



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Inserción y papel del psicólogo en el ámbito
de la salud”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

SARAIT VIRGINIA FUENTES ESPINOZA

DIRECTORA: Mtra. Blanca Leonor Aranda Boyzo

DICTAMINADORES: Mtro. Francisco Jesús Ochoa

Lic Emiliano Lezama Lezama

Los Reyes Iztacala, Edo de
México, 2015





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.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. DEFINICIÓN, ORÍGENES Y ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	5
1.1 Definición psicología de la salud.....	6
1.2 Antecedentes y orígenes de la psicología de la salud.....	12
1.3 Modelo biomédico y modelo biopsicosocial de la salud.....	20
1.4 Conducta de salud.....	24
1.5 Teorías explicativas de la conducta de salud.....	25
1.5.1 El modelo de Creencias sobre la salud (MCS).....	25
1.5.2 Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de la Razón Planteada.....	26
1.5.3 Teoría de la Acción Social.....	27
1.5.4 Teoría de la Aproximación de procesos a la Acción Saludable (HAPA: Health Action Process Approach).....	29
1.6 Disciplinas relacionadas con la salud.....	32
CAPÍTULO 2. DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN MÉXICO.....	35
2.1 Antecedentes de la psicología en México.....	35
2.2 Ámbitos de desarrollo de psicología de la salud.....	43
CAPÍTULO 3. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO.....	48
3.1 Definición de sistema de salud.....	48
3.2 Antecedentes del sistema de salud en México.....	51

3.3 Componentes del sistema de salud en México.....	55
3.4 Esquema tradicional y popular de la salud.....	57
3.5 Modelos de sistemas de salud.....	59
3.6 Niveles de atención de salud.....	64
3.7 Sistema de salud en México en la actualidad.....	67
CAPÍTULO 4. FUNCIONES DEL PSICÓLOGO EN EL AMBITO DE LA SALUD.....	69
4.1 Formación de psicólogos en el ámbito de la salud.....	70
4.2 Habilidades y competencias con las que debe contar el psicólogo de la salud.....	71
4.3 Características personales del psicólogo de la salud.....	75
4.4 Funciones.....	75
4.5 Inserción.....	84
CAPÍTULO 5. EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO EN UN ESCENARIO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	86
5.1 Escenario de la experiencia.....	86
5.1.1 Ubicación.....	86
5.1.2 Características.....	87
5.1.3 Servicios profesionales que se ofrecen en el centro de salud Prado Ixtacala.....	88

5.1.4 Organigrama del centro de salud.....	89
5.1.5 Servicio de psicología.....	90
5.2 Actividades realizadas por el psicólogo dentro del Centro de Salud Prado Ixtacala.....	91
5.2.1 Pláticas sobre promoción y prevención de la salud.....	91
5.2.2 Intervención psicológica.....	95
5.3 Padecimientos frecuentes en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Prado Ixtacala.....	131
5.4 Relación psicólogo-institución.....	136
5.5 Relación psicólogo-médico.....	138
5.6 Relación psicólogo-paciente.....	140
CONCLUSIONES.....	142
REFERENCIAS.....	150

INTRODUCCIÓN

La preocupación por la salud y la enfermedad ha sido una constante para el hombre, pues son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia. Por lo que México, en lo que respecta a la salud y al ser un país en proceso de desarrollo, en la actualidad presenta altos índices de incidencia tanto de enfermedades agudas como de enfermedades crónico degenerativas, las cuales han sido reportadas en el 2008 por el Sistema Nacional de Información de Salud, donde destaca principalmente la diabetes mellitus con mayor tasa de mortandad.

Un cambio desfavorable en el estado biológico de un organismo se presenta por medio de procesos de tipo biológico, físicos y químicos, los cuales operan en el ambiente mediante prácticas de tipo social y cultural. Por lo tanto, las enfermedades crónico – degenerativas y las infecciosas tienen un elemento en común, el comportamiento, entendido por Ribes (2008) como “la práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales”. Así, la prevención, desarrollo y recuperación de una enfermedad determinada involucran la participación del individuo que se comporta y dicho comportamiento va a regular los efectos biológicos del ambiente sobre el organismo del individuo; es decir, el comportamiento es el mediador del contacto entre el organismo y agentes dañinos, causa cambios progresivos en el estado del organismo.

Ahora bien, la definición de salud socialmente es vista “como la ausencia de enfermedad” pensando únicamente en los aspectos físicos. Sin embargo, se considera que la salud es el bienestar físico, social y mental. De acuerdo esto, Ribes (2008) sostiene que los estilos interactivos del individuo (lo que hace o no hace); las competencias para interactuar con situaciones que afectan la salud, en otras palabras, la manera en que el individuo lo hace; así como las formas conscientes que representan la relación con situaciones que pueden alterar la salud, también, lo que hace frente a ciertas circunstancias, son los elementos que determinan la dimensión psicológica de un proceso que resulta en salud o enfermedad.

La salud debe ser entendida de una forma positiva como un proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades actuales y potenciales; como un concepto dinámico y cambiante; como un derecho de la persona como tal y como miembro de la comunidad; como una responsabilidad personal; como el resultado de la intervención de las aportaciones científico – técnicas de distintos tipos de profesionales; y como un problema social y político (Rodríguez- Marin, 1995).

Ahora bien, al hablar de un bienestar mental y del comportamiento en los individuos se hace referencia al campo de la psicología, la cual se encarga de estudiar los procesos psicológicos del individuo, por lo tanto la psicología de la salud, se define como la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta 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 éstos puedan tener lugar. (Oblitas, 2006).

De acuerdo con todo lo anterior, la mayoría de los padecimientos de tipo biológico se pueden prevenir a través de la promoción de conductas saludables y la modificación de conductas que pongan en riesgo la salud del individuo. Por otra parte, las personas que ya han sido previamente diagnosticados con alguna enfermedad crónica o infecciosa puedan aspirar a una mejor calidad de vida, a través de terapia, recursos de afrontamiento, atención psicológica, acompañamiento durante la enfermedad y en el proceso de la muerte.

Por lo tanto, Carillo (2012) menciona que el psicólogo de la salud ejerce dicha profesión en escenarios de salud biológica a través de la realización de actividades orientadas a la investigación del proceso de la salud y enfermedad, promoción de la salud, prevención, diagnóstico, evaluación, intervención, tratamiento, y rehabilitación de la enfermedad a partir de las teorías y tecnologías de la psicología científica. Es por esto que el psicólogo de la salud cuenta con una

teoría general de la conducta, una teoría específica de la conducta humana y un modelo psicológico de salud biológica que le permite:

- 1) Relacionar variables biológicas y socioculturales de la enfermedad y epidemiología
- 2) Indicar las maneras y momentos para modificar el proceso de salud – enfermedad mediante las conductas de cada individuo
- 3) Orientar acciones e intervenciones prácticas dirigidas a la prevención, recuperación y rehabilitación de las alteraciones nocivas del estado biológico del organismo.

Es decir, la psicología de la salud se basa principalmente en la promoción y prevención de la salud de los individuos, pero también ayuda al paciente durante el proceso de enfermedad. Cabe señalar que las funciones del psicólogo de la salud van encaminadas a prevenir enfermedades y situaciones de riesgo, sin embargo durante su desarrollo se ha encontrado con muchas limitaciones debido a que la medicina sigue ocupando un lugar importante y primordial en la salud, pero la psicología de la salud es un apoyo para esta área y poco a poco ha ido ocupando un lugar importante dentro del sector salud.

En México, encontrar una manera de prevenir las enfermedades se ha convertido en prioridad, por lo cual debe de intervenir un psicólogo de la salud, pero actualmente quienes desempeñan esa labor han sido las enfermeras y aun no se ha logrado consolidar la psicología de la salud dentro del ámbito sanitario. Por lo tanto, Hernández y Lozano (2012) mencionan que desde hace algunos años en México, como en otros países, se está promoviendo la mejora en la calidad de los servicios de salud que abarca una mejor atención de los pacientes, no sólo técnica, sino humana; lo que implica un conocimiento de la psicología de la salud, de los significados de la enfermedad, de factores subjetivos que impiden o retardan las recuperaciones, la adherencia terapéutica.

En el presente trabajo, el objetivo principal es dar a conocer mediante experiencia profesional, las funciones del psicólogo dentro del ámbito de la salud,

para abordar el tema se presenta en cinco capítulos. En el primer capítulo se define la psicología de la salud y se realiza una reseña sobre los antecedentes más importantes de la psicología de la salud, así como los principales modelos que lo rigen. El segundo capítulo, hace mención a la manera en la que la psicología se fue desarrollando en México y como la psicología de la salud ha tratado de posicionarse en el país a través de empleos, libros, publicaciones y clases dentro de las universidades. El tercer capítulo, presenta un breve resumen, sobre la manera en la que se encuentra dividido el sistema de salud en México, principalmente se describen los niveles de atención que se llevan a cabo en el país. El cuarto capítulo, explica las funciones que debe realizar el psicólogo de la salud dentro de un escenario de salud. Por último, el capítulo cinco señala la experiencia profesional de un psicólogo dentro de un escenario de primer nivel de atención, basándose principalmente en la terapia psicoterapéutica.

Cada uno de los apartados descritos con anterioridad, pretenden dar a conocer la manera en la que el psicólogo se insertó en el escenario de primer nivel de atención Prado Ixtacala, el papel que desempeña realizando sus actividades pero sobre todo si realmente lleva a cabo las funciones propias de un psicólogo de la salud.

DEFINICIÓN, ORÍGENES Y ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

El definir la salud como tal, presenta dificultades, pero socialmente es vista “como la ausencia de enfermedad” pensando únicamente en los aspectos físicos y que debilitan al ser humano. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1974, define la salud de una forma en la que se complementan tres factores: “La salud es el completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades en el individuo”. Se puede apreciar que esta concepción de la salud considera que inciden múltiples determinantes, como las psicológicas y sociales, y que por lo tanto requiere para su análisis y atención de otros conocimientos además de los biomédicos, desplazando de esta manera el dualismo mente-cuerpo y el reduccionismo biologista, que centra la explicación de todas las enfermedades físicas principalmente en problemas de tipo fisiológico provocados por desequilibrios bioquímicos, razón por la cual la definición de salud se reduce a la idea de ausencia de enfermedad y la intervención está centrada principalmente en la ingesta de fármacos con lo que se busca curar al enfermo.

El campo de la psicología de la salud ha ido creciendo continuamente y se han logrado bastantes avances en la investigación, todo está gracias al uso del modelo biopsicosocial, donde se emplean los factores biológicos, psicológicos y sociales. La mayoría de investigaciones han tratado de demostrar las rutas biológicas a través de las cuales factores psicosociales como el estrés, pueden tener como consecuencia efectos sobre la salud.

1.1 Definición psicología de la salud

La psicología de la salud es un área que ha afrontado mucho retos y que, por lo mismo no ha sido completamente consolidada, por un lado se encuentra la cuestión de si es innecesaria debido a que la psicología clínica es suficiente para responder a todas las necesidades que plantea resolver la psicología de la salud. Sin embargo, es un campo que día con día va tomando una mayor importancia en el ámbito de la salud de los individuos y es por esta razón que es importante conocer su definición y como es que se ha ido desarrollando con el tiempo.

Una de las primeras definiciones sobre la psicología de la salud es propuesta por Matarazzo (1980, Citado en Trull y Phares, 2003) quien considera que dicho término se refiere a la suma de aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de políticas sanitarias.

Es la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta 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 éstos puedan tener lugar.

Así mismo, años después Matarazzo amplió su concepción sobre la psicología de la salud, donde la define como “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 la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la difusión asociada, además del mejoramiento del sistema

sanitario y la formulación de una política de salud” (Matarazzo, 2004; citado en Oblitas 2007 p.15).

Otra definición fue propuesta por Taylor (2007) quien menciona que la psicología de la salud está dedicada al entendimiento de las influencias psicológicas en la salud de las personas, el por qué se enferman y cómo responden estas cuando se enferman. Por lo tanto, la psicología de la salud se preocupa de todos los aspectos de la salud y enfermedad a lo largo del ciclo de vida del ser humano.

La APA (the American Psychological Association) define a la psicología de la salud como aquella rama de la psicología que su principal interés es el análisis del comportamiento y de los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas. Esta asociación reconoce las contribuciones realizadas por esta área a la mejora de la salud, como la prevención y el tratamiento de la enfermedad, identificación de factores de riesgo para la salud, mejora del sistema sanitario, diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas y modificación de los factores de comportamiento implicados en la rehabilitación fisiológica y psicológica; además de que cuenta con un amplio campo interdisciplinario el cual se ocupa de la aplicación de conocimientos y técnicas psicológicas para la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud.

Oblitas (2007) menciona las principales aportaciones de la psicología de la salud:

- a) Promoción de estilos de vida saludables.
- b) Prevención de enfermedades: modificando hábitos insanos asociados a enfermedades (por ejemplo, el alcohol, el tabaco, las drogas).
- c) Tratamiento en enfermedades específicas, como puede ser diabetes, cáncer, sida, etc. En estos casos los psicólogos dedicados a esta área deberán de trabajar junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos habituales junto con tratamientos psicológicos.
- d) Evaluación y mejora del sistema sanitario.

Asimismo, y de acuerdo con lo anterior, Marks (2008) señala que la psicología de la salud es un área que se encarga de la aplicación de conocimientos y técnicas psicológicas para el cuidado de la salud y prevención de la enfermedad tanto de los individuos como de las comunidades y poblaciones, la cual se enfoca principalmente en las conductas de los individuos, debido a que la investigación sobre la salud y las enfermedades apunta que en las sociedades occidentales las principales causas de muerte son las conductuales.

León, Medina, Barriga y Herrera (2004) puntualizan la psicología de la salud como la integración de contribuciones que comparten idénticas dimensiones del concepto salud. Entre ellas:

- ❖ Poner de manifiesto que la salud es un asunto social: es decir, depende de factores socioculturales y no es algo que cada persona pueda alcanzar al margen de su contexto social.
- ❖ La salud tiene una función social y supone la creación de unas estructuras orientadas al desempeño de esas funciones (instituciones sociales), dicho de otra manera, se concibe el sistema sanitario como la infraestructura de los recursos que hace posible la política sanitaria.
- ❖ Señalar que la salud es un proceso de desarrollo de recursos que potencien la autorrealización de los individuos, grupos y comunidades, la salud como recurso que posibilita un estilo de vida facilitador del control adaptativo de la homeostasis fisiológica de los individuos, del desarrollo de su capacidad funcional y de su competencia comportamental y psicosocial para hacer frente a las demandas del medio.
- ❖ Entender que la salud es el logro de más alto nivel de bienestar físico, mental y social, según las condiciones históricas, culturales y sociales en las que vive inmerso el individuo y su alrededor. Es

decir, la salud como variable influyente y, a su vez, criterio de calidad de vida o juicio subjetivo relacionado con determinados indicadores estándar, referidos a realidades presentes en hábitat físico y social de la persona.

De acuerdo con todas las definiciones de psicología de la salud, dadas con anterioridad se puede observar que la definición se enfatiza en las siguientes metas:

1. Promoción
2. Mantenimiento de la salud
3. Prevención
4. Mejoramiento de los cuidados

Por lo tanto, las áreas de intervención de la psicología de la salud se centran principalmente en:

- Promoción de la salud y en particular la promoción de un estilo de vida saludable.
- Modificación de hábitos insanos asociados a enfermedades (prevención de las enfermedades).
- Tratamiento de enfermedades específicas en combinación con otros especialistas de la salud.
- Evaluación y mejora del sistema sanitario.

Por otro lado, la psicología de la salud presta su atención a los problemas de la salud de la persona en diferentes niveles de organización: niveles intraindividuales, como el nivel bioquímico (por ejemplo, posibles efectos secundarios psicológicos de unos fármacos determinados), el nivel fisiológico y de aprendizaje instrumental o condicionado (biofeedback y técnicas de modificación

de conducta), y el nivel psicológico (emotivo, motivacional y cognitivo) y comportamental (Morales, 2011); niveles interindividuales (técnicas de intervención en grupo para educación sanitaria, o intervención comunitaria); y niveles sociales (colaboración con el diseño de políticas sanitarias, marketing social de la salud, etc.).

Como ya se ha mencionado con anterioridad dentro de la psicología de la salud se abarcan varios campos como la evaluación, diagnóstico, prevención y tratamiento en los diferentes niveles de atención. Por lo tanto, Elorza (2011) menciona que la psicología de la salud se encuentra enfocada principalmente de tres a cuatro niveles de atención en los cuales intervendrá de la forma siguiente:

- Primer nivel. Atiende la promoción y el mantenimiento de la salud buscando unos mejores estilos de vida, atiende la consulta preventiva para evitar enfermedades y los controles médicos requeridos para mantener la salud y las enfermedades agudas de baja complejidad.
- Segundo nivel. Se realizan procesos para el control de la enfermedad o la disminución del impacto.
- Tercer nivel. Se prestan servicios de salud especializados y programas en acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, asimismo se realiza la intervención en enfermedades más complejas y con terapias de apoyo para rehabilitación funcional.
- Cuarto nivel. En este nivel se atienden las enfermedades conocidas como “catastróficas”, las cuales son el cáncer, el VIH-SIDA, enfermedades cardiovasculares, trasplantes de órganos, insuficiencias cardíacas crónicas, entre otras. Esto implica que para su atención se requiere del apoyo de unidades y de cuidados intensivos, según la edad y patologías.

Por otra parte, y de acuerdo con lo mencionado anteriormente, García (2008) menciona los principales niveles de atención de la psicología de la salud:

- **Prevención primaria:**
Se centra principalmente en la modificación de contextos ambientales y sociales, además en los aspectos conductuales que pueden afectar a la salud a través del tiempo, así como en la promoción de conductas preventivas que favorezcan la salud.

- **Prevención secundaria:**
Se basa en la intervención (tratamiento) de un trastorno cuando este acaba de iniciarse o puede presentarse.

- **Tratamiento:**
Se refiere a la intervención de un determinado trastorno. La diferencia con el nivel anterior está en la consolidación del trastorno.

- **Prevención terciaria:**
Se fija en la actuación sobre el tratamiento ya efectuado, es decir tiene la finalidad de prevenir la “recaída” o posibles complicaciones en un tiempo posterior.

Ahora bien, una gran variedad de autores coinciden en qué existe diversidad de áreas relacionadas con la psicología de la salud; sin embargo, a pesar de que comparten un interés, el proceso salud-enfermedad, son campos diferentes que provienen de otras disciplinas y orientaciones, por esta razón se debe de tener cuidado para evitar emplear los distintos conceptos como sinónimos de la salud; ejemplos de lo anterior son la medicina comportamental, salud comportamental, medicina psicosomática, psicología médica, psicofisiológica

experimental, sociología médica, antropología médica, medicina preventiva, educación para la salud y psicología comunitaria (Ardila, 2000).

