por tanto cuando se llego a la institución fue difícil poder obtener pacientes, así que las primeras semanas, las actividades que se llevaron a cabo fue la difusión del servicio de psicología a través de la repartición de volantes y carteles. Otras de las actividades que se llevaron a cabo fue la remodelación del cubículo. Además de que se dieron algunas platicas a las personas que se encontraban en la sala de espera, sin embargo en alguna de estas platicas un grupo de señoras de la tercera edad se acerco al cubículo a manifestar la necesidad de que ellas recibieran platicas sobre temas de su interés, a lo cual se

accedió, y la mayoría de las platicas que anteriormente se reportan fueron impartidas a dicha población usando como espacio el cubículo de psicología, sin embargo las platicas también estaban abiertas al público en general, ya que en algunas ocasiones asistieron mujeres externas a dicho grupo.

Ahora bien estando en un escenario real de acción el psicólogo de la salud se enfrenta a diversas dificultades, debido a que, aunque existe una delimitación de sus actividades, en alguno escenarios dicho profesional no tiene la oportunidad de desarrollar las funciones correspondientes, además de no ser aceptado en los equipos multidisciplinarios que ahí trabajan, lo cual se ve reflejado en la experiencia de práctica profesional que se está reportando, puesto que si bien algunos médicos hacían manifiesta la importancia de un psicólogo en el Centro de Salud “Lázaro Cárdenas II” debido a las problemáticas que diversos pacientes les expresaban a estos médicos que los atendían, jamás se tuvo la oportunidad de trabajar en conjunto con algún otro profesional de dicha institución como lo son, los médicos, odontólogos y/o enfermeros, debido a que estos profesionales salían a hacer prácticas de campo a diferentes escenarios como escuelas o al público en general, en lo cual la participación del psicólogo también era fundamental y a dichas actividades no se solicitaba nuestra presencia a diferencia de los pasantes de odontología y enfermería que era forzosa su asistencia a estas actividades. Lo cual evidenciaba un pensamiento dominado por el modelo biomédico, debido a que en lo que respecta a la directora de la institución, no consideraba importante nuestra asistencia en las juntas que se llevaban a cabo en la institución, donde la mayoría del personal asistía, tanto profesionales de salud, como los pasantes y practicantes que ahí estaban, los cuales no eran psicólogos.

Además de que existían algunos programas dentro de la institución, como lo fue el programa llamado “oportunidades”, en el cual se proporcionaban diversas platicas a mujeres que se encontraban en dicho programa, donde llevaban a cabo algunas acciones dirigidas a la prevención y promoción de la salud. Aunado a un grupo en riesgo, el cual fue de mujeres adolescentes embarazadas, a quienes de igual manera se les daban platicas sobre el cuidado de su salud y el proceso de su embarazo. Dichas pláticas eran proporcionadas por trabajadoras sociales, lo cual

deja ver un desconocimiento sobre las funciones del psicólogo de la salud, puesto que en colaboración de enfermeros y doctores se pudo haber colaborado en dichas actividades. Sin embargo desde un inicio se nos delegó la responsabilidad de dar psicoterapia a las personas que llegaran a solicitarlo, limitándonos a poder llevar a cabo alguna otra actividad o a colaborar en otra actividad.

Inclusive se argumentaba que por falta de espacio no podíamos realizar periódicos murales o carteles en los cuales pudiéramos proporcionar algún tipo de información que pudiera servirles a los usuarios de los servicios de salud.

Esta práctica profesional ilustra la aun latente dominación del modelo biomédico en la mayoría de los profesionales de la salud, puesto que aunque es reconocido por diversos profesionales el modelo biopsicosocial y su importancia, en la práctica profesional y en los escenarios reales de acción no se llevaba a cabo este modelo, no se acepta al psicólogo de la salud como parte de los equipos multidisciplinarios quizá porque aun no lo consideran como un profesional perteneciente a las ciencias de la salud.