Una vez que se analizó la definición de psicología de la salud es importante exponer e informar sobre la serie de acontecimientos que dieron origen a la psicología de la salud y a la inserción de profesionales dentro de dicha área.

1.2 Antecedentes y orígenes de la psicología de la salud

La preocupación por la salud y la enfermedad ha sido una constante para el hombre, pues son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia. En las primeras sociedades, la enfermedad se debía a que los demonios u otras fuerzas espirituales tomaban posesión y controlaban a la persona, por lo que la recuperación requería que los espíritus malignos fueran exorcizados.

Es por esta razón que el campo de desarrollo de la psicología de la salud parte desde varios filósofos antiguos, poniendo principal atención, al tema “cuerpo-mente”; el hecho de que los seres humanos se preocupen por no padecer ningún tipo de enfermedad, ha sido el creador de una gran variedad de modelos de intervención para el mantenimiento de la salud y por lo tanto de un equilibrio en el cuerpo de los seres humanos, donde se hace especial énfasis en el cuidado de los estilos de vida, así como de evitar sufrimientos. Cabe señalar que anteriormente la mente y cuerpo eran considerados como una unidad y que, como ya se mencionó con anterioridad, las enfermedades eran causadas por los demonios y otras fuerzas malignas y que únicamente serían sanadas si la persona que padecía la enfermedad era exorcizada.

Los griegos estuvieron entre los primeros en comprender la enfermedad como fenómeno natural. Entendían que mente y cuerpo configuraban una totalidad y se condicionaban recíprocamente. Platón decía: “Así como no se debía intentar curar los ojos sin la cabeza, o la cabeza sin el cuerpo, no se debía intentar curar el

cuerpo sin el alma, la parte nunca estará bien, a menos que la totalidad esté bien". Por lo tanto, desarrollaron una teoría "humoral", es decir que cuatro fluidos principales (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flemas) los cuales daban equilibrio al cuerpo y cuando estos no se encontraban balanceados o en desequilibrio, se presentaba la enfermedad, por esta razón es que los griegos realizaron un tratamiento que consistía en restaurar el balance de los "humores", pero es relevante señalar que la mayoría de las veces uno de los humores predominaba en la forma de actuar del individuo y este tenía un gran impacto sobre su mente.

Durante el Renacimiento, se desarrollaron avances en las bases tecnológicas de la práctica médica, dando como resultado mayor investigación en el organismo de los seres humanos, y fue entonces cuando se descartó la teoría "humoral", con estos avances hubo un acercamiento a los laboratorios médicos y a los factores corporales más que la mente (Taylor, 2007).

En el siglo XVII el filósofo René Descartes propuso el modelo biomédico, el cual implica un dualismo cuerpo-mente, siendo el primero meramente físico y el segundo desde el ámbito espiritual; es decir que son unidades completamente diferentes y separadas. Este modelo considera que las enfermedades son reacciones físicas y químicas, donde las emociones son ajenas al cuerpo y por lo tanto no se encuentran relacionadas con la enfermedad. Cabe señalar que este modelo es fundamental en la medicina y ha regido por muchos años, además sigue actualmente vigente pero se considera que no da respuesta a los procesos de salud y enfermedad.

Posteriormente surge el psicoanálisis y la medicina psicosomática, donde Claude Bernard y Sigmund Freud consideran que son relevantes los factores psicológicos en las alteraciones físicas. Es por esta razón que Freud propuso la "Teoría sobre la alteración psicosomática", la cual menciona que los impulsos no aceptables son reprimidos y buscan manifestarse, dicha manifestación va de un nivel psicológico a uno físico. Un ejemplo de esto es una mujer histérica, quien desplaza una experiencia dolorosa al inconsciente y posteriormente se manifiesta un problema a nivel físico, como la incapacidad de caminar.

Fue hasta la Segunda Guerra Mundial cuando los psicólogos realizaron intervenciones clínicas y de esta forma se dieron cuenta que los problemas mentales se encuentran conectados con lo físico. Asimismo, la medicina también comienza a sumir este hecho y la psicología comienza a realizar técnicas de modificación de la conducta y es entonces cuando surge la medicina comportamental y la psicología de la salud.

Entre los años 1960 y 1970 la participación del psicólogo apoyando a los médicos dentro de los hospitales y a mediados de la década el psicólogo ya no es más subordinado del psiquiatra, si no que comienza a encargarse a la terapia familiar y a detectar enfermedades y estilos de vida de los individuos.

A continuación se presenta una tabla que explica los sucesos más importantes del desarrollo de la psicología de la salud a partir de 1900 a la actualidad. (Carrillo 2010)

TABLA 1. Indica los antecedentes más importantes de la psicología de la salud	
AÑO	ACONTECIMIENTO
1900	Enseñanza de psicología en las facultades de medicina de Estados Unidos, por medio de cursos sobre la conducta.
1918	Comienza a utilizarse el término de Medicina Psicosomática.
1930	Investigación Neurológica y psicofisiológica en Centros Universitarios Médicos.

1946	La OMS (Organización Mundial de la Salud) redefine el concepto de salud.
1960	Conocimiento de psicólogos laborando en el sector salud.
1969	Se publica el artículo <i>“El rol de la psicología en la prestación de servicios de la salud”</i> elaborado por William Schoenfel.
1973	Surge la Medicina Comportamental y la Psicología Médica. Psicólogo deja de ser subordinado de psiquiatra. Schoenfel presidía un grupo de investigación en la APA.
1976	Presentación del informe sobre la relación de aspectos psicológicos y el proceso de salud-enfermedad.
1977	Engel propone el modelo biopsicosocial.
1978	La APA crea la División de Psicología de la Salud (División 38). Mille introduce la utilización del biofeedback.

1979	Stone, Cohen y Adler publican <i>Health Psychology</i> .
1980	Matarazzo propone una definición de Psicología de la salud.
1982	Se publica la revista <i>Health Psychology</i> .
1983	Conferencia Nacional sobre Educación y Entrenamiento de los Psicólogos de la Salud.
1985	Fundación del Consejo Americano de Psicología de la salud.
1986	Se publica <i>Psicología de la Salud</i> en España. Se publica <i>Psychology and Health</i> . Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud en Ottawa.
1988	Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud en Adelaida. En Cuba se emplea el término Psicología de la Salud.
1991	Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud en

	Sundswal.
1992	Se publica <i>Psycho-Oncology</i> .
1993	Los Psicólogos de la salud se pueden adscribir al Consejo Americano de Psicología Profesional. Se funda la Asociación Internacional de Psicología de la Salud, que se inaugura en Tokio.
1994	Se publica el <i>International Journal of Behavioral Medicine</i> .
1995	Entre los componentes del programa de Salud Mental de la División de Promoción de la Salud de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y de la OMS, se agregan los aspectos psicosociales de la salud y el desarrollo, así como educar al personal de salud. La División de Psicología Clínica de la APA crea el grupo para la Diseminación de los Procedimientos Psicológicos.
1996	Se publican <i>Journal of Health Psychology</i> y <i>Psychology, Health and Medicine</i> .
1997	Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud en Yakarta.

2000	Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud en México.
2002	El Consejo de la División de Psicología de la Salud de la APA amplía la declaración de misiones de la Psicología de la Salud, de manera que a partir de este año se incluye la promoción de la salud, educación y bienestar humano.
2005	Más psicólogos comienzan a integrarse al campo de la salud, aproximadamente en México hay más de 2000 psicólogos dentro de los hospitales.

Como pudo observarse en la tabla anterior, desde los años 70 la psicología de la salud ha emergido como un campo que puede aportar la solución de muchos de los problemas de salud pública que actualmente aquejan a la sociedad. El surgimiento de la psicología de la salud no se debe solamente a la necesidad de contribuir con conocimientos teóricos a la formación de los nuevos profesionales de la salud, sino que también es el resultado de la mayoría de hechos que han ocurrido a lo largo de la historia de la humanidad y que tienen un fuerte relación con el desarrollo de otras disciplinas relacionadas con la salud, tales como la sociología y antropología médicas, la epidemiología y la medicina preventiva.

De acuerdo con Amigo (1998), menciona que son tres las razones principales que se plantean como causas del surgimiento de la psicología de la salud, las cuales se describen a continuación:

1. A mediados del siglo XX se produjo un cambio en la preocupación sanitaria que se desplazó en una medida importante, desde las

enfermedades infecciosas hasta los trastornos de tipo psicológico que están ligados al estilo de vida propio de las sociedades. El aumento o incremento de estas enfermedades (como cáncer o enfermedades cardiovasculares) es definitivamente producto de comportamientos y hábitos poco saludables o insanos que actúan sobre el cuerpo y provocan la aparición de la enfermedad.

2. Este tipo de enfermedades crónicas, con las cuales el paciente tiene que convivir durante muchos años, suelen provocar que se realicen una serie de cambios importantes en su estilo y calidad de vida a los que las personas deben de adaptarse.
3. El modelo biomédico de la enfermedad, entiende a la enfermedad en términos de un desorden biológico y químico, en definitiva asume el dualismo mente-cuerpo. Esta perspectiva, es insuficiente tanto para entender como para tratar los problemas de la salud crónicos que han ido incrementando de forma alertadora a lo largo del siglo XX.

De acuerdo con lo anterior Grau y Hernández (2005) indican que el desarrollo de la psicología de la salud ha sido esencialmente el resultado de:

- a) Controversias con el modelo biomédico tradicional y sus limitaciones en la práctica de la salud.
- b) Fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud.
- c) Posibilidad de comprender como tanto variables sociales como psicológicas están vinculadas con los procesos de salud-enfermedad.

Según Reynoso (2005) los psicólogos a través de diversas investigaciones y estudios han logrado demostrar lo importante que son los procesos psicológicos de las enfermedades, así como los factores ambientales.

Sin embargo, es importante mencionar que a pesar de que la psicología de la salud se ha ido desarrollando a través de los años, aún continúa haciéndolo con el objetivo de ocupar un lugar importante en el sector salud, pero la medicina continua teniendo una mayor importancia en los hospitales y sobre todo en los individuos, ya que se considera más importante atacar los malestares físicos que los psicológicos y sobretodo aún se tiene la idea de que estos deben tratarse por separado y no como una totalidad.

1.3 Modelo biomédico y modelo biopsicosocial de la salud

El modelo biomédico descansa sobre dos supuestos básicos (Engel, 1977). El primero de ellos es la doctrina del dualismo mente-cuerpo, que fue descrita con anterioridad, de la cual se entiende que el cuerpo es una entidad física y la mente forma parte del dominio espiritual. El principio es el reduccionismo el cual asume que todo el proceso de la enfermedad se limita a una cuestión de reacciones físicas y químicas. Este modelo aborda la enfermedad atendiendo a sus aspectos físicos, se trate de una diabetes, un cáncer o un infarto de miocardio y no se atiende al hecho que detrás de ellos hay una persona cuya respuesta a ese nuevo estado va a influir en el curso de la patología.

El modelo biomédico presenta numerosas lagunas respecto a la conceptualización de los estados crónicos; este modelo asume que la enfermedad puede ser explicada únicamente en términos de variables biológicas; la conducta social no tiene aceptación en el mismo o que las anormalidades conductuales se reduzcan a procesos somáticos, biomédicos o neurofisiológicos. La filosofía inherente al modelo médico, implica un reduccionismo (todos los fenómenos biológicos son reducibles a procesos bioquímicos básicos) y el mantenimiento del dualismo mente-cuerpo: los procesos somáticos y psicológicos se excluyen

mutuamente y el cuerpo y la mente son entidades separadas (Osorio y Oblitas, 2005).

De acuerdo con lo anterior, Engel (1977, citado en Amigo, 1998) puso de manifiesto algunas de las insuficiencias que esta perspectiva biomédica presenta a la hora de tratar la enfermedad, las cuales se describen a continuación:

- El criterio fundamental para el diagnóstico de la enfermedad es la presencia de anormalidades bioquímicas. Esto ignora el hecho de que esas alteraciones bioquímicas son condiciones necesarias pero no suficientes para el establecimiento del diagnóstico de la enfermedad.
- El diagnóstico del estado físico depende en gran medida de la información que proporciona el paciente. A pesar de que el examen físico y las pruebas de laboratorio son decisivas para identificar la enfermedad, el diagnóstico se basa además, sobre lo que el paciente es capaz de comunicar al profesional de la salud. Por lo tanto, la exactitud en el diagnóstico también depende de la habilidad del médico para recabar información en la entrevista clínica y su capacidad para comprender los determinantes psicológicos, sociales y culturales de los síntomas presentados por el paciente.
- La aproximación biomédica a la enfermedad, concentrada únicamente en el estudio de la problemática fisiológica, ignora la influencia de determinadas situaciones vitales en la salud de las personas. Es importante indicar que la enfermedad no sólo está mediada por la susceptibilidad biológica del organismo, sino que también son decisivos en ella los eventos vitales estresantes que una persona sufre a lo largo de su vida.

El modelo biomédico también puede fracasar a la hora de determinar la recuperación de la salud después de la enfermedad. Se tiene entendido que la enfermedad termina cuando se han corregido las alteraciones fisiológicas; sin embargo, no siempre ocurre de esta manera debido a que las consecuencias sociales pueden mantener las quejas del paciente.

La mayoría de los teóricos han apoyado la idea de que es necesario un nuevo modelo si se quiere progresar en la comprensión y control de la enfermedad. Engel en 1977 planteó un modelo alternativo al biomédico, el modelo biopsicosocial, y apoyó su alternativa en argumentos sólidos. Hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento.

El modelo biopsicosocial sostiene que es el conjunto de los factores biológicos, psicológicos y sociales el determinante de la salud y de la enfermedad (Amigo, 1998). Tanto los macroprocesos (apoyo social, trastornos de salud mental, etc.) como los microprocesos (alteraciones físicas y químicas) interactúan en el proceso de salud-enfermedad, lo que implica que la salud y la enfermedad tienen múltiples causas y que por lo tanto sus efectos también son múltiples. El modelo biopsicosocial está interesado tanto en la salud como en la enfermedad (a diferencia del modelo biomédico que sólo centra su interés en la enfermedad) y sostiene que la salud se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales y no como algo que le es concebido como un don.

En el ámbito de la investigación, este modelo sostiene que para comprender los resultados en el dominio de la salud y la enfermedad, se deben tener en cuenta todos los procesos implicados y se deben tratar de medir los tres tipos de variables (psicológicas, biológicas y sociales). Si esto no se realiza de esta forma el investigador atribuye a un tipo particular de variables el protagonismo principal, se deberá sobrentender que los otros tipos de variables son condiciones necesarias para que tenga lugar el proceso (Amigo, 1998)

Para lograr la comprensión del proceso de la interacción de variables biológicas, psicológicas y sociales se ha adoptado de manera general la teoría de sistemas, la cual indica que todos los niveles de organización están relacionados entre sí de forma jerárquica y los cambios que se efectúen en cualquier nivel afectarán a todos los demás. Es por esta razón, que tanto la salud, la enfermedad y la atención médica formarían un conjunto de procesos interrelacionados que provocan un cambio en el organismo y también en los otros niveles.

El modelo biopsicosocial conlleva distintas implicaciones clínicas, las cuales se describen a continuación:

- Se sostiene que el proceso de diagnóstico también debería de tomar en cuenta el papel de interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales en el momento de evaluar tanto la salud como la enfermedad de un individuo. Por lo tanto y bajo la perspectiva de este modelo, el mejor diagnóstico es aquel que se realiza desde una perspectiva multidisciplinaria.
- Las recomendaciones para el tratamiento se deben tener en cuenta las variables psicológicas, biológicas y sociales. Se trata de acomodar la terapia a las necesidades particulares de cada persona, considerando su estado de salud y lograr que las recomendaciones de tratamiento sirvan para abordar el conjunto de problemas que el individuo presente.
- Este modelo destaca la relación entre el paciente y el clínico, debido a que se reconoce que una buena relación entre ambos puede mejorar en gran medida a que el paciente se involucre con el tratamiento, que exista efectividad y por lo tanto el tiempo de recuperación de la enfermedad sea menor. El médico debe comprender que los factores biológicos, sociales y psicológicos contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la enfermedad.

Este nuevo modelo biopsicosocial ha ido desplazando al viejo modelo biomédico, pero no restringe el diagnóstico de la enfermedad a la presencia de

anormalidades bioquímicas e incorpora factores sociales y psicológicos en la etiología. Por lo tanto, se considera que en este modelo el médico debe comprender los determinantes psicosociales y culturales de los síntomas y tomar en cuenta la influencia de las situaciones vitales en la salud, y destacar el papel de la relación entre médico-paciente en una comunicación de diálogo, no autoritario y refleja nuevos cambios en la preocupación sanitaria. Cada día se da más importancia al estrés emocional, a los estilos de vida y a las variables ambientales que interfieren en la salud y enfermedad; sin embargo los gastos dedicados a la atención sanitaria se concentran en los factores biológicos y en la tecnología médica, y es por esta razón que en la mayoría de los centros dedicados a la salud continúan otorgando una mayor importancia al modelo biomédico que al psicosocial por la falta de apoyo.

1.4 Conducta de salud

Una de las definiciones clásicas de conducta de salud es la que proporciona Matarazzo (1980) en términos de “patógenos comportamentales” y de “inmunógenos comportamentales”; los patógenos comportamentales son las acciones o hábitos que dañan la salud (ejemplo: fumar o comer en exceso). Los inmunógenos comportamentales son las acciones o hábitos que previenen la enfermedad, o protegen o promueven la salud (ejemplo: practicar un deporte, dormir un número de horas adecuado).

Rodríguez-Marín (2008) menciona que hay otro tipo de comportamiento que puede denominarse “conductas de salud”, pero que quizá sea más preciso denominar “conductas de enfermedad”, que son todas aquellas que una persona ejecuta durante el proceso de enfermedad (por ejemplo: la consulta médica o tomar los medicamentos correctos).

Kasl y Cobb (1966) definieron conducta de salud incluyendo los tres tipos: a) conductas dirigidas a prevenir la enfermedad; b) conductas dirigidas a buscar un remedio y c) conductas dirigidas a recobrar la salud o el bienestar. Las

primeras corresponden con lo que puede considerarse conductas de salud (por ejemplo, no fumar); las segundas son los que los autores llaman conductas de enfermedad (ejemplo: ir a consulta al médico); y a las terceras las denominan conductas de papel de enfermo (ejemplo: cumplir el tratamiento indicado). El análisis de estos autores es incompleto y puede llegarse a confundir, debido a que la distinción entre las dos últimas conductas sólo es clara cuando se diferencia, entre el papel de enfermo y de paciente, siendo el tercer tipo de conductas las que se incluyen en el papel de paciente. Por otra parte, las conductas de salud deben incluir no sólo acciones destinadas a prevenir la enfermedad, sino también las dirigidas a mejorar la salud.