CONCLUSIONES

El presente trabajo tuvo como finalidad hacer un recorrido histórico de la evolución que ha tenido la psicología de la Salud para poder dar cuenta de las funciones de dicho profesional en el escenario real de trabajo en el primer nivel de atención en México, lo cual se vio reflejado en la experiencia de práctica profesional que se presentó anteriormente.

Dicha experiencia deja ver muchas dificultades a las cuales actualmente el psicólogo de la salud se enfrenta, sustentadas por la investigación previa. Ya que si bien la concepción de salud y enfermedad ha ido modificándose a lo largo del tiempo, debido a sus propias limitaciones, esto ha dado apertura a la colaboración de otros profesionales, además de los médicos, en el proceso de salud y enfermedad.

Ya que como menciona Amigo y cols.(1998) el concebir al proceso de salud y enfermedad como algo que tenía que ver con cuestiones bioquímicas dejaba de lado otros factores, siendo así la salud simplemente la ausencia de enfermedad, sin embargo con el paso del tiempo las enfermedades de tipo infeccioso que generaban un impacto en la población, pasaron a ser enfermedades de tipo crónico degenerativo, dichas enfermedades ya no podían ser explicadas como una simple falla en el organismo, es por tal motivo que se tuvo la necesidad de hacer una modificación en la concepción del proceso de salud y enfermedad, pasando de un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial, según el cual eran tomados en cuenta factores psicológicos, sociales y biológicos como importantes en el proceso de salud enfermedad. Es entonces que la OMSS en el año de 1974 propone que “la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades“(en Oblitas y Becoña, 2000, p.12). Cuya definición corresponde al modelo biopsicosocial del proceso de salud enfermedad.

Ahora bien esta definición de salud nos habla de la importancia de un nuevo profesional, además de los médicos en el cuidado de la salud y de la apertura de una nueva rama de la psicología, la cual se ocupe en colaboración con otros

profesionales del cuidado de la salud y que surge para dar respuesta a las crecientes demandas sociosanitarias, es ahí que surge la psicología de la salud, adoptando obviamente el modelo biopsicosocial del proceso de salud y enfermedad.

En lo que corresponde a su definición, se ha realizado diversas definiciones pero quizá la más aceptada sea la que realizó Matarrazo, la cual es citada por Amigo y cols. (1998) la cual dice que “ la psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud (en Amigo y cols, 1998, p.27-28).

Lo cual hace necesaria la inserción del psicólogo de la salud, al sistema hospitalario, teniendo cabida desde el primer nivel, segundo y tercer nivel de atención. No centrándose meramente a la psicoterapia, sino más bien dando prioridad a diversas funciones. Lo cual no se ve reflejado en la experiencia de práctica profesional anteriormente reportada, ya que como pudimos dar cuenta una de las principales actividades en las que se encasillo la practica fue en la psicoterapia y quizá se pudo ver un breve bosquejo de lo que sería la promoción y prevención de las enfermedades, con el grupo de la tercera edad al que se le daban platicas, sin embargo cabe destacar que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, no hacen referencia solamente a platicas, sino más bien siguiendo lo que nos dice Flórez (2007) y Rodríguez y Neipp (2008), es un proceso de aprendizaje a través del cual se pretende adquirir un conjunto de comportamientos valiéndose de diversas estrategias, que le permitirán tanto a los individuos como a la población fomentar la salud y llevar a cabo hábitos y conductas saludables. Es por tanto que en lo que respecta a la intervención de la promoción de salud según Rodríguez y Neipp (2008) estos temas como, la salud alimentaria, el control del peso, la salud escolar, cardíaca, así como la salud sexual

y reproductiva y la salud mental. Tomando en cuenta diversos tipos de poblaciones y etapas de la vida, como lo son la infancia, adolescencia, edad adulta y vejez.