1.5 Teorías explicativas de la conducta de salud

1.5.1 El Modelo de Creencias sobre la Salud (MCS)

Becken y Maiman (1975), autores de este modelo, mencionan que las conductas de salud están determinadas por la vulnerabilidad percibida por el sujeto respecto a lo amenazada que se encuentre la salud. Según este modelo, la disposición de una persona para adoptar una conducta de salud está en función de dos factores. Por una parte, la percepción de susceptibilidad personal a la enfermedad, y por otra, la severidad percibida de las consecuencias de la enfermedad. Un ejemplo, es una persona que solo deje de fumar si cree que está en peligro de contraer una enfermedad y si cree que las consecuencias de dicha enfermedad pueden ser graves.

La decisión de si se inicia una acción dependerá de la evaluación que se haga de las conductas de salud potenciales. Dichas conductas serán evaluadas desde el punto de vista de su relación costo/beneficio; tal conducta se verá influida por claves que pueden llevar a cabo su ejecución.

Dentro del MCS se señalan otros factores adicionales, denominados factores de modificación que incluyen tanto variables demográficas (sexo, edad,

raza, etc.) como variables psicosociales (personalidad, clase social, presión del grupo, etc.) que afectan de manera indirecta a las conductas de salud a través de su influencia en las creencias sobre la salud. (Amigo, 1998).

Se ha propuesto que este modelo puede ser útil para describir las conductas de salud que requieren un acto volitivo consciente, tales como iniciar una dieta o vacunarse; ahora bien, una vez que la persona ha desarrollado un hábito (por ejemplo, el tabaquismo), este tipo de modelos son de escasa utilidad para predecir la conducta de salud de las personas.

1.5.2 Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de la Acción Planteada

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) (Fishbein y Ajzen, 1975), posteriormente ampliada como Teoría de la Acción Planteada (TAP) (Ajzen, 1991), señala el papel de los factores cognitivos como determinantes de la conducta en general, y de las conductas de salud, en particular, y supera algunas de las limitaciones del modelo explicado anteriormente. Sin embargo, ambas teorías complementan y mejoran aspectos del análisis de la toma de decisiones en materia de salud separando las creencias de las actitudes y subrayando la importancia capital de la influencia de los “otros significativos” sobre la intención de actuar del individuo, incorporando así elementos sociales importantes.

El supuesto básico de ambas teorías es que los seres humanos son habitualmente racionales y hacen un uso sistemático de la información de la que disponen. Las dos teorías suponen que las personas consideran las implicaciones de sus acciones antes de decidir llevar a cabo o no una conducta.

La TAR tiene la intención de que si la persona tiene que realizar o no una conducta, es su determinante inmediato. A su vez, la intención de una persona de llevar a cabo un determinado comportamiento es función de tres determinantes básicos: dos de naturaleza personal y otro que refleja la influencia social (Rodríguez-Marín, 2008). Los factores personales son la actitud hacia la conducta,

es decir, la evaluación positiva o negativa que la persona hace de la realización de esa acción y el control comportamental percibido, esto es, las creencias acerca de la confianza que un individuo posee sobre sus capacidades y conocimientos para llevar a cabo una conducta y las creencias sobre la facilidad o dificultad de realizar la acción. El tercer determinante de la intención es la norma subjetiva, que hace referencia a la creencia que la persona tiene de que existen presiones sociales que ejercen sobre ella para que realice o no la acción en cuestión.

1.5.3 Teoría de la Acción Social

Este modelo concibe al individuo, por un lado, como un sistema auto-regulador que intenta activamente alcanzar objetivos especificables, y por otro, como un sistema de retroalimentación compuesta por un conjunto de elementos dispuestos seriamente. Incluye básicamente tres dimensiones:

- a) la auto-regulación como una acción estado deseada;
- b) un conjunto de mecanismos de cambio interconectados; y
- c) un subcomponente de sistema socio-ambientales más amplios que determina contextualmente como operan los mecanismos de cambio personal.

De acuerdo con Rodríguez-Marín (2008) este modelo subraya el papel del contexto social en el mantenimiento de rutinas o hábitos de salud. Además supone la existencia de mecanismos que capacitan a las personas para llevar a cabo las transiciones desde estados-acción viejos a nuevos, produciendo un cambio. Asimismo, considera tales procesos de transición (procesos de cambio) como componentes interactivos dentro de un modelo causal general. No son las actitudes ni los refuerzos los que ponen en marcha la conducta; las personas se motivan a sí mismas considerando los posibles resultados, evaluando sus capacidades y generando metas que guían y dinamizan la solución de los problemas. Los elementos que incluye dentro de lo que denomina “procesos

motivacionales” son pues: las expectativas sobre resultados; la auto-eficacia percibida y el establecimiento de metas.

Tanto los modelos de creencias de salud como la acción razonada indican que las expectativas sobre resultados influyen en la conducta de la salud, pero estas formulaciones dejan sin explicar una proporción de la varianza del comportamiento, por lo tanto, es necesario identificar las contribuciones de otros procesos motivacionales, entre los cuales se incluyen la autoeficacia percibida y el establecimiento de metas.

La Teoría de la Acción Social (TAS) supone que el cambio comportamental correspondiente no se pondrá en marcha a menos que el ser humano se crea capaz de ejecutar la acción recomendada. El otro elemento explicativo viene dado por el establecimiento de metas; las conductas de salud se incluyen dentro de amplios grupos de guiones comportamentales dirigidos hacia alguna meta importante, que son más frecuentes en unos subgrupos de la población que en otros. Estos grupos se encuentran constituidos por proyectos personales, responden tareas básicas (como obtener influencia social, adquirir recursos materiales, ser aceptado por la sociedad o proteger la seguridad personal), afectan a las pautas de comportamiento protector al hacer que las personas generen metas directivas, junto con estándares para evaluar las propias conductas. Así los cambios en conductas de salud que se perciban como facilitadores de proyectos importantes serán adoptados con más facilidad que aquellos cambios que aparezcan como poco compatibles con tales proyectos, incluso en el caso de que se perciban como previsibles (expectativa de resultado) y factibles (auto-eficacia) (Rodríguez-Marin, 2008).

Cabe mencionar que los actos de solución de problemas, establecimiento de metas, de prevención de consecuencias de la conducta aprovechan varias formas de conocimientos o esquemas. Estos esquemas representan conjuntos de conocimiento o esquemas; estos esquemas representan conjuntos de conocimiento organizado que dirigen nuestra atención a aspectos específicos de situaciones y escenarios, guían la codificación de experiencias en la memoria a

largo plazo, y proporcionan rutinas procedimentales para realizar tareas familiares. Estas formas de conocimiento comprenden capacidades que nos permiten considerar metas alternativas y crear nuevas estrategias de acción. Estas capacidades constituyen mecanismos mediante los cuales los contextos sociales y físicos afectan a los actos auto-regulatorios. Los esquemas de control cognitivo influyen sobre las elecciones comportamentales incrementando la confianza en nuestra capacidad para instalar, mantener o cambiar una conducta.

Por último, la Teoría de la Acción Social considera la manera en la que el ambiente afecta a los procesos de cambio para alterar o mantener una acción dada. El contexto modifica las capacidades personales y las relaciones sociales afectando al establecimiento de metas, la consideración de oportunidades para la acción y el diseño y ejecución de estrategias de salud importantes. La teoría analiza las influencias del contexto en términos de escenarios, relaciones sociales y estructuras organizacionales, que se caracterizan por las metas que activan y las capacidades personales, interacciones sociales, valoraciones motivacionales y estrategias de acción que apoyan. Los escenarios influyen sobre las metas y estrategias comportamentales, al determinar el acceso a los recursos materiales necesarios. Así mismo implican beneficios, expectativas y obligaciones que influyen en las metas y estrategias relevantes para la salud; estas relaciones proporcionan también, modelos sociales cuya conducta facilita o inhibe las pautas de acción. Las estructuras organizacionales canalizan las metas, expectativas y estrategias individuales de formas diversas.

1.5.4 Teoría de la Aproximación de Procesos a la Acción Saludable (HAPA: Health Action Process Approach)

Schwarzer (1992) menciona que esta teoría surge para dar respuesta a este interés, otorgando una gran importancia al papel de las creencias de autoeficacia y expectativas de resultado de la predicción de conductas; este modelo sugiere que la adopción, iniciación y mantenimiento de conductas

saludables pueden ser explicadas a través de un proceso que consiste en al menos una fase motivacional y otra volitiva, las cuales se explicarán a continuación.

a) Fase motivacional

En esta fase aparecen tres variables determinantes de la formulación de una intención conductual, a saber, amenaza percibida, expectativas de resultado y creencias de autoeficacia. Aunque estas variables suelen aparecer en las investigaciones como factores que no tienen relación entre ellos, Schwarzer (1992) propone que podía haber una secuencia temporal y causal entre los mismos, para predecir la intención. Así, sería necesario que existiera un nivel mínimo de percepción de amenaza o preocupación para que los individuos empiecen a pensar en los beneficios que podría proporcionar la realización de una conducta determinada, y pensar acerca de sus competencias para llevarla a cabo. En esta fase las creencias de un individuo acerca de las consecuencias que una conducta determinada tiene, pueden también influir directamente en la intención; cuanto mayor es el beneficio percibido al realizar la conducta, más motivado estará el individuo para realizar dicha conducta. Sin embargo, estas creencias pueden ser vistas como precursoras de la autoeficacia, porque normalmente las personas hacen suposiciones sobre las posibles consecuencias de sus comportamientos antes de que realicen una determinada conducta.

b) Fase volitiva

Esta fase consiste en tres niveles: cognitivo, conductual y situacional; lo más importante que se debe considerar son las cogniciones de los individuos que inician, mantienen y controlan sus acciones. En estos procesos, el proceso de autorregulación juega un papel crucial. Después de que el individuo se forma una intención para cambiarse o adoptar un comportamiento específico, la intención se tiene que transformar en instrucciones detalladas o planes de acción de cuándo, dónde y cómo

realizar la conducta deseada. Un ejemplo, si una persona tiene intención de hacer ejercicio diariamente, tiene que planear como hacerlo (pesas, bicicleta, correr, etc.), cuándo (por la mañana, por la tarde, por la noche) y dónde (en el gimnasio, en la calle, en un parque, en casa, etc.). Por lo tanto, una intención global puede ser especificada a través de un conjunto subordinado de intenciones y planes de acción (Rodríguez-Marín, 2008).

Una vez que la acción ha sido iniciada, necesita ser contralada a través de cogniciones para poder ser mantenida a lo largo del tiempo. Además, es necesario que se proteja de hábitos antiguos, acciones secundarias disruptivas, este proceso cognitivo recibe el nombre de control de la acción. En este proceso la autoeficacia determina la cantidad de esfuerzo que el individuo invierte y la perseverancia en la acción.

Finalmente, las barreras situacionales como las oportunidades o apoyo social se deben de tomar en cuenta en esta fase. Si las claves situacionales sobresalen en el contexto donde se desarrolla la acción, las habilidades cognitivas pueden fallar para proteger al individuo de abandonar o cambiar la conducta. En definitiva las acciones no sólo se encuentran en función de las intenciones y el control cognitivo, sino que también están influidas por la situación real. Por ejemplo, si un hombre intenta dejar el tabaco y su esposa ignora la situación y fuma en su presencia, genera en él una situación estresante que va a influir a que vuelva a fumar. Por el contrario, si la mujer decide también dejar de fumar, entonces se crea una situación de apoyo social que facilita al esposo evitar fumar.

Esta teoría se centra en los procesos cognitivos para explicar la conducta de inicio y mantenimiento de un individuo, dando mucha importancia al papel de las creencias de autoeficacia y del apoyo social en estos procesos.

1.6 Disciplinas relacionadas con la salud

La psicología de la salud no es la única disciplina que se ocupa de este campo. A continuación se mencionaran las diferencias y semejanzas que mantiene con otras disciplinas relacionadas con la salud.

❖ Medicina Psicosomática

Constituyó el primer intento de investigar las relaciones entre las variables psicosociales y las alteraciones psicofisiológicas. El término fue propuesto en 1928 y con esto se quiso demostrar las relaciones entre los procesos psicológicos y las estructuras somáticas.

La medicina psicosomática, se caracteriza por la influencia del psicoanálisis, y comenzó centrándose en el estudio de la etiología de la enfermedad física desde una perspectiva psicodinámica; se asumía que la causa de algunas enfermedades orgánicas se encuentra en ciertas características de personalidad, conflictos interpersonales y el modo de responder a dichos conflictos.

En 1977 según Lipowski (1977, citado en Amigo 1998), mencionaba que la medicina psicosomática le correspondían: 1) el estudio del papel de los factores biológicos, sociales y psicológicos del ser humano; 2) aproximación holística a la práctica de la medicina, y 3) relación con la práctica de consulta-apoyo.

Las diferencias entre la medicina psicosomática y la psicología de la salud, es el énfasis de la primera en la enfermedad y en el tratamiento frente al interés de la segunda en la salud y en la prevención de la enfermedad.

❖ Psicología Médica

Es el estudio de los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel de individuo, el grupo y los sistemas que lo rodean. Además tiene como foco de atención todas las áreas de

interés académico: investigación, intervención, aplicación y enseñanza.

En esta disciplina interviene tanto la medicina psicosomática y se acepta la intervención psicológica en el ámbito médico desde distintas posiciones teóricas e incluso contradictorias, y la utilización de técnicas psicológicas (pruebas psicométricas) para el diagnóstico y evaluación de la enfermedad física. A pesar de esto, esta disciplina no ha podido englobar todo el trabajo que caracteriza a la psicología de la salud, donde el primer objetivo se basa en la salud y prevención de la enfermedad.

❖ Medicina conductual

La medicina conductual nace como una extensión de la teoría conductista, por lo cual su principal preocupación fueron las conductas de la salud y enfermedad, las contingencias que las mantienen y los cambios que se deberían de operar en las mismas para modificar las conductas.

En la práctica, esta disciplina emplea las técnicas de modificación de conducta para la evaluación física o disfunciones psicofisiológicas, además se utiliza el análisis funcional de la conducta para comprender las conductas asociadas a los trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud.

Ahora bien, son dos las diferencias fundamentales entre la psicología de la salud y la medicina conductual:

- 1) En la medicina conductual se enfatiza en su naturaleza interdisciplinaria frente a la psicología de la salud que se presenta como una rama de la psicología.
- 2) La medicina conductual se centra en el tratamiento y en la rehabilitación de la enfermedad, mientras que la psicología de la salud se preocupa en el ámbito de la promoción de la salud.

Es por esta razón, que el término de medicina conductual se utiliza por los investigadores que laboran en el ámbito médico, y el término de psicología de la salud es utilizado por los psicólogos que investigan distintas ramas de la psicología.

❖ Psicología clínica

Algunos autores sostienen que la psicología clínica puede asumir todas las funciones que se pretenden desempeñar desde el ámbito de la psicología de la salud, consideran que no existen elementos suficientes que diferencien una psicología de la otra, la psicología clínica puede contener a la psicología de la salud, ya que el único elemento que le faltaría es la prevención, de la cual el psicólogo clínico también puede hacerse cargo. Sin embargo, se dice que la diferencia está en que la psicología clínica se encarga de los trastornos emocionales, mientras que la psicología de la salud está dedicada al tratamiento de la enfermedad física.

Es de gran importancia tener en cuenta las similitudes y diferencias que la psicología de la salud tiene con las otras disciplinas, como se puede observar, la psicología de la salud presta atención no solo al proceso de salud y enfermedad, sino que centra su interés en la prevención y promoción de la salud para que el individuo tenga un bienestar físico y mental. A lo largo de este trabajo, se destacarán las áreas de importancia que tiene la psicología de la salud, principalmente en México y sobre el trabajo del psicólogo en dicha disciplina.

DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN MÉXICO

En América Latina, la psicología de la salud presenta poca actividad, esto se debe a la corta historia en el establecimiento de la psicología como profesión, posteriormente, las diferentes crisis económicas que han enfrentado y los procesos políticos han sido materia de oposición para la buena evolución de la psicología de la salud como disciplina.

La psicología de la salud es un área que poco a poco se ha ido posicionando en la mayoría de los países del mundo, pero que aún es escasa en México, a pesar de que se ha ido desarrollando a través de los años, los datos que hay de psicólogos laborando dentro de los hospitales son muy pocos, debido a que se considera que la psicología de la salud no es necesaria o útil. El psicólogo se encuentra dentro de los hospitales aplicando pruebas sin intervenir, en espera de que el médico canalice algunos casos al área de la psicología.

Sin embargo, es de gran importancia conocer cómo es que la psicología de la salud ha ido tomando lugar en México y cómo es que se ha estado posesionando a lo largo de los años, además de cómo es que esta área de la psicología ha estado trabajando por lograr un reconocimiento en el sector salud del país.

2.1 Antecedentes de la psicología en México

Para conocer sobre el desarrollo de la psicología de la salud en México, es de gran relevancia primero saber cómo es que la psicología se fue desarrollando y tomando lugar en el país y que de esta manera se haya derivado que los psicólogos trabajen dentro del área de la salud. Sin embargo, se debe indicar que no se conoce una fecha exacta del inicio de la psicología de la salud en México,

pero si existen antecedentes que indican la participación del psicólogo dentro del ámbito de la salud y sobre todo de los hechos históricos sobre cómo llegó la psicología al país.

Se ha mencionado que se puede considerar que la psicología comenzó desde los tiempos prehispánicos y coloniales. Incluso Urbina y Rodríguez (1993) indican que desde los años de 1546 y 1600 los psicólogos ya se encontraban trabajando en el sector salud de México, sin embargo, el trabajo del psicólogo no era ni fundamental ni reconocido como el del médico.

En el siguiente cuadro se presentan de manera general y de acuerdo con Galindo (2004) los antecedentes y sucesos más relevantes que ocurrieron en el desarrollo de la psicología en México:

TABLA 2. Indica los antecedentes más importantes del desarrollo de la psicología de la salud en México	
AÑO	ACONTECIMIENTO
1567	Fundación del Hospital San Hipólito en la Nueva España (Centro Mental).
1773	El Doctor José Ignacio Batdache realiza experimentos psicofisiológicos con animales y observaciones con humanos.
1835	José Ramón Pacheco publica <i>Exposición sumaria de sistema frenológico de Doctor Gall</i> .