Lo cual puede verse en las pláticas que se impartieron, aunque solamente se impartieron en una etapa de la vida que fue la edad adulta y en las cuales en la mayoría de las sesiones se proporcionaba información tocando algunas temáticas descritas por Rodríguez y Neipp (2008), sin embargo es importante mencionar que en algunas ocasiones, no solamente se procuraba dar información sino más bien llevar a cabo dinámicas, compartiendo experiencias referentes al tema, sin embargo hizo falta llevar a cabo acciones con respecto a la salud alimentaria, ya que varias de las asistentes a las pláticas eran mujeres que tenían algún padecimiento crónico degenerativo, como diabetes e hipertensión arterial, en cuyo caso hubiese sido importante llevar un control de alimentación y peso y proporcionar información al respecto de los cuidados de estas enfermedades, aunque se llevo a cabo una plática al respecto, sin embargo se limito a solamente proporcionar información y no se llevo un seguimiento con respecto a dichas pacientes, lo cual pudo haberse llevado a cabo en conjunto con los médicos que las atendían creando un equipo multidisciplinario que se encargara del cuidado de las pacientes y su alimentación, ya que algunas de las quejas de los doctores con respecto a esta población es la poca adherencia que tenían algunas de ellas al tratamiento, lo cual como bien se sabe es otra de las áreas de intervención de los psicólogos de la salud. Y según nos menciona Amigo y cols. (2009) la adherencia terapéutica hace referencia a la participación activa que tiene el individuo en su tratamiento, en cuyo proceso interfieren diversos factores como los son, los ambientales, sociales, cognitivos, etc.

Otro factor para la no adherencia terapéutica, puede ser la relación médico-paciente, puesto que la relación que se establezca entre estos dos individuos puede influir de manera positiva o negativa en el apego que el paciente tenga a su tratamiento, cuestión que también estuvo presente en la institución en la cual se llevo a cabo la práctica profesional que se reporto, ya que algunas de las señoras que asistían a la plática referían que desde su punto de vista había doctores en la institución que no las atendían según sus expectativas, puesto que no mantenían

una buena relación con ellos, lo cual influía en la comunicación que tuvieran con ellos al momento de hablar de sus padecimientos, así como en el seguimiento de sus tratamientos.

Por otra parte siguiendo a Kroeger y Luna (1978) es importante rescatar que para que la atención primaria de la salud pueda cumplir sus metas es importante que se lleven a cabo acciones integrales, poniendo un mayor énfasis en lo preventivo más que en lo curativo. Y en lo que respecta a los programas que se deben llevar a cabo en dicho nivel, estos autores mencionan que hay que tomar en cuenta en su implementación las siguientes características:

- Tienen que asegurar el acceso de dichos servicios a toda la población.
- Deben de establecerse las actividades de promoción de la salud y prevención, conjuntamente con las correspondientes al tratamiento y a la rehabilitación.
- Deben de tener como unas de sus características primordiales a la universalidad de los servicios, la igualdad de oportunidades y la continuidad del servicio.
- Debe llevarse a cabo una investigación y selección acerca de cuáles son las necesidades prioritarias que se deben cubrir para poder saber cuáles son los elementos del programa que se necesitan tener para poder cubrir las necesidades por ejemplo de la salud materno- infantil, inmunización, de las enfermedades respiratorias, crónicas, cardiovasculares, etc.

En situaciones es la cuales es evidente la colaboración de los psicólogos en conjunto de otros profesionales de la salud como los médicos, enfermeras, etc. Sin embargo como se menciona anteriormente, en esta práctica no se pudo tener la oportunidad de llevar a cabo dichas acciones y de tener una gran inserción en el escenario de práctica profesional.