1849	Publicación del primer libro de psicología en México por Teodosio Lares.
1870	<p>Carlos Chaix publica <i>Estudio patogénico, diagnóstico y psicológico de la epilepsia</i>.</p> <p>Agustín Roa publica <i>Consideraciones generales acerca de la enajenación mental precedidas de algunas nociones sobre facultades intelectuales</i>.</p>
1874	Plotino Rhodakanty publica el periódico " <i>El Craneoscopio</i> ".
1875	Luis Muñoz y Revilla publican <i>Breves apuntes sobre el tratamiento de las frenopatías</i> .
1878	Porfirio Parra publica <i>Ensayo sobre la patogenia de la locura</i> .
1884	<i>Fundamentos de Psiquiatría óptica</i> publicado por Rafael Serrano.
1885	Francisco Rodiles publica <i>Breves apuntes sobre la histeria</i> .
1896	Ezequiel Chávez funda la cátedra de psicología en la Escuela Nacional Preparatoria.

	José A. Halberti publica <i>Tratamiento sugestivo de la locura</i> .
1901	Ezequiel Chávez publica <i>Ensayo sobre los rasgos distintivos de la personalidad como factor del carácter mexicano</i> .
1902	Enrique O. publica <i>La Psicología</i> .
1903	Ezequiel Chávez traduce <i>A primer of Psychology off Titchener</i> .
1907	Juan N. Cordero publica <i>El alma orgánica</i> . Se publica traducción parcial de <i>Fundamentos de la psicología fisiológica” de Wilhelm Wund</i> .
1909	Juan N. Cordero publica <i>La vida psíquica</i> .
1911	Javier Mesa Gutiérrez publica <i>Ficción de Locura</i> .
1912	Mesa publica <i>Paranoia y Psicosis de obsesión</i> .
1916	Aragón funda el primer laboratorio de psicología que funcionó por 30 años.

1924	Fundación de departamento de Psicopedagogía e Higiene en la Secretaría de Educación Pública.
1928	Ezequiel Chávez publica <i>Ensayo de psicología de la adolescencia</i> .
1936	Aragón funda el Instituto de Psicología y psiquiatría, el cual existió hasta 1938.
1938	Fundación de un curso de psicología como posgrado en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM.
1941	Aragón publica <i>Pletismografía</i> .
1950	José Gómez Robleda publica <i>Apuntes de psicología</i> .
1953	Cornejo Cabrera publica <i>Estudio experimental en algunos grupos indígenas de México</i> .
1955	Alfonso Millán funda el Departamento de Psicología Médica en la Facultad de Medicina de la UNAM.

1958	Se crea el enfoque psiquiátrico-psicométrico.
1959	<p>La psicología tiene orientación psicoanalítica y psicométrica, no se realizan investigación de carácter científico.</p> <p>Se realizan congresos nacionales e internacionales.</p> <p>Se publican revistas y se fundan sociedades científicas.</p> <p>La psicología se desarrolla bajo el influjo estadounidense.</p> <p>Se funda la carrera de psicología en la UNAM, como disciplina y se le otorga reconocimiento como profesión.</p> <p>Existen diferentes escuelas de psicología y psicoanálisis como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoanálisis freudiano, fromiano, freudo marxista y lacaniano. - Escuelas cognoscitivas (europeas) tradicionales, como la de Piaget; la psicología cognoscitiva estadounidense, el conductismo, el guesaltismo redescubierto y la psicología humanista de Rogers.
1960	Los psicólogos trabajan como auxiliares psiquiátricos y como aplicadores de test.

De 1960 a 1987 el número de escuelas y departamentos de psicología pasa de 4 a 66 escuelas y el número de estudiantes de 1,500 a 25,000. Cabe mencionar que en los años 80 se amplía el campo de psicología, no solo a la

clínica y a la salud, sino también en la industria y el comercio, la salud en general, la ecología, la vivienda y la investigación en diferentes rubros.

Ahora bien, a pesar del gran número de enfoques de psicología en México, durante 30 años, es evidente la existencia de siete grandes escuelas de psicología: psicoanálisis, psicología humanista, conductismo, psicología transcultural, psicología cognoscitiva de orientación norteamericana, psicología social de orientación norteamericana y enfoque psiquiátrico-psicométrico. Sin embargo, los enfoques psicológicos que han existido y que siguen vigentes en México son la psicología transcultural, conductismo, psicoanálisis y psicología humanista, los cuales no son escuelas como las demás que se mantienen dentro de un ámbito académico, limitado a una universidad, una facultad, un campo de investigación, un área de aplicación o un grupo de trabajo; a diferencia de los otros enfoques la psicología transcultural, la psicología cognoscitiva, el psicoanálisis y la psicología humanista tienen un carácter revolucionario, que de acuerdo con Galindo (2004) es reconocible en los siguientes rasgos:

- 1) Surgen y se desarrollan en el marco de un enconado enfrentamiento con la psicología establecida en su momento histórico, a la cual consideran caduca e incapaz de responder a las exigencias de la realidad del país.
- 2) Se consideran a sí mismas la expresión más avanzada de la ciencia psicológica. Constituyen entonces una concepción de la psicología que trasciende los límites entre áreas y campos de investigación y de aplicación.
- 3) Muestran una gran capacidad para difundirse: forman discípulos, transforman currículos universitarios, fundan sociedades científicas y centros de investigación, realizan investigaciones sistemáticas durante décadas, organizan congresos y publican libros y revistas. En consecuencia, ganan una influencia creciente que las convierte

paulatinamente en la escuela predominante en México en una época dada y, adicionalmente, se proyectan hacia el extranjero.

- 4) Extienden su influencia no sólo a otras universidades, sino también a instituciones públicas y privadas del país en las que laboran psicólogos, con lo cual cambian el perfil profesional de la disciplina.
- 5) Marcan definitivamente el perfil de la psicología mexicana del momento y sus desarrollos futuros.

Los diversos enfoques que existen dentro de la psicología han generado constantes cambios en las diferentes áreas en las que se desempeña esta ciencia, como ya ha sido mencionado con anterioridad se hablará principalmente sobre el desarrollo de la psicología en el área de la salud en México, la cual ha experimentado un desarrollo en las últimas dos décadas y que de acuerdo con Piña (2006) los indicadores de esto son los siguientes:

- 1) Reformas curriculares y la apertura de nuevos programas en los niveles de licenciatura y posgrado, que existen con el título de psicología de la salud o con contenido relacionados con las fases terminales.
- 2) Creciente participación de profesionales de la psicología en actos académicos nacionales e internacionales, como congresos, simposios y coloquios principalmente.
- 3) Publicación de trabajos de reflexión teórico-conceptual y de investigación en manuales, compendios y revistas nacionales e internacionales.
- 4) Edición de manuales compendios y revistas en el área.

El escaso desarrollo en México tiene lugar por el trabajo de los profesionales de la psicología que laboran en instituciones de Educación Superior,

antes de los que laboran en el ámbito de la salud. En cuanto a la investigación, es importante mencionar que es donde existe más conocimiento de la psicología de la salud.

2.2 Ámbitos de desarrollo de psicología de la salud

De acuerdo con lo anterior, la psicología de la salud se ha ido desarrollando de manera lenta en nuestro país; a pesar de ello, dicho desarrollo se puede analizar a través de los siguientes indicadores:

1) Formación académica

Bazán (2003) menciona que el nacimiento de la psicología de la salud es académico; sin embargo, otros autores como Oblitas (2008) considera que es reciente la implementación de planes de estudio orientados al área de la psicología de la salud, y la mayoría están dirigidos a programas de posgrado. En el año de 1970 surge un programa de posgrado referente a problemas de la salud. En 1986 se crea el primer programa de posgrado de Psicología y Salud en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), mientras que en 1998, la Universidad de Guadalajara ofrece el Doctorado en Psicología de la Salud.

Las universidades mexicanas que actualmente ofrecen información sobre la psicología de la salud, se encuentran:

- Universidad Veracruzana
- Universidad de Sonora
- Universidad Autónoma de Nuevo León
- Universidad Regiomontana (desde el 2007 ofrece Maestría de Psicología y Salud
- Universidad de Guadalajara (Maestría en psicología orientada a la psicología de la salud, además de Doctorados en Ciencias del Comportamiento y en Ciencias de la Salud Pública)

- La División de Investigación y Posgrado de la UNAM (ofrece Residencia en Medicina Conductual y Doctorado en Psicología y Salud)

Cabe señalar, que todas estas universidades lideran el desarrollo académico de la Psicología de la salud en nuestro país, además de que realizan el mayor número de investigaciones y publicaciones relacionadas con el área.

Piña (2005) indica que las últimas décadas se observan nuevos programas de licenciatura y posgrado y reformas curriculares, en los planes de estudio a nivel licenciatura, no existen contenidos específicos sobre la psicología y salud, además de que dichos planes están basados en modelos de enseñanza tradicional y no en una formación basada en el modelo de competencia, por esta razón es que el psicólogo egresado no cuenta con las competencias necesarias para desenvolverse en un escenario de salud.

2) Publicación de trabajos teóricos y de investigación

La mayoría de las publicaciones de psicología de la salud son realizadas por profesionales del área que laboran en Instituciones de Educación Superior como la UNAM, Universidad de Sonora y Universidad Veracruzana. Los profesionales de la psicología que se encuentran dentro del ámbito de la salud, no se encuentran muy interesados en la publicación e investigación de estos temas.

Los temas desatacados son: VIH /SIDA, dolor crónico, alteraciones psicofisiológicas, conducta antisocial, aspectos psicosociales de la enfermedad entre otros (Bazán, 2003, Oblitas, 2008; Piña, 2005).

En México entre los años de 1986 a 2004 sólo han sido publicados diez títulos, nueve impresos y uno electrónico, tres manuales de estrés y un

compendio de hipertensión. De acuerdo con Piña (2005), los títulos publicados son los siguientes:

- Psicología de la Salud: campos y aplicaciones de Torres y Beltrán en 1986.
- Psicología y Salud: un análisis conceptual de Ribes en 1990.
- Psicología y Salud: aportes del análisis de la conducta de Piña en 1992.
- Psicología de la salud: la experiencia mexicana de Ortiz en 1996
- Introducción a la Psicología de la Salud de Morales en 1997.
- La Psicología de la Salud en América Latina de Rodríguez y Rojas en 1998.
- Psicología de la Salud de Oblitas y Becoña en 2000.
- Psicología y Salud en Iberoamérica de Piña, Obregón y Vera en 2002.
- Manual de Psicología Clínica de la Salud Hospitalaria (versión electrónica) de Oblitas en 2003.

Además, en la actualidad las universidades mencionadas anteriormente, ponen a disposición del público en general libros, tesis, artículos en formato PDF por medio del internet, sobre temas relacionados con la psicología de la salud.

En cuanto a las revistas publicadas en México, en 1988 se funda la revista Psicología y Salud, única en su género en Latinoamérica, además Oblitas en 1995 dirige un número monográfico referente a la Psicología y Salud en la Revista Contemporánea. En el año 2007, la revista electrónica psicologiacientifica.com publica la Enciclopedia de Psicología de la salud integrada por cinco volúmenes. Además entre las revistas editadas en nuestro país, que abordan temáticas relacionadas con psicología y salud, se encuentran las siguientes:

- Enseñanzas e Investigación en Psicología.
- Revista Médica del IMSS

- Revista Mexicana de Psicología
- Psicología Social y Personalidad
- Salud Pública en México

3) Coloquios y congresos de la psicología de la salud

- En el 2009 se realiza el cuarto coloquio de Medicina Conductual.
- En el 2011 tiene lugar el XIX Congreso Mexicano de Psicología, con temas relacionados con la salud.
- 2011, sexta Cátedra de Psicología, “La Psicología y su quehacer en la Actualidad”, y en esta sesión se presenta la categoría Psicología y salud.

4) Inserción profesional

De acuerdo con Bazán (2003) la inserción del psicólogo en el ámbito es mediante convenios institucionales. Entre 1988 y 1990 la entonces Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala (ENEPI, ahora conocida como FESI) introduce un Modelo de Psicología y Salud en el Hospital Maximiliano Ruiz Castañeda en Naucalpan, las actividades de este modelo son: consulta clínica, promoción de la salud, participación con los prodiaps (personal de campo), organización de la comunidad para elevar su participación y búsqueda de formas empíricas de facilitación del trabajo multidisciplinario con el equipo de la salud; este modelo posteriormente fue implementado en el Centro de Salud Reforma Urbana. Es así como se va introduciendo al campo de trabajo el psicólogo, cabe señalar que el psicólogo no trabaja sólo dentro de la salud, sino que requiere de los conocimientos, aportaciones y colaboración de otros profesionales de la salud.

El desarrollo de la psicología de la salud, ha permitido que los psicólogos puedan incursionarse en el ámbito de la salud en México, trabajando junto con el equipo médico en los tres niveles de salud, los cuales serán explicados en el siguiente capítulo. Además, el psicólogo dentro de esta área realiza actividades

relacionadas con la promoción y prevención de la salud de la población que lo rodea, así como programas de intervención encaminados a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

México cuenta aproximadamente con una población de 106.6 millones de habitantes; según datos del INEGI, la proporción de hombres es del 48.8% y del 51.2% de mujeres, que no ha variado en los últimos años. Para el 2030 se estima una población de 120.9 millones y una tasa de crecimiento del 0.69% por año. Cabe señalar que el desarrollo demográfico de México se caracteriza por un descenso de la mortalidad general, un incremento en la esperanza de vida y una disminución de la fecundidad.

El incremento de la esperanza de vida y la creciente exposición a los riesgos emergentes, la mayoría relacionados con estilos de vida poco saludables, han modificado los índices de las principales causas de muerte. Actualmente México presenta una transición epidemiológica que se caracteriza por el predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles (diabetes, cáncer, enfermedades del corazón) y las lesiones (accidentes), responsables de poco menos del 75% y 11% de las muertes del país, respectivamente.

Estos factores presentados en México, han provocado que los sistemas de salud se vayan modificando con el paso del tiempo, es por esta razón que es de gran importancia conocer cómo es que se encuentra el sistema de salud en el país, en que consiste y su desarrollo e influencia en la salud de los individuos en los diferentes niveles de atención, los cuales se describirán en el desarrollo del capítulo presente.

3.1 Definición de sistema de salud

Lo primero que debe de explicarse es que se entiende por sistema, y para esto, es importante citar la definición que aporta Hernán San Martín (1986) quien dice que “un sistema es una combinación reconocida y delimitada de elementos

dinámicos (personas, servicios, organizaciones, materiales, conceptos, etc.) que siendo interdependientes, están conjuntados entre sí y que actúan de modo permanente, según ciertas leyes para producir un determinado efecto”. Por lo tanto, se desarrolló la idea de que un sistema es como una forma de analizar y estudiar los fenómenos que ocurren en la naturaleza y en la sociedad.

De acuerdo con Soto, Lutzow y González (2013), un sistema está integrado por varios elementos que interactúan constantemente entre sí; según la naturaleza de los elementos constituyentes; los sistemas pueden ser físicos, biológicos, psicológicos, sociológicos o símbolos y estar organizados jerárquicamente de acuerdo con la complejidad de su nivel de organización. Dentro de la gran variedad de sistemas y subsistemas que pueden ser sujetos de estudio, entran como tales el ser humano y su organización social, y dentro del sistema, denominado organización social se incluyen las respuestas que se dan por parte de la sociedad a los problemas relativos a la salud y a la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que un sistema de salud abarca cualquier actividad que esté encaminada a promover, restablecer o mantener la salud. Los sistemas de salud se encuentran en el nivel de la organización social y es factible verlos como un aspecto o una parte de ellos, de hecho, se forman ante la necesidad de responder a los problemas y necesidades de la salud y enfermedad a partir de la estructura económica y política de cada sociedad. Todos sus elementos se encuentran interrelacionados y los resultados son producto de la dinámica que ocurre entre ellos.

De acuerdo con todo lo mencionado anteriormente, los sistemas de salud deben considerarse abiertos a la interacción con otros sistemas y elementos relacionados con el entorno físico, biológico, ecológico y psicosocial. Asimismo, caracterizarse como sistemas homogéneos con objetivos y medios únicos, se comportan como sistemas contradictorios cuyo desarrollo es el resultado de la acción de distintos campos de fuerza internos y externos al sistema de salud.

Ahora bien, en los sistemas de salud es factible analizar dos grandes dimensiones que interactúan entre sí, las cuales son:

- Dimensión técnica. Las actividades para promover, mantener o restablecer la salud son diversas y varían el grado de desarrollo técnico y la cultura de las sociedades. Las primeras formas de salud son bastante sencillas: una suma de curadores o sanadores que actúan de manera individual atendiendo enfermos y que transmiten sus conocimientos de manera oral o escritos.
- Dimensión social. Los sistemas de salud tienen distintas formas sociales para el acceso y el tipo de atención. Estas formas sociales repercutirán en claras diferencias en la atención que reciben las personas según el lugar que ocupan en la sociedad. Un ejemplo de esto lo da la sociedad teotihuacana, en donde sólo las clases superiores tenían la posibilidad de atender sus lesiones dentales con incrustaciones, algo que se ha reproducido de diversas formas hasta la sociedad actual.

De acuerdo con lo mencionado con anterioridad el sistema de salud consiste en todas las actividades que se relacionan con mejorar la salud de los individuos y que para lograrlo deberá de incluir elementos físicos, psicológicos, biológicos y sociales. Además los sistemas de salud son resultado del desarrollo de las dimensiones técnica y social, ya definidos anteriormente, lo que incluye los problemas de salud a los que se enfrentan, la conciencia de las necesidades, la capacidad de respuesta política y técnica del momento e incluso de elementos aleatorios. Ya que se conoce la definición de sistema de salud, es importante conocer la manera en que se ha desarrollado dicho sistema en México, y sobre todo en qué consiste y cómo es que funciona.

3.2 Antecedentes del sistema de salud en México

El sistema de salud que existe en México responde a diferentes culturas, a distintos momentos históricos e intereses económicos y al reconocimiento político de varios sectores de la población. A continuación se presentará un recorrido en la historia, con la finalidad de identificar el surgimiento y permanencia de algunos de sus elementos.

En la antigua Tenochtitlán, antes de la llegada de los conquistadores españoles, surgió la cultura azteca, la cual era mucho más organizada y eficiente que la europea, incluso Hernán Cortés en sus cartas dirigidas a los gobernantes españoles, decía que no era necesaria la presencia de médicos debido a que los “naturales de la Nueva España” (utilizaban plantas para aliviar las enfermedades) eran muy capaces. Sin embargo, un proceso de conquista no es sólo el sometimiento militar, sino también ideológico de una cultura superior a la otra. Es así que a mediados del siglo XVI, junto con la Iglesia Católica, se institucionalizaron y reconocieron ciertos saberes como el que se encuentra en el *Libelus medicinalibus herbis* que recupera parte del saber representado por un médico xochimilca: Martín de la Cruz. El aporte de la medicina prehispánica pasó a ser utilizada por médicos europeos, quienes además la convirtieron en una mercancía.