Sin embargo no todos los psicólogos en el primer nivel de atención o en general en el sistema hospitalario están en la misma situación que el ejemplo de práctica profesional antes mencionada, puesto que en el primer nivel de atención

según información obtenida de la página de la Secretaría de Salud (<http://www.salud.df.gob.mx>), existen un programa para adicciones que se lleva a cabo en los CAPA, los cuales se encuentran en el Distrito Federal y están encaminados en la atención primaria de adicciones y dichos programas son llevados a cabo por psicólogos. En la misma página se hace mención de otros programas lo cuales según sus características son llevados a cabo por psicólogos, sin embargo la información que se proporciona en la pagina es limitada, dichos programas se mencionaran a continuación:

- Adherencia terapéutica
- Programa contra el tabaquismo
- Programa contra el alcoholismo
- Programa contra la farmacodependencia
- Programa de Salud mental
- Programa de violencia de género

Además en la página de la Secretaría de Salud de Tamaulipas <http://salud.tamaulipas.gob.mx/>, se hablan de programas preventivos del cual se rescata el de prevención y control del VIH, ahora bien dicho programa es llevado a cabo en los CAPASITS que son centros ambulatorios de prevención y atención en SIDA e ITS, los cuales se encuentran en toda la república y no son exclusivos del estado de Tamaulipas. En dicho programa también se puede ver la participación de los psicólogos, puesto que dentro de los servicios que se ofrecen se menciona la consulta psicológica.

Por otra parte Bravo, M. (2010), nos dan un ejemplo de las aportaciones del psicólogo de la salud en el segundo nivel de atención, pues este autor llevo a cabo un estudio en un hospital de la Secretaria de Salud en el Distrito Federal. En dicho estudio se llevo a cabo una intervención en crisis, posterior al diagnóstico de cáncer de mama en una mujer de 42 años de edad. Obteniendo como resultado una gran disminución en respuestas motoras, fisiológicas, verbalizaciones y temores con

respecto a la enfermedad. Estos autores nos mencionan que es importante que después de un diagnóstico como es el cáncer de mama, se proporcione una pronta atención psicológica, debido al estrés que genera dicho diagnóstico, aunado a los temores y la preocupación que surgen. Y tal como se muestra en este estudio los resultados fueron significativos.

Otro ejemplo es el que se llevó a cabo en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente, en el cual la intervención fue con las madres depresivas de niños con mielomeningocele, a las cuales se les dio terapia grupal, los resultados de la terapia fueron positivos ya que los síntomas de la depresión de estas madres se redujeron en un 55%, además de ayudar al proceso de asimilación y de adaptación a las condiciones reales de los niños de dichas madres.

Por otra parte Ortiz G. y Ehrenzweig, Y. (1998) también nos dan un ejemplo de la intervención del psicólogo de la salud, puesto que evaluó la influencia de las estrategias terapéuticas: como el conocimiento de la enfermedad, la modificación de estrategias de afrontamiento, el entrenamiento en relajación y el bio-feedback, sobre la presión arterial diastólica y sistólica y la tasa cardíaca. Llevándolo a cabo en el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) de la ciudad de Xalapa, Veracruz, obteniendo como resultados que las técnicas psicológicas empleadas fueron efectivas para mejorar la percepción de salud y el control de la presión arterial y la tasa cardíaca de los pacientes hipertensos.

Y finalmente. Pantoja, C., Domínguez, M., Moncada, E., Reguera, M., Pérez, M. y Mandujano M. (2001) evaluaron el programa de Alimentación Sana Autocontrolada (ASA) en un grupo de pacientes diabéticos y/o hipertensos. Con integrantes del Grupo de Ayuda Mutua (GAM) para pacientes diabéticos e hipertensos, pertenecientes al Centro de Salud Santa Isabel en Hermosillo Sonora. Obteniendo resultados favorables, puesto que los participantes lograron adquirir nuevas conductas con respecto al consumo de alimentos, lo cual también se reflejó en la disminución en el peso corporal, circunferencia, IMC, niveles de glucemia y en la mejora en el consumo de alimentos, de los participantes.