La medicina de los aztecas que no renunció a su parte religiosa fue perseguida por la Inquisición y otra parte se culturizó y pasó a ser una medicina que atendía a la población marginada de la Nueva España. Ahora bien, por otra parte en estos tres siglos, tanto la medicina universitaria como la medicina religiosa tenían por un lado clientes y, por otro, dolientes en las grandes ciudades, por lo cual se construyeron hospitales especiales a cargo de algunos centros religiosos; dichos hospitales no eran espacios únicamente utilizados para la atención médica, sino que también actuaban para la legitimación política de las instituciones reales europeas, de esta manera en 1525 surge el Protomedicato (cuerpo técnico encargado de vigilar el ejercicio de las profesiones sanitarias), que tenía funciones que hoy en día se reconocen como propias de la Salud pública, de

manera particular el control de las múltiples y devastadoras epidemias. Se trataba de una práctica institucional poco eficaz y muy conservadora; tal situación comenzó a cambiar a partir de que algunos médicos novohispanos se dieron a la tarea de progresar el saber médico.

A finales del siglo XVIII, según Soto, Lutzow y González (2013), había tres grandes modelos de sistema de salud:

- 1) El primero se remite a varios siglos antes de la conquista conocida como tradicional, dirigido fundamentalmente a las zonas rurales y marginados de las ciudades.
- 2) El oficial, que incluye a la iglesia católica con universidades conservadoras que atienden a las clases pudientes y en menor medida a los menesterosos de las urbes.
- 3) El progresista, que en un largo y tortuoso desarrollo, se consolida de forma parcial con el Establecimiento de las Ciencias Médicas (1833).

Ante el triunfo momentáneo de los conservadores, el país debió esperar hasta las reformas de Benito Juárez, las cuales ponen a la medicina en manos de un Estado laico que asume atender a los ciudadanos de la República y llevar un registro oficial de los acontecimientos vitales de la población, como son los nacimientos y las defunciones. Esta misma línea, continuó durante el Porfiriato a finales del siglo XIX hasta principios del siglo XX. El acceso a la atención médica a través del pago con dinero hará que se desarrollen grandes desigualdades en el acceso a la atención. En los inicios del siglo XX, la dimensión técnica de la Medicina evolucionó con rapidez, y por tanto, la organización del sistema se hace más compleja, lo cual da lugar al surgimiento de nuevos elementos, como laboratorios microbiológicos y productores de vacunas, hospitales más modernos con nuevos procedimientos y especialidades, etc., que coexisten con la medicina tradicional y que en general es utilizada por los pobres.

La Revolución Mexicana impactó sobre las formas sociales del sistema de salud y de esta forma, tomó fuerza un sistema de atención a la salud organizado y financiado por el Estado, dirigido a acercar los avances técnicos del sistema hacia el saneamiento y la protección de la salud, y por otra parte, a la asistencia de enfermos pobres.

En la época de Cárdenas se forman los Servicios Médicos Rurales, mismos que representan la primera vez en la historia en que muchísimos pobladores del campo entran en contacto con el sistema de salud basado en los avances científicos y técnicos de la época. Tales cambios fueron producto de las demandas campesinas originadas desde la Revolución de 1910. En 1943 surge la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que conjuga en una sola institución las labores de saneamiento y salud pública con las de atención a enfermos que no cuentan con atención derivada de contratos de trabajo.

El ascenso en las luchas de una creciente clase trabajadora industrial consiguió que los trabajadores contaran con servicios médicos y pensiones pagados por los empleadores. De esta manera, los trabajadores urbanos se incorporaron también a la posibilidad de acceder al sistema de salud basado en los avances científicos y técnicos; dichos avances se consolidaron y ampliaron con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 1943) y más tarde con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, 1961). Es importante mencionar que lo anterior no significó la desaparición de la medicina tradicional ni del ejercicio de la medicina privada; de hecho, esta última evolucionó de los consultorios y pequeños hospitales a los grandes hospitales privados que hay hoy en día, atienden la demanda de las clases medias y ricas.

A continuación y de acuerdo con Gómez, Sesma, Becerril y otros colaboradores (2011) se presentan en la siguiente tabla, los diez acontecimientos más importantes del desarrollo del sistema de salud en México.

TABLA 3. Acontecimientos más importantes del desarrollo del sistema de salud en México

AÑO	ACONTECIMIENTO
1905	Inauguración del Hospital General de México.
1917	Creación del Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública.
1937	Creación del Sistema de Asistencia Pública.
1943	Fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública, hoy Secretaría de Salud, y Creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el primero de los institutos nacionales de salud, el Hospital Infantil de México.
1953	Creación de la Asociación Mexicana de Hospitales.
1960	Creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
1979	Creación del Programa IMSS-COMPLAMAR, hoy en día IMSS-Oportunidades.

1985	Inicio de la descentralización de los servicios de salud para población no asegurada, que concluye en 2000.
1987	Creación del Instituto Nacional de Salud Pública.
2003	Creación del Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular.

En tiempos más recientes se desarrollaron nuevas formas de atención a sectores muy pobres de las zonas rurales y los pobres de los alrededores urbanos; un ejemplo de esto son las medidas por parte del IMSS dirigidas a ampliar la cobertura a los trabajadores temporales y rurales a través del régimen de IMSS-Oportunidades, además de una mayor inversión en la atención de la población “abierta” o no asegurada, atendida por la Secretaría de Salud que enfatizaba la atención primaria a la salud. Es por esta razón que es de suma importancia conocer cómo es que está compuesto el sistema de salud en el país.

3.3 Componentes del sistema de salud en México

Para la OMS (Organización Mundial de la Salud) el principal objetivo de un sistema de salud debe ser el de mejorar la salud de la población; también debe intentar mejorar la capacidad de repuesta del sistema, al tiempo que contempla los aspectos éticos necesarios para la atención, respeta la dignidad de las personas, así como su autonomía para elegir qué tipo de intervenciones aceptan o no, y respeta la confidencialidad de la información emitida por el paciente.

De acuerdo con el artículo 4º de la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, no todos han tenido la oportunidad de ejercer este derecho; el sistema mexicano de salud ofrece beneficios en la salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate (Gómez, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk; 2011). En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud:

- Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias;
- Los auto empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias; y
- La población con capacidad de pago.

El Sistema de Salud en México se ha ido desarrollando a través de los años y se han creado diversas instituciones para atender la salud de los mexicanos, las cuales pertenecen a los tres grupos en los que se encuentra dividido el Sistema de Salud Mexicano, que se dedican a brindar apoyo a los diferentes sectores de la población, de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas. A continuación se describen detalladamente en qué consisten cada uno de los grupos:

➤ *GRUPO 1: INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL*

Este grupo atiende a personas denominadas como “derechohabientes” por haber cotizado cuotas obrero-patronales. Es otorgada principalmente por el IMSS, pero también se encuentran instituciones como el ISSSTE; Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas (SEDENA), Marina y diversos seguros para trabajadores estatales. Dichas instituciones atienden cerca de la mitad de la población del país, y cabe señalar que entre ellas, las que tienen mayor presupuesto por cada derechohabiente son SEDENA y SEMAR, seguidas por PEMEX, IMSS e ISSSTE: todas estas instituciones ofrecen a los derechohabientes todos los servicios que tienen a su disposición.

➤ *GRUPO 2: SISTEMA DE ATENCIÓN DIRIGIDO A POBLACIÓN ABIERTA O NO ASEGURADA*

Se incluyen los servicios otorgados por la Secretaría de Salud (federal o estatales) en zonas rurales y en zonas urbanas, y el Programa IMSS Solidaridad, que atiende a poblaciones de algunas zonas rurales. La Secretaría de Salud cobra cuotas por atención según tabulador socioeconómico y cuenta con una forma de aseguramiento que ofrece un paquete parcial de servicios. Las personas atendidas por dicho grupo, pagan cuotas de prepago y quienes son demasiado pobres reciben subsidio para pagar el seguro.

➤ *GRUPO 3: SECTOR PRIVADO*

En este grupo acuden principalmente las personas que poseen la capacidad económica necesaria para solventar los gastos generados por esta atención. Dentro de los servicios privados se haya una amplia red de consultorios o anexos a farmacias y hospitales pequeños que atienden a personas de escasos recursos, en general con materiales escasos. Existe también una red de servicios con más recursos dirigidos a las clases medias y ricas, que incluyen consultorios y grandes hospitales donde se encuentran médicos de todas las especialidades.

La forma de pago de este grupo es directa o en planes de seguro organizados por aseguradoras privadas transnacionales que ofrecen planes que con distinto alcance según las capacidades de pago de las personas.

3.4 Esquema tradicional y popular de la salud

Es muy importante considerar que la atención a la salud, se desarrolla también en esquemas tradicionales y populares que con gran frecuencia suelen ser el primer contacto con el “sistema”. Así, la búsqueda de atención médica constituye el momento en que el enfermo, a partir de un conjunto particular de saberes y0 concepción de la enfermedad, afecciones, temores, sensaciones

percepciones, de sus expectativas y deseos, de su ámbito de vínculos, de sugerencias y opiniones del entorno, lo llevan a buscar y elegir una alternativa terapéutica.

La medicina tradicional se encuentra orientada por factores culturales, religiosos y sociales, lo que le otorga especificidad en cada comunidad y ha sido inherente a la identidad de los individuos que la componen. Sus conocimientos se han ido transmitiendo de una generación a otra para preservar la vida y el auge de la cultura. Para la evolución de la medicina tradicional han sido necesarios años de observación y experimentación empírica; sin embargo, la medicina tradicional no sólo abarca el manejo de medicamentos naturales o de forma más específica; la curación herbolaria, involucra procesos simbólicos, formas de intervención corporal sustentadas en procesos, rituales, categorías míticas, patrones particulares de interacción, modalidades de trabajo corporal y escénico; es una concepción integral que ubica al individuo en su relación con los demás. La medicina tradicional ha estudiado la información propia de cada cultura que permite a los médicos diagnosticar y clasificar las enfermedades y los traumatismos, explicar su comienzo o causa, y procurar un tratamiento, con el fin de restaurar la salud y mantener con vida a un paciente enfermo.

Por otra parte, la llamada medicina popular cubre una gran variedad de remedios y tratamientos que van pasando de una generación a otra como “remedio casero”, algunas veces particulares de un pueblo o familia. Las prácticas que se realizan generalmente no están escritas, debido a que son parte de una tradición oral, tanto en áreas rurales como urbanas organizadas en el ámbito de la familia, de las redes sociales y de la comunidad sin que participe un médico; es decir, esta medicina popular se compone de creencias y prácticas accesibles a toda la población y son prácticas populares que tienden a repetirse y permanecer con el tiempo. Menéndez (1994) afirma que dentro de este modelo se identifica la automedicación, que incluye la selección, prescripción y administración de un tratamiento, mismo que puede incluir desde sustancias, acciones físicas y procedimientos mentales, hasta medicamentos de patente.

Actualmente, en las sociedades urbanas de México ocurre que al inicio del padecimiento el individuo con frecuencia opta por la medicina popular, es decir, a los remedios caseros o a medicamentos de patente que en otras ocasiones ya les habían hecho efecto, o también por razones económicas y/o culturales; posteriormente buscan ayuda de los allegados y como última opción acuden con un médico profesional.

Ahora bien, y de acuerdo con todo lo anterior, la OMS ha promovido con insistencia la utilización de todos los recursos existentes, reconsiderando la potencialidad, eficacia y aceptación de la medicina tradicional en las culturas populares, y recomienda establecer puentes de colaboración entre los diferentes esquemas médicos.

3.5 Modelos de sistemas de salud

Los sistemas de salud se clasifican según la forma en que se encuentren estructurados, sus fuentes y formas como obtienen financiamiento y las formas a través de las cuales las distintas clases sociales acceden a ellos. De acuerdo con López (2010) es posible tener distintos modelos como:

- a) El sistema puede ser de “propiedad estatal”, donde el financiamiento proviene de impuestos o de cuotas obrero-patronales de seguridad social.
- b) El sistema de “propiedad privada”, es financiado bajo la forma de pago directo de los individuos o por medio de aseguramiento privado.
- c) El “sistema” se basa en formas tradicionales de atención, en general, con formas privadas o de redes de apoyo comunitario, cercanas a las culturas de los grupos sociales que emergen.

La forma de organización en cada época o país, generalmente es el resultado de políticas aplicadas según el desarrollo histórico, ideológico, político, cultural y económico del país. Todos y cada uno de los sistemas de salud actuales han pasado por numerosos cambios que se han llevado a cabo como parte del

proceso de mejora en el rubro de las políticas aplicadas, a partir de modelos iniciales que surgieron en el siglo XIX, en la siguiente tabla se presentan los tres modelos principales:

TABLA 4. Modelos principales del sistema de salud.	
MODELO	CARACTERÍSTICA
Primer modelo	Este modelo se propone cubrir a la mayoría de los ciudadanos por medio de pagos obligatorios del empleador y de los empleados a fondos de seguro o de enfermedad. La prestación de servicios en general proviene de proveedores públicos.
Segundo modelo	La participación del gobierno es limitada. La cobertura se da sólo a ciertos grupos de población, el resto de la gente proviene del sector privado.
Tercer modelo	Medicina tradicional; sin participación del Estado; los prestadores dan atención a cambio de pago directo o bien como parte de redes sociales de apoyo (medicina popular).

Un elemento muy importante para la configuración de los actuales sistemas de salud ha sido la generación de “políticas sociales” mismas que, son el conjunto de intervenciones públicas dirigidas a asegurar a los ciudadanos un estándar mínimo de salario, alimentación, salud, vivienda, educación, como derechos sociales (Soto, Lutzow y González 2013). De hecho, muchos de los sistemas de salud imperantes en el mundo actual fueron fuertemente influidos por un conjunto de políticas sociales orientadas por el llamado “Estado de bienestar”, considerado como un conjunto de instituciones estatales orientadas a desarrollar políticas sociales encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la población, además de facilitar la integración de clases y grupos sociales nivelando o igualando sus recursos materiales.

Durante las primeras ocho décadas del siglo XX, se dio el auge y consolidación del Estado del bienestar, resultado de las luchas y conflictos sociales en el mundo en la primera mitad del siglo XX; eso hizo hincapié al surgimiento de amplios sistemas estatales y públicos de atención a la salud y la enfermedad, así como la cobertura de las necesidades básicas de los ciudadanos mediante la provisión de seguridad de ingresos, atención sanitaria, vivienda, educación y otros tantos servicios sociales.

La OMS afirma que el mayor auge de los sistemas de salud se observó durante el siglo pasado, debido a que pasaron de ser entidades en pequeña escala, en su mayoría privadas o caritativas, a ser entidades con un gran crecimiento y que han contribuido a mejorar la salud.

A lo largo de más de un siglo los sistemas de salud han sufrido diferentes modificaciones, de tal manera que se propone que hay tres generaciones de reformas del sistema de salud general, mismas que se presentan en el siguiente cuadro.

TABLA 5. Generaciones de reformas del sistema de salud general.

PRIMERA GENERACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de sistemas de atención sanitaria.
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> • Extensión de los sistemas de seguridad social a los países de medianos ingresos. • Aumento de atención hospitalaria y aumento de costos. • Mayor utilización de los servicios por personas de mejor nivel económico. • Atención de poca calidad. • Exclusión de las poblaciones indígenas.
SEGUNDA GENERACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la atención primaria a la salud. • Compromiso de que todos los habitantes recibieran un nivel mínimo de servicios de salud, junto con un suministro de agua potable y saneamiento básico. • Medidas de salud pública, prevención, medicamentos esenciales y educación para la salud. • Financiamiento inadecuado. • Los trabajadores disponían de poco tiempo para actividades de prevención. • Capacitación y calidad de atención diferentes.
TERCERA GENERACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Busca ampliar el acceso para los pobres. • Muy relacionados con los cambios políticos y económicos que se han producido en el mundo.

	<ul style="list-style-type: none">• Ajustes de acuerdo con la capacidad financiera y de organización con cada país.• Aumento del financiamiento privado.• Unificar, ampliar o fusionar la cobertura de seguro.• Atención sanitaria costeadada por el seguro y directamente por el asegurado.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Como se puede observar, en un principio los sistemas de salud solo atendían a las personas con un buen nivel económico y su actividad principal se centraba en atención médica en consultorios y hospitalaria; dicha situación presentaba diversos problemas, en primer lugar representaba grandes costos, además de que dichos servicios no era utilizados por los sectores de menores recursos en la población. Fue así, como surgió una segunda generación de reformas en el sistema de salud, demandada básicamente por las clases trabajadoras, en la que aumentaron en número y crecieron las instituciones que atendían a trabajadores urbanos adheridos a planes de seguridad social y redes de atención en el medio rural y urbano (trabajadores informales); de esta forma se impulsó la atención primaria a la salud, cuyo fin fue el de introducir medidas preventivas que redujeran los costos y que incluyeran al sector más pobre de la población. En esta etapa los cambios estuvieron orientados por la política general del estado de bienestar.

A pesar de los logros que tuvieron algunos países, otros tantos enfrentaron muchos problemas de financiamiento, de falta de recursos humanos, mala calidad y deficiente utilización de los servicios; además de que el sector con mejor nivel económico de la población continuaba utilizando los servicios en mayor proporción que los sectores pobres. Posteriormente, entre 1980-1989, ocurrió un cambio en las políticas generales de los estados conocido como “neoliberalismo”; esta política tiene como propósito terminar con las instituciones públicas del llamado

estado de bienestar y pretende sustituir dichas instituciones por instituciones privadas con formas mercantiles de regulación, y además busca darle peso y predominar el modelo privado de prestación de servicios.

Es así como surge la tercera generación de reformas, en las cuales se observaron diversos cambios en los sistemas de salud de cada país, mismos que tuvieron más relación con la situación económica y política de cada nación. Soto, Lutzow y González (2013) señalan, que la mayoría de los cambios en la dirección neoliberal, lejos de disminuir la inequidad en la atención a la salud, la aumentaron, de tal manera que hoy en día, en varios países de Latinoamérica se ha abandonado esta dirección y se está regresando a formas dirigidas hacia el modelo de sistema universal de salud con financiamiento estatal, a partir de los impuestos y acceso universal.

3.6 Niveles de atención de salud

La Secretaria de Salud en México (2010), indica que el sistema de salud está estructurado de manera funcional en tres niveles de atención, los cuales serán descritos a continuación:

- Primer nivel de atención

Se encuentra formado por una red de unidades médicas que atienden a nivel ambulatorio; son el primer contacto de las personas con el sistema formal de atención, dichas unidades pueden tener diferente tamaño y variar su forma de organización: van desde unidades de un solo consultorio, hasta unidades con treinta o más consultorios y servicios auxiliares (laboratorio, rayos X, ultrasonido, medicina preventiva, farmacia, central de esterilización y equipos, administración, aulas, etc.)