Lo anterior son ejemplos de la intervención y las aportaciones que ha hecho el psicólogo de la salud, lo cual contrasta con la experiencia llevada a cabo en la práctica profesional que anteriormente fue reportada.

Es importante mencionar que algunas de las intervenciones reportadas no son llevadas a cabo precisamente en el primer nivel de atención, sino más bien en otros niveles, eso nos habla de que el psicólogo de la salud ya ha comenzado a integrarse y a trabajar de manera multidisciplinaria con otros profesionales, en otros niveles de atención, lo cual refleja la importancia y la relevancia que tiene dicho profesional en este ámbito de la salud, lo que resulta alentador y da apertura a que cada vez más psicólogos se interesen por este campo y se integren a los escenarios de la salud.

Sin embargo el camino que hay que recorrer aun es largo y aun son muchos los esfuerzos que estos profesionales deben hacer puesto que, en lo que respecta al primer nivel de atención, no son muchos los datos que tenemos al respecto de psicólogos de la salud, pues aunque ya se han insertado en instituciones, aun no se logra tener una integración de dichos profesionales a los equipos de salud o aun no logran llevar a cabo las funciones propias de dicho profesional, puesto que aunque se reconoce la existencia y la importancia del modelo biopsicosocial el cual hace relevante la inserción del psicólogo de la salud en estos escenarios, en la práctica real se puede ver la latente existencia del modelo biomédico y la gran predominación que aun tiene.

Lo cual puede estar dado debido al recelo que tienen los profesionales de la salud, de que otro profesional más se integre a su equipo, además de que algunos de ellos quizá no consideren aun al psicólogo como un profesional de la salud. Pues si bien la psicología de la salud es una área relativamente joven, en México lo será aun más nueva, la cual con el paso de los años y con las aportaciones que diversos profesionales han llevado a cabo se empieza a abrir camino y como se menciono anteriormente se comienza a dar la inserción de dicho profesional en los diferentes niveles de salud en el ámbito hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilera, V., Leija, G., Lara, E., Rodríguez, D., López, J., Matamoros, R., et al. (2001). Tratamiento cognitivo conductual grupal vs. Ejercicio aeróbico para el manejo de la obesidad, estrés oxidante celular y química sanguínea. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (1), 236-256. Obtenido el 3 de septiembre del 2013 desde: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/24809/23325>

1. Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). Conceptualización de la Psicología de la Salud. *Manual de Psicología de la Salud* (pp. 19-32). Madrid: Pirámide.

2. Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2009). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. *Manual de Psicología de la Salud* (pp. 239-269). Madrid: Pirámide.

3. Ballano, F. y Esteban, A. (2005). Unidad 7: La promoción de la salud. *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente* (pp. 98-015). España: Editex.

4. Ballester, R. (1997). Capítulo 4: La formación y el ejercicio profesional. *Introducción a la Psicología de la Salud: Aspectos conceptuales* (pp. 205-242). Valencia: Promolibro.

5. Barquin, M. (1985). Sistema y servicios de salud. *Dirección de Hospitales* (pp. 1-26). México: Interamericana.

6. Blanco, J. y Maya, J. (2005). Capítulo 1. Conceptos básicos. *Tomo I: Fundamentos de salud pública* (pp.1-8). Colombia: CIB. Obtenido desde: <http://books.google.com.mx/books?id=rMUJLIsPNiIC&pg=PA1&dq=concepto+>

de+salud&hl=es-419&sa=X&ei=8NhmUteVJMSMyAGao4A4&sqi=2&ved=0CD0Q6AEwAQ#v=onepage&q=concepto%20de%20salud&f=false+