Está constituido por Unidades de Medicina Familiar (IMSS), Centro de Salud (SSA) y Clínicas Familiares (ISSSTE), en donde se proporcionan los servicios de salud básicos.

Son el principal escenario de la salud preventiva y es el nivel en donde se atiende y resuelve el 80% de los padecimientos.

En las unidades de primer nivel trabajan médicos generales con licenciatura, así como enfermeras y técnicos, también laboran médicos pasantes (en el caso del IMSS-Oportunidades son la mayoría del personal médico). La mayoría de las consultas médicas que se otorgan en el país corresponden a las realizadas por los médicos generales, quienes resuelven una gran cantidad de problemas de salud, sin necesidad de derivar la atención especializada. Bajo la forma privada existe una red de consultorios en las zonas rurales y periferias urbanas, así como consultorios privados de médicos especialistas que atienden sobre todo a las clases medias y altas. El primer nivel de atención es fundamental en cualquier sistema de salud.

Los médicos que laboran en las instituciones estatales del primer nivel no pueden seguir a su paciente en el segundo nivel. Una parte importante de las actividades realizadas en los sectores de salud, se realizan en este nivel; entre ellas caben destacar diversas actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades y a su vez se han agregado actividades de detección temprana de enfermedades como: cáncer de mama y cérvico uterino, cáncer de próstata, enfermedades congénitas, osteoporosis, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, entre otras.

- Segundo nivel de atención

Está formado por una red de hospitales generales que atienden la mayor parte de los problemas y necesidades que demandan internamiento hospitalario o atención de urgencias.

Este nivel básicamente corresponde a los Hospitales Generales, Regionales, Integrales, Comunitarios, también a los Hospitales Pediátricos, de Gineco-Obstetricia o Materno-Infantiles, así como los Hospitales Federales de Referencia que se localizan en la Ciudad de México.

En este segundo nivel se atiende a los pacientes remitidos por los servicios de primer nivel de atención que requieren de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación. De acuerdo con la necesidad de los pacientes, se aplican los métodos de diagnóstico: exámenes clínicos, estudios radiográficos, análisis de laboratorio, interconsultas con especialistas como cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, etc.

Las unidades médicas del segundo nivel de atención tienen un grado de complejidad mayor que en el nivel anterior y en su organización destacan servicios como: urgencias, admisión, hospitalización, banco de sangre, central de esterilización y equipos, quirófanos, farmacia, consulta externa, etc.

En este nivel se resuelve la mayor parte de los problemas que requieren hospitalización en el país y se concentran la mayoría de los médicos especialistas.

- Tercer nivel de atención

Se encuentra conformado por hospitales de alta especialidad con avanzada tecnología; aquí se encuentran subespecialidades y equipos de apoyo que no están disponibles en el segundo nivel de atención. En este nivel el hospital puede tener muchas subespecialidades, como sucede con las Unidades Médicas de Alta Especialidad del IMSS o el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, o bien pueden especializarse en algún campo específico, como sucede con otros Institutos Nacionales de Salud, especializados en Cancerología, Cardiología, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Perinatología, Enfermedades Respiratorias, Geriatria y Rehabilitación.

La mayoría de estos hospitales se encuentran saturados porque la demanda excede la oferta de servicios haciendo que los pacientes tengan que realizar grandes periodos de espera a lo largo de su atención.

En este nivel se atienden problemas que no pueden ser resueltos en los otros dos niveles y que requieren de conocimientos más especializados o de una tecnología específica, generalmente costosa, que se concentra sólo en algunas unidades por razones de costo-beneficio; una parte pequeña de los egresos hospitalarios corresponde a este tercer nivel de atención.

En conjunto, cada uno de estos tres niveles de atención cubren en distinta proporción a la población, se observan grandes inequidades, pues los sectores más pobres en muchos casos cuentan a menudo sólo con acceso al primer nivel de atención, difícilmente pueden alcanzar a tener la atención del tercer nivel. Es importante señalar que la mayoría de los mexicanos acuden al primer nivel de atención, debido a que es el que tiene un mayor acceso a la población y se encarga de evitar que las enfermedades de los pacientes se agraven y estos tengan que acudir a los siguientes niveles de atención.

3.7 Sistema de salud en México en la actualidad

México se encuentra ante retos importantes de salud y enfrenta transiciones epidemiológicas, con grandes problemas emergentes como la obesidad y la diabetes, enfermedades de las cuales México se ubica entre los primeros lugares en el mundo, situación que sometería a una dura prueba a cualquier sistema de salud en cualquier parte del planeta. Por otro lado, todavía existen grandes desigualdades en la atención a la salud, ya que actualmente se cuenta con diversas instituciones que tratan de atender, sino a toda, por lo menos a la mayor parte de la población, a pesar de que lo hacen con recursos distintos e inequitativos.

Chetorivski y Farjado (2012) indican que el objetivo de todo sistema de salud debe consistir en garantizar las condiciones mínimas para que sus habitantes mantengan y mejoren su salud, a través del ejercicio efectivo del

derecho a la salud. El reto que se enfrenta actualmente es el de asegurar que los mecanismos financieros, de gestión del sistema de salud y de provisión de servicios estén en consonancia con ese fin y con las circunstancias específicas de la sociedad, principal reto de la dependencia rectora del Sistema de Salud.

De acuerdo con Narro, Cordera y Lomeli (2008) el sistema de salud en México, creado a lo largo del siglo XX ha permitido lograr avances importantes; se ha logrado aumentar la esperanza de vida al nacer, la mortalidad infantil, materna y por enfermedades infecciosas han disminuido en forma significativa.

La implantación de las reformas necesarias para alcanzar la transformación del sistema de salud deberá ser paulatina y bien estudiada, ya que exige nuevos diseños organizacionales, cambios jurídicos profundos, laborales, presupuestales y operativos que sólo se pueden generar con amplios consensos.

FUNCIONES DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

La psicología es una disciplina que está en proceso de ser considerada como científica, paradójicamente la formación de psicólogos en el país no se ha justificado en tales términos, sino en los de una psicología definida en términos estrictamente profesionales. Se ha aceptado tácita o explícitamente el supuesto de que entre una y otra forma de caracterizar a la psicología no hay correspondencia. Es decir, la psicología es más conocida por sus características como profesión, que como una ciencia.

Ahora bien, con respecto a la psicología de la salud, se considera una rama de la psicología relativamente nueva, la cual no tiene gran reconocimiento en nuestro país, por lo que las actividades que desempeña no están especificadas como tal y la mayoría de las veces podrían llegar a confundirse con la de otros profesionales.

El objetivo de la psicología en el área de la salud, básicamente es el de atender, aliviar y resolver los trastornos psicológicos: emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales, entre otros.

Por lo tanto, el sector salud, con respecto a la psicología es visto como un campo de incidencia profesional y no como una especialización. Por lo cual, se considera que el psicólogo requiere de las mismas habilidades teórico-metodológicas y realiza las mismas funciones en cualquier otro sector, ajustándolas a las características particulares de cada sector donde se desempeñe el psicólogo. A continuación se presentarán en este capítulo, las funciones y características profesionales con las que debe contar el psicólogo que labore en el ámbito de la salud.

4.1 Formación de psicólogos en el ámbito de la salud

Al comenzar a exponer sobre la formación académica, la elaboración de planes de estudio de psicología en México, ha sido justificada sobre la base de criterios de orden técnico y social, más que criterios de tipo científico. Silva (2007) menciona que se ha partido del antecedente de que se pueden formar profesionales competentes vía la especificación de un conjunto de materias cuyos contenidos permiten representar la dimensión psicológica que es pertinente a los problemas sociales, de salud, de educación, de producción y consumo, de convivencia social y de ambiente.

Es frecuente encontrar que los planes de estudio en el nivel de licenciatura consideran a lo largo de los primeros seis semestres, los conocimientos básicos (teorías psicológicas y metodologías) que en los semestres posteriores permitirán a los estudiantes adaptarlos a los problemas y circunstancias del entorno social. (Piña, 2010). En los últimos semestres, se asegura que los estudiantes adquirirán las competencias (habilidades y destrezas) profesionales para incidir en los problemas sociales mediante el conocimiento y aplicación de una diversidad de procedimientos y técnicas para promover nuevos comportamientos o modificar los ya establecidos en el repertorio de las personas.

Ahora bien y de acuerdo con Oblitas (2008) la formación de psicólogos que se insertan en el área de la salud tiene lugar a nivel de posgrado. Así la Dirección General de Servicios en salud Mental (2002) indica que existen grandes deficiencias en la formación del psicólogo que labora en este sector, estos profesionistas no cuentan con la capacidad de brindar una atención especializada, debido a que la mayoría cuenta únicamente con licenciatura en Psicología General. En México, son pocos los psicólogos que cuentan con grados de Maestría, Doctorado y/o acuden a cursos de actualización.

La Dirección General de Servicios en Salud Mental (2002), menciona que en México los cursos para psicólogos del sector salud tienen lugar en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernadino Álvarez; asimismo, el Instituto Nacional de Psiquiatría

Dr. Ramón de la Fuente, ofrece capacitación continua hasta los grados de Maestría y Posgrado en Psicología de la Salud.

Carrillo (2012) menciona que desde los primeros semestres de la carrera de psicología, es necesario familiarizar a los alumnos con el perfil profesional del psicólogo con el fin de promover el ejercicio de todas las funciones profesionales (detección, evaluación, desarrollo, planeación-prevención, intervención, investigación, rehabilitación) en ámbitos de salud biológico. Esta misma autora propone que la formación de equipos multi e interdisciplinarios al interior de las facultades, implicaría la creación de asignaturas aplicadas impartidas por psicólogos docentes en las cuales se facilite el trabajo en conjunto entre estudiantes de diversas carreras que inciden en ámbitos de salud como: psicología, medicina, enfermería, incluso trabajo social, pedagogía, entre otras.

En pocas palabras, la formación de psicólogos que laboren en el sector de la salud en México está sumamente limitada; sin embargo, puede observarse que es sumamente necesaria la presencia de dicha disciplina dentro del área.

4.2 Habilidades y competencias con las que debe contar el psicólogo de la salud

Las competencias profesionales del psicólogo son un ajuste de las competencias teórico-metodológicas de la práctica científica a las circunstancias específicas de las actividades profesionales y problemas sociales (Ribes, 2006, citado en Piña y Cols., 2010). Tal como puede observarse en la Psicología Aplicada, ya que no habría tal sin un conocimiento a aplicar. De acuerdo con Ribes (2005) la Psicología Aplicada es la adaptación del conocimiento básico a circunstancias sociales que definen el uso de técnicas y procedimientos para formular, identificar y evaluar un problema.

De acuerdo con lo anterior, cabe mencionar que en 1977 el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) presentó una serie de recomendaciones para hacer eficiente la formación y entrenamiento de

los psicólogos a partir de la formación de un perfil profesional sustentado en los elementos siguientes:

- a) Especificación de las áreas sociales problema, en donde el psicólogo debe insertar su actividad y sus conocimientos.
- b) Identificación de necesidades prioritarias del país a las que debe responder el perfil profesional, al margen de la demanda que establezca la población.
- c) Definición de los sectores de la población que deben ser receptores fundamentales de la acción profesional del psicólogo.
- d) Tipificación de los procedimientos, en términos del número de personas beneficiarias de los servicios y sus características socioeconómicas y culturales.

Así mismo, el CNEIP (1977) planteó que sería necesario el desarrollo de modelos curriculares homogéneos en los que se consideran los aspectos siguientes:

1. Proporcionar una formación metodológicamente sistemática que imprima consistencia a los contenidos informativos del currículo.
2. Hacer hincapié en la vinculación de la ciencia básica con las técnicas aplicadas.
3. Capacitar al psicólogo en el trabajo institucional y comunitario para que entrene a los profesionales y a los no profesionales, de acuerdo con las necesidades del país, abandonando la concepción liberal de la profesión que priva hoy en día.
4. Integrar el servicio social dentro de los estudios de licenciatura.

5. Proporcionar al psicólogo un conocimiento amplio de la problemática nacional, que le permita adquirir una conciencia crítica de su papel como profesional y de su práctica cotidiana.
6. Formar psicólogos que junto con otros profesionales pueden atacar problemas en todas las áreas sociales prioritarias.

Un año más tarde, el CNEIP (1978) se propuso que el psicólogo debería de entenderse como un profesional capacitado para cumplir con cinco funciones, que incluían las de diagnóstico, planeación, prevención, intervención e investigación. Sin embargo, hoy en día las funciones del psicólogo siguen siendo definidas de manera ambigua, no se especifican con la precisión debida cuales son los conocimientos, habilidades y destrezas que serían pertinentes para incidir en los problemas sociales de interés.

Ryle (1967) menciona que el profesional de la psicología es capaz de hacer algo en el sentido de que existe posibilidad de que no lo haga; dicho en otras palabras, de alguien que puede o no hacer las cosas en diversas circunstancias, frente a determinadas personas y problemas sociales. Ahora bien, al decir que un profesional de la psicología es competente significa que dispone de los recursos teóricos, metodológicos y tecnológicos pertinentes para incidir en los problemas sociales.

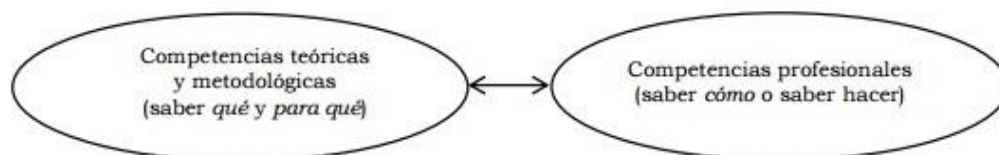


Figura 1. Relación entre los diferentes tipos de competencias en psicología y salud

Piña (2010) considera que el concebir de esta manera la formación y entrenamiento de los psicólogos en términos de competencia, asegura que las actividades que tiene que ver con la evaluación, prevención, intervención e

investigación deben de entrenarse mediante la instrucción, la observación directa o el modelamiento, en situaciones tanto simuladas como reales.

Macotela (2007) indica que un requisito fundamental para que tenga lugar el entrenamiento a los psicólogos, es: “quienes tengan el cometido de formar y entrenar psicólogos competentes, tiene que haber sido entrenados; es decir, en los ámbitos de la docencia, la práctica supervisada o profesional, no pueden formar y entrenar psicólogos competentes quienes no hayan demostrado ser competentes en los dominios teórico-conceptual y metodológico, ni tampoco en la aplicación posterior del conocimiento psicológico”.

Ahora bien, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (2012), con respecto a la carrera de psicología, sostiene que el psicólogo egresado de dicha institución diagnostica, evalúa, planea, modifica, supervisa, previene, valora, interviene, orienta, asesora, gestiona y dirige proyectos de consejería, consultoría, formación docente e investigación; promueve procesos, estados de salud, también bienestar en individuos y grupos. Trabaja en el sector salud en diferentes servicios que se ofrecen a la población. Asimismo, realiza actividades de diagnóstico, evaluación, tratamiento y seguimiento de padecimientos psicológicos, enfermedades crónicas y otras alteraciones, lleva a cabo intervenciones novedosas en el ámbito de la salud, trabajo y/o gestión grupal, institucional y hospitalaria.

Cabe señalar que todas las competencias aquí señaladas describen en general las habilidades de los psicólogos en todas y cada una de las ramas en las que se divide la psicología. Sin embargo, es importante que se formen psicólogos competentes que laboren dentro del sector salud, debido a que hacen falta profesionales preparados dentro de este campo y las habilidades y competencias que desarrollen durante su formación académica son de suma importancia para cumplir con sus funciones ante la sociedad.

4.3 Características personales del psicólogo de la salud

La mayoría de los autores al hablar de un perfil profesional del psicólogo, se enfocan únicamente en las habilidades, competencias y en las funciones correspondientes del ejercicio profesional, dejando de un lado las características personales del psicólogo.

Carillo (2012) menciona que las características con las que debe contar el psicólogo de la salud son las siguientes:

- Sensibilidad social
- Convicción
- Habilidad para motivar
- Empatía
- Autoestima positiva
- Capacidad de análisis
- Capacidad de síntesis

Otros autores como Ardila (2000), González (2008), Londoño, Valencia y Vinnacia (2006), indican también la sensibilidad al reconocimiento de las nuevas formas de patología; escuchar a los que solicitan ayuda; preocuparse por el impacto global de su profesión, disciplina y ciencia sobre desarrollo de la sociedad.

4.4 Funciones

El Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (2002) menciona que las funciones profesionales del psicólogo no son distintas en los diferentes sectores de trabajo profesional, y las funciones que se identifican son las siguientes:

- 1) Detección: identificar los problemas relacionados con el comportamiento individual susceptible de prevención, orientación o tratamiento psicológico.
- 2) Evaluación: obtención y elaboración de información útil para la toma de decisiones, así como la valoración del grado en que los medios, recursos y procedimientos responden al logro de objetivos.
- 3) Desarrollo: entrenamiento de capacidades y competencias
- 4) Planeación-prevención: proceso que implica la identificación de necesidades, prioridades, detección de recursos, objetivos, métodos, diseño de programas, medios de control de intervención, además de aplicaciones de estrategias orientadas a la evitación de problemáticas sociales desde lo individual.
- 5) Intervención: métodos, técnicas y procedimientos que se diseñan y se aplican en función de los objetivos orientados a cambios del comportamiento individual.
- 6) Investigación: puede ser básica y se refiere a la búsqueda de causas y determinantes de procesos psicológicos a partir del empleo de técnicas y el método científico; o puede ser tecnológica, la cual es la indignación sobre la eficacia de la aplicación del conocimiento derivado de la investigación básica.
- 7) Rehabilitación: reestructuración, reeducación o establecimiento de comportamientos que han sido alterados por diversas causas.

Como menciona Reynoso (2005), en México aún no se logra el completo reconocimiento del psicólogo en el campo de la salud, por lo que el trabajo es

arduo y deberá enfocarse hacia el cumplimiento de las siguientes premisas básicas de la función del psicólogo en el campo de la salud:

- Cambios en la conducta (estilos de vida) pueden reducir la probabilidad de riesgo en ciertas enfermedades.
- La conducta y su relación con factores ambientales incrementa el riesgo de ciertas enfermedades crónicas.
- Las técnicas conductuales permiten modificar sistematizar y mantener los cambios.