7. Branon, L. y Feist, J. (2001). Capítulo 1: Introducción a la psicología de la salud. *Psicología de la Salud* (pp. 11-31). España: Thomson Learning.
8. Bravo, M., (2010). Intervención en crisis ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13 (3), 67-82. Obtenido el 3 de septiembre del 2013 desde: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/19308#ld>
9. Buela Casal, G. y Carrobles, J. (1996). Concepto de Psicología Clínica, Medicina Conductual y Psicología de la Salud. En Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de La Salud* (pp. 3-11). España: Siglo XXI.
10. Cantú, R. y López, G. (2009). Psicología de la Salud. *Psicología de la Salud: Antecedentes, aplicaciones y propuestas* (pp. 53-74). Universidad Autónoma de Nuevo León.
11. Capra, F. (1998). *El punto crucial: Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Argentina: Troquel.
12. Cobo, J., Ania, J., Fernández, M., García, A., Hernández, L., López, L., et al. (2006). Tema 31. Concepto de salud y enfermedad. Educación para la salud: concepto. *Temario Materias Específicas Volumen 2: Técnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud* (pp. 191-221). España: MAD. Obtenido desde: http://books.google.com.mx/books?id=e_0S9azpnmMC&pg=SL26-PA191&dq=proceso+de+salud+enfermedad&hl=es-

[419&sa=X&ei=ZbtmUp2KGIPY2QWJ3YCgAQ&ved=0CFIQ6AEwCDgK#v=onepage&q=proceso%20de%20salud%20enfermedad&f=false](#)

13. Díaz, L., Galán, S. y Fernández, G. (1993). Grupo de autocuidado de diabetes mellitus II. *Salud Pública de México*, 35 (2), 169-176. Obtenido el 3 de septiembre del 2013 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10635207>

14. Fernández, Í. (2010). *Diccionario de Psicología Clínica y Psicopatología*. Sevilla: MAD.

15. Flórez, L. (2007). Capítulo 1: Significación psicológica de la promoción y de la prevención en salud. *Psicología Social de la Salud: Promoción y Prevención* (pp. 1-28). Bogotá: Manual Moderno.

16. Gómez, O. (2003). A. El concepto de salud/enfermedad. *Salud pública y políticas nacionales de salud en Costa Rica* (pp. 3-18). Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia. Obtenido desde: <http://books.google.com.mx/books?id=kxY-NpoH3EcC&printsec=frontcover&dq=proceso+de+salud+enfermedad+gomez+2003&hl=es-419&sa=X&ei=h61mUo74JoKd2gWi34DgAg&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=proceso%20de%20salud%20enfermedad%20gomez%202003&f=false>

17. Grau, J. y Flórez, L. (2005). Estrategias de actuación de la psicología de la salud. En Grau, J. y Hernández, E. *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 85-109). México.

18. Grau, J. y Hernández E. (2005). Psicología de la salud aspectos históricos y conceptuales. *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 33-73). México.

19. Hernández, E., Armayones, M., Boixadós, M., Pousada, M., Guillamón, N. y Gómez, B. (2009). Capítulo I. Modelos de salud. Variables y agentes. *Salud y Red* (pp.17-50). Barcelona: UOC. Obtenido desde: <http://books.google.com.mx/books?id=iALqRJTotelC&pg=PA11&dq=proceso+de+salud+enfermedad+hernandez+2009&hl=es-419&sa=X&ei=itZmUvfPLeGe2QXAr4GQAq&ved=0CEoQ6AEwBQ#v=onepage&q=proceso%20de%20salud%20enfermedad%20hernandez%202009&f=false>
20. Infante, O., Pérez, E. y Díaz, J. (2005). La psicología de la salud en la atención primaria. En Hernández, E. y Grau, J. *Psicología de la Salud fundamentos y aplicaciones* (pp. 253-272). México.
21. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Obtenido el 18 de noviembre del 2012 desde: <http://www.imss.gob.mx>
22. Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4 (1), 70-79. Obtenido el 8 de octubre del 2012 desde: <http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&hid=121&sid=6b2202a0-7a5e-44f9-95d1-fd971faee781%40sessionmgr13>
23. Kroeger, A. y Luna, R. compiladores (1987). Capítulo 1: Aspectos programáticos de la atención primaria de la Salud a nivel Nacional e Internacional. *Atención primaria de Salud: Principios y Métodos* (pp. 5-21). México: Pax México.
24. León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I. (2004). Capítulo 1. Fundamentos de la Psicología de la Salud. *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida* (pp. 15-40). Barcelona: UOC.