Para lograr todo esto y de acuerdo con el mismo autor menciona que el psicólogo tendrá que:

- Realizar investigaciones con el objetivo de cambiar el estilo de vida de las personas para prevenir algunas enfermedades crónico-degenerativas.
- Diseñar y aplicar programas de intervención con el objeto de modificar conductas que por sí mismas constituyan un problema.
- Intervenir con el objetivo de enfocar el cambio de conducta hacia la persona que proporciona cuidados en el área de la salud con el fin de mejorar la prestación de servicios a los usuarios.
- Diseñar y aplicar programas para mejorar la adherencia terapéutica entendida como el apego de los pacientes hacia diferentes regímenes de tratamiento, ya sean médicos o conductuales.
- Diseñar y desarrollar programas para prevenir algunas enfermedades crónico-degenerativas (como problemas cardíacos, cáncer y diabetes, entre otros).

La prevención y el manejo de enfermedades crónico-degenerativas representan un gran reto conjunto tanto para la tecnología conductual como para la medicina. Desde el punto de vista de la psicología clínica de la salud aparte del

diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, la prevención se percibe como fundamental y es por eso la importancia de los psicólogos de la salud. Cabe señalar que el área de la psicología de la salud se apoya de otras ramas de la psicología (como psicología clínica) y de otras disciplinas, por lo que es considerada como un área interdisciplinaria.

Así, los psicólogos de la salud contribuyen con su trabajo al campo de la medicina comportamental, como lo pueden hacer médicos, personal de enfermería, los trabajadores sociales, y los miembros de todas aquellas otras disciplinas que han elegido practicar, enseñar, investigar o desarrollar políticas relativas a la integración de las ciencias biomédicas y comportamentales relevantes para la salud y la enfermedad, aunque ciertamente, parece claro que la medicina comportamental no podría existir sin las contribuciones de la psicología más de lo que podría hacerlo sin las contribuciones de la biomedicina (Grau y Hernández, 2005).

De acuerdo con Grau y Hernández (2005) esta "aplicación de la psicología" al campo de la salud-enfermedad física ha reunido investigadores y practicantes de una amplia variedad de disciplinas psicológicas, cuya característica distintiva es su consideración del sistema sanitario como "entorno de trabajo". Así, la Psicología de la Salud no sólo dirige su atención al individuo cuya salud está en cuestión, sino al "conjunto complejo de instituciones y fuerzas dentro de las cuales se persigue la salud". Al considerar a la persona dentro de ese conjunto, el psicólogo de la salud la estudia sobre una línea casi temporal de las relaciones de aquélla con los problemas de salud. Esa línea va desde un extremo en el que la persona es consciente de ciertos acontecimientos que todavía no la ponen en peligro, a través de una gama de conductas de regulación del riesgo, hasta un estado en el que sucumbe a los riesgos y desarrolla los síntomas alcanzando el estado de conducta de enfermedad, en el que el individuo se determina a buscar ayuda profesional. Al decidir que necesita cuidados, la persona adopta el "papel de enfermo" e invoca la gama completa del proceso de tratamiento. Al final de una serie de estadios (del diagnóstico al seguimiento), hay una fase de rehabilitación

en la cual la persona se adapta a los déficits residuales del episodio de enfermedad, con varios tipos de apoyo y asistencia, y, finalmente, se considera recuperada.

De acuerdo con Rodríguez-Marín (2008) la aportación de la Psicología Social a la Psicología de la Salud se produce en todas las líneas; sin embargo, cabe resaltar algunos campos en los que la aportación del psicólogo es particularmente interesante, los cuales se mencionan a continuación:

- La Promoción de la salud y la Prevención de la enfermedad

El comportamiento preventivo es el que tiene como objetivo la disminución de la presencia de enfermedades (prevención primaria), intenta disminuir la prevalencia, acortando el período de duración de las mismas (prevención secundaria) o intenta disminuir las secuelas y complicaciones de la enfermedad (prevención terciaria).

Mientras que la prevención es un concepto relacionado con la enfermedad, la promoción es un concepto que se encuentra relacionado con la salud y mucho más amplio que el de prevención, ya que no sólo implica el mantenimiento de la salud, sino también la promoción del óptimo estado vital físico, mental y social de la persona y de la comunidad.

La OMS en 1969, indica que la promoción de la salud se lleva a cabo básicamente mediante la educación sanitaria, que representa “una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos, a fin de que adquieran y conserven hábitos de salud sanos, aprendan a usar juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y estén capacitados para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven”.

Los programas de promoción y prevención sanitarias se pueden realizar con enfoques individuales, grupales o comunitarios

(Spacapan y Oskamp, 1987), e incluyen desde campañas en los medios de comunicación hasta intervenciones directas, personales. Además se emplean intervenciones unidimensionales y multidimensionales, dependiendo de si pretendemos producir cambios en una o varias conductas de riesgo o de salud simultáneamente.

- Proceso de enfermedad

La Psicología de la Salud estudia los factores psicosociales asociados a las fases del padecimiento de la enfermedad; los posibles tratamientos coadyuvantes o sustitutivos de los tratamientos médicos; estudia percepción de los síntomas por parte de los pacientes; la construcción social de la enfermedad y de la salud en nuestra cultura; los efectos de las actitudes de los profesionales de la salud sobre el diagnóstico, tratamiento y proceso rehabilitador, así como de las actitudes de los enfermos y sus familias acerca de estos mismos procesos; los factores psicosociales que promueven, mantienen o agravan el proceso de enfermedad; y la investigación sobre estrés, afrontamiento y apoyo social.

- Conducta de enfermedad y salud

Conductas de enfermedad son las acciones que afectan al significado social y personal de los síntomas, de la enfermedad, de las discapacidades y sus consecuencias y las acciones que la persona lleva a cabo para resolver sus problemas de salud. La representación del rol del enfermo incluye comportamientos de cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y de afrontamiento de la enfermedad, que se relacionan, con los mecanismos y problemas de adaptación a la misma.

- Relaciones entre el profesional de la salud y el enfermo

La psicología social estudia la estructura y dinámica del proceso de comunicación, en el marco específico de la interacción profesional sanitario-enfermo como un proceso de influencia interpersonal. Por otro lado, colabora en el diseño y puesta en práctica de programas para la mejora de la relación profesional-enfermo.

- Mejora del sistema de cuidado de salud y política sanitaria
Para mejorar la calidad asistencial, la Psicología Social estudia las actitudes de la población y de los profesionales sanitarios, respecto a los servicios de salud; cómo inciden los mecanismos de influencia social; junto con el sistema sociocultural en los estilos de vida y en el uso de los servicios sanitarios.

Cabe señalar, que de acuerdo con todo lo mencionado con anterioridad el psicólogo es el indicado para realizar determinado trabajo, ya que tiene las habilidades y conocimientos para comprender la unidad de lo biológico con lo social, dando a los factores psicológicos el lugar que les corresponde. Ramírez y Cortés (2006) mencionan que existen tres niveles donde el psicólogo puede intervenir, los cuales se mencionan a continuación:

1. Nivel primario: Prevención

En este primer nivel es posible detectar las características de salud-enfermedad de una población y determinar formas de intervención. Este nivel consiste en la implementación de acciones que ayudan a prevenir la enfermedad y los daños, ayudan a la comunidad a estimar los riesgos presentes en situaciones determinadas y afrontarlas de manera adecuada.

Con respecto al estilo de vida, se ha descubierto que es uno de los factores a modificar en una población, debido a que la mayoría de los problemas que afectan la salud de los individuos se desarrollan como resultado de formas inadecuadas en su forma de vida. Las aproximaciones cognitivas y conductuales han sido empleadas para

cambiar los malos hábitos y a menudo son efectivas para producir cambios iniciales, pero las conductas se revierten frecuentemente. Éste es un problema crítico que actualmente es uno de los focos de atención en la psicología, uno de los principales argumentos se debe a que no se utiliza el apoyo del modelo biopsicosocial.

Es de considerar que este modelo debe contener tres pasos a seguir:

- Detección.

Se realiza por lo general a través de estadísticas epidemiológicas, las cuales permiten tener datos meramente descriptivos de las características generales de la población como: nivel económico, social, escolaridad, tipo de vivienda, entre otros. Con estos datos se establece un análisis de los factores de riesgo, y los estilos de vida, lo cual forma una visión general del tipo de población en la que se va a intervenir (Rodin y Ickovics, 1990).

- Evaluación.

Se apoya los datos obtenidos en la detección, ya que una vez analizando la información es posible elaborar objetivos de acción adecuados a la población seleccionada. Bibace y Walsh (1979) consideran importantes los siguientes puntos:

- Fenomenismo. Implica la forma en que se define la enfermedad en términos de sus síntomas y cómo asociar la misma al ambiente que los rodea.
- Contagio. Es la fase en que los pacientes desconocen las causas que le provocaron la enfermedad y lo atribuyen al contacto con objetos o personas.
- Contaminación. Son pacientes que definen la enfermedad a través de múltiples síntomas y reconocen la existencia de gérmenes que la causan. El paciente reconoce que su conducta puede intervenir en el desarrollo de la enfermedad.
- Internalización. Se reconoce que existe enfermedad en el cuerpo, y se reconoce el problema de los contaminantes y

como éstos pueden afectar a las personas a través de la boca y nariz.

- Fisiológica. Se define la enfermedad en términos de órganos específicos, detallando cómo las funciones internas se ven afectadas por diversas causas físicas.
- Psicofisiológica. El paciente comprende que la enfermedad puede ser resultado tanto de fuentes fisiológicas como psicológicas.

Como objetivos generales de promoción de salud, se pueden establecer los propuestos por Maddux, Roberts, Sledden y Wright (1986) que se mencionan a continuación:

- Facilitar el crecimiento y desarrollo óptimo del paciente, tanto físico como emocional y social.
- Establecer patrones conductuales de salud para la nutrición, ejercicio, estudio, recreación y vida familiar.
- Reforzar los patrones de conducta opuestos a los negativos como fumar, tomar, alcohol y uso de drogas.

- Intervención

Implica el diseño de programas a partir de los objetivos elaborados. Los programas deben encaminarse a la enseñanza del individuo y la comunidad sobre las conductas relacionadas con la salud, qué conductas y cómo se pueden llevar a cabo tratando de persuadir a las personas para cambiar los malos hábitos, esto por supuesto, requiere modificar sus creencias y actitudes.

El diseño de programas o técnicas de intervención, como se contempla en la psicología de la salud, debe incluir un trabajo cuidadoso, considerando la población, problemas y consecuencias de la información que se determine en dichos programas.

La psicología de la salud se basa principalmente en la promoción y prevención de la salud de los individuos, pero también ayuda al paciente durante el proceso de enfermedad. Como se pudo observar las funciones del psicólogo de la salud van encaminadas a prevenir enfermedades y situaciones de riesgo; sin embargo, durante su desarrollo se ha encontrado con muchas limitaciones debido a que la medicina sigue ocupando un lugar importante y primordial en la salud, pero la psicología de la salud es un apoyo para esta área, y poco a poco ha ido ocupando un lugar importante dentro de este sector.

4.5 Inserción

La Dirección General de Servicios en Salud Mental (2002), menciona que en el año de 1998, sólo 270 psicólogos trabajaban en unidades hospitalarias y de servicios ambulatorios del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para 1999 la Secretaría de Salud contaba con más de 1000 psicólogos, aunque únicamente 124 psicólogos prestaban servicios directamente en el sector salud, 90% de estos en el área clínica, 6% en el área de enseñanza e investigación y 4% desempeñaba funciones administrativas.

Piña (2004) menciona que en el año 2000 de los 583,913 trabajadores en salud, ninguno se encuentra identificado como psicólogo, dicho de otra manera, no existe la categoría. Por otra parte Carillo (2012) indica que en el 2007 el Sistema Nacional de Información en Salud tampoco reporta psicólogos y, en cambio, se hace mayor referencia a médicos y enfermeras. De acuerdo con lo anterior, el médico es la primera fuente a la que la población acude cuando presenta una problemática psicológica y el psicólogo es una fuente secundaria, debido a las creencias sobre la accesibilidad del tratamiento, su eficacia, falta de información y vergüenza por padecer un trastorno psicológico, ser un enfermo mental o un loco.

En el campo de la salud mental se menciona al psicólogo como el principal profesional; sin embargo la mayoría de los artículos están escritos por médicos que relacionan la salud mental con la psiquiatría y ellos son quienes promueven la

atención primaria en padecimientos psicológicos, únicamente en el segundo nivel de atención se menciona a los psicólogos institucionales.

En el 2002 la Dirección General de Servicios en Salud Mental indica que de estos psicólogos institucionales, la mayoría se concentra en el Distrito Federal, Jalisco y Nuevo León, mientras que estados como Campeche y Quintana Roo muestran un déficit de psicólogos. En las acciones impulsadas por la Secretaría de Salud, con respecto a la salud mental se coloca en primer lugar la atención psiquiátrica farmacológica, no se menciona al psicólogo en las fases de intervención, tampoco en los campos de formación y capacitación de recursos humanos.

De acuerdo con todo lo anterior, se puede observar que la inserción del psicólogo mexicano en escenarios de salud es muy limitada; lo mismo ocurre en Colombia donde el ejercicio profesional en ámbitos hospitalarios no se ha visto favorecido. En cambio Lamas y Rodríguez (2000), menciona que en otros países como Perú o Cuba el ejercicio profesional del psicólogo en el sector salud es muy amplio, donde incluye funciones de promoción, prevención e intervención y formación de recursos humanos en Departamentos de Psicología en instituciones del sector salud.

Por lo tanto, el ejercicio profesional del psicólogo en el sector salud en México se percibe todavía más limitado si se compara con el de países como Brasil, España, Estados Unidos y Holanda, pues en estas naciones el sector salud es un campo de incidencia psicológica consolidado donde el psicólogo desarrolla funciones en diversos escenarios de salud, desde hospitales hasta asilos y casas de asistencia; además, participa en prácticas asistenciales en los tres niveles de atención; realiza investigaciones interdisciplinarias; entrena recursos humanos y propone mejoras en el desarrollo de servicios.

EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO EN UN ESCENARIO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Como se ha mencionado a lo largo de los capítulos anteriores, la psicología de la salud es una rama que se ha venido desarrollando poco a poco a lo largo del tiempo, y es en los últimos años en que ha tomado mayor auge en el ámbito de la salud, y a la vez se le ha otorgado mayor importancia al incluir la psicología en los escenarios de salud, pero realmente, es un área relativamente nueva, ya que recientemente las investigaciones en esta área se han incrementado.

Con respecto a la inserción y al campo de trabajo en México de esta área de la psicología, no se encuentra bastante información, por lo que en el presente capítulo se describirá cómo un psicólogo se inserta en un escenario de primer nivel, el papel que éste desarrolla durante su permanencia en el centro de salud, las funciones que desempeña, la relación con el personal médico, pero sobre todo la manera en la que se relaciona con la comunidad a la que le brinda el servicio psicológico.

5.1 Escenario de la experiencia

5.1.1 Ubicación

El escenario donde se llevó a cabo la experiencia profesional del psicólogo fue en el Centro de Salud Prado Ixtacala, el cual se encuentra ubicado en la Calle de Naucalpan, sin número, esquina con la calle Chalma, colonia Prado Ixtacala, en Tlalnepantla, Estado de México. La colonia Prado Ixtacala es considerada de clase media-baja y se encuentra rodeada de escuelas que van desde nivel preescolar a preparatoria. Se localiza en una zona de fácil accesibilidad para los habitantes de la colonia.

5.1.2 Características

El Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), se encarga de atender a la salud de los habitantes de la población, a partir del primer nivel de atención por medio de los centros de salud, que son el primer acercamiento que tienen las personas con el Sistema de Salud en México. Además, cabe señalar que se atiende a toda la población que solicite de los servicios de salud, independientemente de si son o no derechohabientes de alguna institución de seguridad social.

De acuerdo con el ISEM (2015), en el Centro de Salud se brindan los servicios de: orientación alimentaria, capacitación a las madres de los niños menores de cinco años para atender las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas, orientación sobre la salud bucal, la salud reproductiva al adolescente, cómo prevenir la violencia intrafamiliar y las adicciones, estimulación temprana al menor de un año, atención del embarazo, parto y puerperio, consultas de pediatría, nutrición y psicología, estos últimos en el Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud, consulta externa, aplicación de sueros y vacunas, atención de enfermedades crónico degenerativas, consulta odontológica, además del otorgamiento de métodos de planificación familiar entre otras.

El Centro de Salud Prado Ixtacala tiene funcionando aproximadamente 10 años, y es un escenario que cumple con todas las características del primer nivel de atención y es coordinado por la Jurisdicción No. 14 de Tlalnepantla. Cabe señalar que en este Centro de Salud, únicamente laboran médicos generales, odontólogos y cuenta con los servicios básicos para atender la salud de los individuos de la colonia Prado Ixtacala, no brinda todos los servicios que se mencionan en la página principal del ISEM. En el apartado siguiente se explicará a mayor detalle los servicios que este centro ofrece.

5.1.3 Servicios profesionales que se ofrecen en el centro de salud Prado Ixtacala

En el Centro de Salud Prado Ixtacala laboran ocho médicos generales, doce Técnicos de Atención Primaria a la Salud (TAPS, conocidos por realizar prácticas en campo aplicando vacunas en escuelas, otorgando pláticas de promoción y prevención de la salud), siete enfermeras (realizan campañas de vacunación, atienden primeros auxilios y aplican la prueba de la glucosa), una trabajadora social, y además cuentan con dos odontólogos; todos ellos se encargan de atender a los habitantes de la Colonia Prado Ixtacala. También cuentan con una farmacia dentro del centro, la cual administra algunos de los medicamentos indicados por los médicos, estos son gratuitos y proporcionados al recibir consulta médica.

En caso de que los pacientes necesiten un especialista, primeramente los médicos tienen que valorar y de ser necesario deben de canalizar a los pacientes a la unidad hospitalaria que corresponda de acuerdo al padecimiento; lo mismo ocurre si se necesitan estudios de laboratorio, el médico deberá de autorizarlos. Por lo tanto, es de gran importancia mencionar que en este Centro de Salud no se atienden ningún tipo de urgencias, en caso de que se presente una, deberán trasladar al paciente a uno de los hospitales que puedan atender la urgencia.

Además, el Centro de Salud Prado Ixtacala tiene un grupo de adultos mayores, que se reúne dos veces por semana, donde los temas de prioridad son referentes a la salud, estos temas son impartidos por una de las doctoras que laboran en el centro.

Otro de los servicios profesionales que ofrece este Centro de Salud, es referente a la vacunación de perros y gatos, este servicio es brindado por los Técnicos de Atención Primaria a la Salud, los cuales acuden a las comunidades y van de puerta en puerta dando este servicio a la comunidad, o bien los asiduos pueden llevar a sus mascotas a este Centro de Salud. También ofrecen el servicio de psicología, pero este será explicado a detalle en apartados posteriores.

El costo es variable de acuerdo al servicio requerido en el Centro de Salud, pero si el paciente es beneficiario de algún programa de salud como el Seguro Popular u Oportunidades es exentado de pagar.