25. León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I. (2004). Capítulo II. Definición y delimitación conceptual de la Psicología de la Salud. *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida* (pp. 41-60). Barcelona: UOC. Obtenido el 12 de noviembre del 2012 desde: <http://books.google.com.mx/books?id=esM3UUng9kcC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
26. León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I. (2004). Capítulo 5. El campo de acción de la Psicología de la Salud. *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida* (pp. 131-151). Barcelona: UOC.
27. Luzoro, J. (1992). Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, 3 (1), 25-29. Obtenido el 1 de febrero del 2013 desde: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/18640/19724>
28. Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodall, C. y Sykes, C. (2008). Capítulo 1: La psicología de la salud como un Nuevo campo de investigación. *Psicología de la Salud: Teoría, Investigación y práctica* (pp. 3-28). México: Manual Moderno.
29. Mondragón, J. y Trigueros I. (1999). 1. Salud y Enfermedad. *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud* (pp. 1-17). Madrid: Siglo XIX. Obtenido desde: http://books.google.com.ar/books?id=C3OjW7YmHpgC&pg=PA1&lpg=PA1&dq=concepto+de+salud+segun+la+oms+1948+en+mondragon+y+trigueros&source=bl&ots=Vhc9HmAl6D&sig=rDEG_6FIZOmKfcoW8ezaMI7xORw&hl=es-419&sa=X&ei=s-dmUobeGoO92gWH2YHICA&ved=0CCkQ6AEwAA#v=onepage&q=concepto%20de%20salud%20segun%20la%20oms%201948%20en%20mondragon%20y%20trigueros&f=false

30. Morales, F. (2002). Capítulo 2. ¿Tenemos una Psicología de la Salud para América Latina?. En Reynoso, L. y Sseligson, I. *Psicología y Salud* (pp. 33-42). México.
31. Morrison, V. y Bennett, P. (2008). Capítulo 1: ¿Qué es la salud?. *Psicología de la Salud* (pp.3-36). España: Pearson Educación.
32. Nunes, M., Garcia, G. y Alba, S. (2006). Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales. *Estudios Sociales*, 15 (28), 138-161. Obtenido el 8 de octubre del 2012 desde: <http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&hid=121&sid=6b2202a0-7a5e-44f9-95d1-fd971faee781%40sessionmgr13>
33. Núñez, J. y Ortiz, M. Traductores. (2010). *APA Diccionario conciso de Psicología*. México: Manual Moderno.
34. Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, 26 (2), 219-254. Obtenido el 8 de octubre del 2012 desde: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472008000200002
35. Oblitas, L. y Becoña, E. (2000). Psicología de la Salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En Plaza y Valdés (Ed). *Psicología de la Salud* (pp. 11-52). México. Obtenido el 19 de septiembre del 2012 desde: <http://books.google.com.mx/books?id=Blc6XLFCfVsC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
36. Oropeza, R., Medina, M. y Sánchez, S. (2007). Evaluación de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *Revista Mexicana de Psicología*, 24 (2), 219-

23. Obtenido el 3 de septiembre del 2013 desde: <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243020637007.pdf>
37. Ortíz, G. y Ehrenzweig, Y. (1998). La relajación, la modificación de estilos de afrontamiento y la retroalimentación biológica como estrategia para el manejo psicológico del paciente hipertenso. *Revista Sonorense de Psicología*, 12 (1), 16-29. Obtenido el 3 de septiembre del 2013 desde: <http://kunkaak.psicom.uson.mx/maestria/HTML/12-1-16.html>
38. Pantoja, C., Domínguez, M., Moncada, E., Reguera, M., Pérez, M. y Mandujano M. (2011). Programa de entrenamiento en habilidades de autocontrol alimenticio en personas diabéticas e hipertensas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (1), 98-115. Obtenido el 3 de septiembre del 2013 desde: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/24800>
39. Perea, R. (2004). 1. Qué es la Educación para la Salud. *Educación para la salud* (pp. 3-20). España: Díaz de Santos.
40. Piña, J. (2003). La Psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 191-205. Obtenido el 19 de septiembre del 2012 desde: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=797513>
41. Programa de Formación Académica de Posgrado Especialidad en Psicología de la Salud. (1997). *Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana* (pp. 1-49). Obtenido el 19 de septiembre del 2012 desde <http://promociondeeventos.sld.cu/psicosalud/files/2008/03/programa-esp.pdf>
42. Reynoso, L. y Seligson, I. (2002). Introducción. *Psicología y salud* (pp. 9-12). México. Obtenido el 12 de noviembre del 2012 desde: http://books.google.com.mx/books?id=xzAZH2_OHu4C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false

43. Reynoso, L. y Seligson, I. (2002). Capítulo 1. Psicología y Salud en México. *Psicología y salud* (pp. 13-32). México. Obtenido el 12 de noviembre del 2012 desde:
http://books.google.com.mx/books?id=xzAZH2_OHu4C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
44. Rodríguez, J. y Neipp, M. (2008). Capítulo 1: Psicología Social de la Salud. *Manual de Psicología Social de la Salud* (pp. 15-39). Madrid: Síntesis.
45. Rodríguez, J. y Neipp, M. (2008). Capítulo 7: Relación entre profesional sanitario y paciente. *Manual de Psicología Social de la Salud* (pp. 159-187). Madrid: Síntesis.
46. Rodríguez, J. y Neipp, M. (2008). Capítulo 12: Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. *Manual de Psicología Social de la Salud* (pp. 275-287). Madrid: Síntesis.
47. Sánchez, B. y Castellanos A. (2012). Terapia grupal a madres depresivas de niños con mielomeningocele en rehabilitación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (1), 1-15. Obtenido el 3 de septiembre desde:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/30901>
48. Secretaria de Salud del Distrito Federal (SSDF). Obtenido el 18 de noviembre del 2012 desde: <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/>
49. Secretaria de Salud del Estado de Veracruz. Obtenido el 7 de abril del 2013 desde: <http://web.ssaver.gob.mx/>
1. <http://web.ssaver.gob.mx/vih/capasits-4/>

50. Secretaria de Salud de Tamaulipas. Obtenido el 7 de abril del 2013 desde:
<http://salud.tamaulipas.gob.mx/>

1. <http://salud.tamaulipas.gob.mx/programas/medicina-preventiva/prevencion-y-control-del-vih/>
2. <http://salud.tamaulipas.gob.mx/programas/medicina-preventiva/salud-mental/>
3. <http://salud.tamaulipas.gob.mx/programas/salud-de-infancia-y-adolescencia/salud-integral-del-adolescente/>

51. Starfield, B. (2001). Capítulo 9: Relación médico-paciente. *Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología* (pp.183-196). Barcelona: Masson.

52. Un sitio del Portal Ciudadano del Gobierno del Distrito Federal. Obtenido el 15 de abril del 2013 desde:
http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=154

53. Vazquez, L (1989). El Hospital. En Mendez, F. (Ed.), *La Administración de Hospitales* (pp. 194-331). México.

54. Werner, R., Pelicioni, M. y Chiattoni, H. (2003). La psicología de la salud latinoamericana hacia la promoción de la salud. *Grupo para crecer: Psicología de la Salud*, 1-14. Obtenido el 19 de septiembre del 2012 desde:
<http://www.gruposparacrecer.com.ar/pdf/INV1d.pdf>