5.1.4 Organigrama del centro de salud

En el presente apartado se muestra un esquema que explica a grandes rasgos cómo se encuentra organizado el personal que labora en el Centro de Salud Prado Ixtacala.

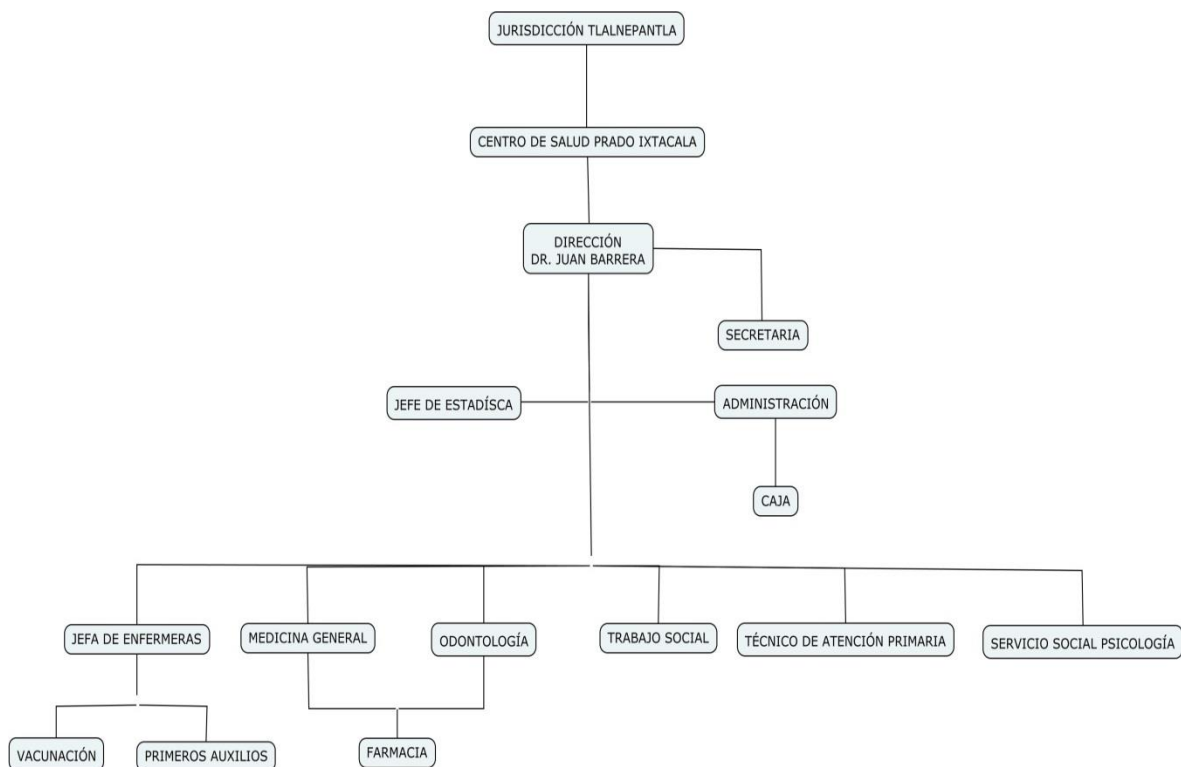


FIGURA 2. Organigrama del personal del Centro de Salud Prado Ixtacala

El organigrama muestra claramente la manera en la que es distribuida la organización y los puestos dentro del Centro de Salud, todos se encuentran en orden jerárquico a las órdenes del Director; sin embargo, los reportes de los pacientes atendidos por médicos, enfermeras, técnicos de atención primaria,

trabajo social y psicólogos son entregados al Jefe de estadística, el cual se encarga de realizar bases de datos y pasarlos a jurisdicción. Se puede observar, claramente que el director controla todos los puestos directamente sin delegar responsabilidades a posibles jefes de área o supervisores.

Ahora bien, con respecto al espacio físico, el centro de salud cuenta con dos pisos; en el primer piso se encuentran los médicos generales, enfermería, trabajo social, farmacia, caja y una pequeña sala de espera; en la parte superior la dirección (Secretaria y Jefe de Estadística), administración, salón de los TAPS (Técnicos en Atención Primaria de Salud), odontología, un salón de usos múltiples, baños y vestidores. Cabe mencionar que para el servicio de psicología no existe un espacio físico, que pueda ser utilizado para dar terapia y que por lo tanto se tiene que pedir prestado el salón de TAPS y el salón de uso múltiples.

5.1.5 Servicio de psicología

El servicio de psicología es otorgado por estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) de la carrera de Psicología, que se encuentran estudiando el séptimo y octavo semestre (últimos semestres de la carrera); se realiza un convenio con la Jurisdicción, donde se indica en qué Centros de Salud los psicólogos pueden realizar su servicio social, el cual tiene duración de aproximadamente ocho meses.

Por cada centro de salud, se mandan a dos psicólogos para que se encarguen de atender a la población que requiere de sus servicios. Los psicólogos además de dar terapia psicológica, también se encargan de realizar actividades referentes a la promoción y prevención de la salud.

El servicio de psicóloga tenía un costo de \$119 por cada 6 sesiones de una hora que tomara un paciente, tanto las platicas como talleres eran completamente gratis y se brindaban con el objetivo de concientizar a los pacientes sobre su

estado de salud y la importancia que le deben dar a este. Este servicio se brindaba martes y jueves, en un horario de 8:00 am a 2:00 pm.

Los reportes de psicología se realizaban de manera mensual en el Centro de Salud, únicamente con datos estadísticos del paciente y el diagnóstico al que llegaba el psicólogo, dicho diagnóstico se realizaba de acuerdo a la Clasificación de Trastornos Mentales CIE 10, ya que de esta manera era requerido por la Jurisdicción de Tlalnepantla.

5.2 Actividades realizadas por el psicólogo dentro del Centro de Salud Prado Ixtacala

En el capítulo anterior se describieron las funciones que debe de realizar el psicólogo de la salud, sin embargo, en este apartado se describirán a grandes rasgos las funciones que realizaba el psicólogo en un escenario real, como lo es el Centro de Salud Prado Ixtacala.

5.2.1 Pláticas sobre promoción y prevención de la salud.

Al definir la promoción de la salud, se acepta que tanto los elementos individuales (estilos de vida) como los contextuales (ambientales o ecológicos) juegan un papel crítico en cualquier estrategia de promoción de la salud. Al considerar estos dos elementos implica la consideración de un número importante de otros temas que se subordinan a ellos. Por ejemplo, desde la perspectiva individual (la de los estilos de vida) se tratan temas como la identificación y la reducción consiguiente de los factores de riesgo comportamentales asociados a la morbilidad y la muerte prematura; y tiene numerosos temas clave subordinados que se agrupan en torno a la idea de educación. La educación implica la transferencia de conocimiento y destrezas de un educador a un educando. La mejora de la información, la modificación de actitudes, la incorporación de

destrezas de salud (cambios comportamentales), y el desarrollo de la autoestima (cambios cognitivos), constituyen ejemplos de estos subtemas educativos.

Rodríguez Marín (2008) indica que la promoción de la salud tiene que ver con dos temas principales, (los referentes a los estilos de vida y los ambientales) y con un conjunto de temas subordinados todos dirigidos finalmente a reducir las enfermedades, la muerte prematura y a promover un mejor nivel de salud y una mejor calidad de vida.

Por otra parte, la prevención se centra en desarrollar medidas y técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad; implica realizar acciones anticipatorias frente a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de enfermedad.

En el Centro de Salud Prado Ixtacala se brindaron pláticas a la comunidad, con el objetivo de mejorar su bienestar y por lo tanto que tengan una mejor calidad de vida. La manera en la que se llevaron a cabo las pláticas de prevención de la salud fue la siguiente:

Mes de septiembre:

- Calidad de vida en la vejez
Adultos mayores (35)
- Depresión
Adultos mayores (38)

Mes de octubre:

- Emociones en la vejez
Adultos mayores (40)
- Sexualidad y métodos anticonceptivos
Público en general (47)

Fuera del centro de salud, los días 1 y 8 de octubre se llevaron a cabo pláticas sobre Bullying en la escuela primaria Doctor Gustavo Baz, a los siguientes grupos:

- 1°. A (35 niños)
- 1°. B (28 niños)
- 2°. A (32 niños)
- 2°. B (29 niños)
- 3°. A (33 niños)
- 3°. B (30 niños)
- 4°. A (40 niños)
- 4°. B (30 niños)
- 5°. B (34 niños)
- 6°. A (29 niños)
- 6°. B (31 niños)
- 11 profesores

Mes de noviembre

- Maltrato en la vejez
Adultos mayores (38)
- Trastornos alimenticios
Público en general (40)
- Duelo
Público en general (50)

Mes de enero

- Cuidados en la vejez (40 adultos mayores)
- Depresión 35 (público en general)

Mes de febrero

- Personalidad e identidad (42 personas, grupo de adultos mayores)

- Adicciones (30 personas, público en general)

Total de pláticas brindadas en el Centro de Salud Prado Ixtacala = 22

Total de población impactada = 791 personas

Total de temas que se abordaron = 12

Respecto al material utilizado, se realizaron:

Mes de septiembre

- Carteles de información sobre el servicio (5)
- Volantes con la información del servicio psicológica (70)
- Periódico mural de calidad de vida y esquizofrenia (1)
- Folletos depresión (35)
- Folletos calidad de vida (50)
- Material de apoyo para conferencia de depresión

Mes de octubre

- Periódico mural sobre el Bullyng (1)
- Folletos emociones (60)
- Folletos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos

Mes de noviembre

- Folletos maltrato en la vejez (50)
- Folletos de duelo (50)
- Folletos de trastornos alimenticios (50)

- Material de apoyo para conferencia de maltrato en la vejez
- Material de apoyo para conferencia trastornos alimenticios

Mes de enero

- Folletos sobre cuidados en la vejez (50)
- Material de apoyo para conferencia de cuidados en la vejez
- Material de apoyo para conferencia de depresión

Mes de febrero

- Material de apoyo para conferencia de personalidad
- Material de apoyo para conferencia sobre adicciones
- Folletos sobre adicciones (60)

Total de folletos realizados = 555

Total de carteles realizados = 14

La mayor parte del público que asistía a las conferencias eran los adultos mayores, debido a que es la población que asistía de manera frecuente al centro. Al principio la población se mostraba apática al asistir a las pláticas que se otorgaban, sin embargo, con el paso del tiempo la población fue mostrando un mayor interés a las pláticas, dando a conocer los temas que les interesaba obtener información.

5.2.2 Intervención psicológica

La Intervención psicológica que se otorgaba en el Centro de Salud Prado Ixtacala, era mediante la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (PBIU), la cual Bellak (1993) describe de la siguiente manera:

1. La PBIU, se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que se presenta. De esta manera, se intenta encontrar el punto de mayor ventaja desde el cual se comprende al paciente que se sienta frente a mí. El psicólogo debe comprender al paciente de la manera más completa posible, desde todos los puntos de mayor ventaja y después deberá introducir las variables que logren una adaptación más eficaz.
2. Establecer un punto central para comprender en forma precisa por qué el paciente acude a consulta, cuándo inició su problema, en su pasado inmediato, y cuándo y en qué forma parecida existió en su historia personal anterior.
3. Establecimiento de la causalidad o continuidad entre el presente y el pasado y las conexiones teóricas de los sistemas en el presente. En la psicoterapia enfocada, se intenta salvar la discontinuidad entre infancia y adultez, entre pensamiento de vigilia y de sueño, entre lo que es consciente e inconsciente, lo mismo que se intenta comprender la interrelación de estos factores con los componentes biológicos, sociales, familiares y físicos de la vida del paciente.
4. La información general más útil de una teoría acerca del desarrollo de un síntoma, lo mismo que de la estructura de personalidad en general, es que los síntomas son intentos de solucionar problemas, de enfrentar la ansiedad, conflicto, déficit. Entre más limitada sea la capacidad para enfrentar situaciones, mayor será el trastorno que exista en la personalidad y viceversa, es decir, la conducta para enfrentar situaciones se aprenda, se funda en un sustrato biológico, dentro de un medio social, étnico y familiar. En este sentido, el grado en el cual la conducta se aprende, o sea,

cuando se debe a factores de experiencia, se puede cambiar a través de reaprendizaje en psicoterapia.

5. La Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (PBIU) se enfoca en lo que se ha aprendido de manera deficiente y en lo que se necesita desaprenderse y reaprenderse del modo más eficaz posible.
6. La terapia breve tiene una historia considerable, se ha comentado que Freud practicó originalmente y con frecuencia la psicoterapia breve.
7. La Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (PBIU) se enfoca, y selecciona, los síntomas principales y más perturbadores y la causa, dentro de un marco de referencia más amplio, y después provee la conceptualización más certeramente orientada posible de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias.
8. La esencia de la PBIU no consiste en seis sesiones, cuatro u ocho, sino en la aproximación enfocada y sistemática; cinco o seis sesiones pueden ser prácticas.
9. Los beneficios de la PBIU se pueden extender más allá del centro de atención inmediata de la terapia, ya que toda la estructura adaptativa del paciente puede cambiar favorablemente.
10. Las indicaciones para la PBIU son muy amplias. Se selecciona el problema para tratamiento, no al paciente. En este sentido, la PBIU puede utilizarse para prevención primaria, secundaria (estados agudos) tanto como para terciaria (cronicidad), en un amplio rango de trastornos.

Ahora bien, como ya se mencionó con anterioridad, en el Centro de Salud Prado Ixtacala las sesiones de psicología se daban una vez por semana, durante una hora por cada paciente. El servicio se otorgaba únicamente martes y jueves, y durante la estancia del psicólogo se reportan los datos siguientes:

<p>PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD</p>	<p>En el periodo del 9 de septiembre al 12 de diciembre 2013 fueron atendidos 9 pacientes.</p> <p>En el periodo del 12 de enero al 24 de abril 2014 se atendieron a 12 pacientes.</p> <p>Por lo tanto, durante todo el servicio social fueron atendidos 21 pacientes en total.</p>
<p>TOTAL DE SESIONES DADAS A LOS PACIENTES</p>	<p>244 (59 sesiones en el primer periodo y 185 en el segundo)</p>
<p>NÚMERO DE HOMBRES ATENDIDOS</p>	<p>10 HOMBRES</p>

NÚMERO DE MUJERES ATENDIDAS	12 MUJERES
RANGO DE EDAD DE LOS PACIENTES	De 3 a 75 años
PADECIMIENTOS PSICOLÓGICOS FRECUENTES	<p>Depresión</p> <p>Ansiedad</p> <p>Problemas de aprendizaje</p> <p>Maltrato en la pareja</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Trastornos emocionales</p> <p>Duelo</p> <p>Problemas de lenguaje</p>

Sin embargo, cada una de las sesiones brindadas a los pacientes que se atendieron durante los ocho meses de instancia en el Centro de Salud Prado Ixtacala, se presentarán a detalle y a grandes rasgos haciendo una sinopsis de cada uno de los casos.

PACIENTE 1

NOMBRE: Mariana EDAD: 26 años ESCOLARIDAD: Preparatoria trunca

ESTADO CIVIL: Viuda

SEXO: Femenino

MOTIVO DE CONSULTA: Mariana se acerca a consulta, porque desde que su esposo falleció ella se siente sumamente triste y no puede aceptar que él haya muerto, ha dejado de realizar sus actividades cotidianas y ha tenido muchos problemas para convivir con sus padres y sobretodo problemas para aceptar a su hijo más pequeño. Además Mariana duda de ser una buena madre para sus hijos, ahora que se encuentra sin su pareja.

HISTORIA DEL SÍNTOMA: La manera en la que Mariana se siente comienza desde la historia familiar de violencia y alcoholismo con la que ella ha vivido por años. Asimismo el hecho de tener múltiples parejas sexuales ocasionó que ella se desvalorizara y sintiera que no merece que nadie la quiera, es decir, la tristeza que ella reporta sentir, la viene arrastrando desde tiempo atrás, pues no se siente una buena mujer. Ahora bien, al fallecer su marido, a quien ella reconoce como el único ser que la ha aceptado tal cual es, Mariana siente que lo pierde todo y que no será una buena madre para sus hijos. Dicho de otra manera, la muerte de su esposo provocó que Mariana nuevamente se desvalorizara y que el duelo sea más difícil de superar, ya que no se siente con las fuerzas suficientes para continuar y se considera una mala madre. Además del hecho de rechazar a su hijo menor por creerlo responsable de la muerte de su padre.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS: Migraña, se paraliza la mitad del cuerpo, problemas con la vesícula biliar.

HISTORIA PERSONAL: Mariana ocupa el segundo lugar entre su hermano de 30 años y su hermana de 21. Su padre tiene problemas con alcohol, además de ser violento con su esposa e hijos, la relación con su mamá siempre ha sido nula. Desde muy pequeña Mariana sufría de maltrato físico y psicológico, no solo por parte de su padre, sino que también en su vida escolar y durante sus noviazgos, lo

cual la llevo a consumir drogas, alcohol y a tener múltiples relaciones sexuales para sentirse “bonita”.

Conoció a su esposo en una fiesta y él le insistió por meses a tener una relación seria, al poco tiempo se casaron y tuvieron un hijo, después de tres años nació su segundo hijo. Sin embargo, a la semana del nacimiento de su hijo, su esposo sufre un accidente en motocicleta donde muere inmediatamente. Por lo tanto, desde que murió su esposo ella se siente completamente sola e incapaz de sacar a sus hijos adelante. Asimismo, se reprocha porque su esposo fue quien murió y no ella, además considera que su hijo menor provocó la muerte de su pareja y ha pensado en suicidarse.

DIAGNÓSTICO: Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

- Depresión
- Duelo
- Autoimagen
- Habilidades sociales
- Aceptación hacia su hijo menor
- Pensamientos irracionales

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

- Reestructuración cognitiva
- Autoconocimiento
- Técnica de “silla vacía”

RESULTADOS: A pesar de que no se concluyó el tratamiento con Mariana, se observó que al realizar la técnica de la silla vacía ella pudo desahogarse y de cierta manera decir lo que se había guardado, despedirse de su esposo y al mismo tiempo le expresó su enojo por haber fallecido. La técnica de reestructuración cognitiva logró que ella dejara de pensar que su hijo menor fue el

le permite jugar ni hacer ruido dentro de la casa, además de que el señor permanece la mayor parte del tiempo en estado alcohólico.

DIAGNÓSTICO: Trastorno de las emociones en la infancia.

AREAS DE INTERVENCIÓN:

- Emociones
- Desobediencia
- Conducta inadecuada en la escuela

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

- Relajación
- Dibujos
- Actividades lúdicas

RESULTADOS: Lo que se puede observar en el caso de Daniel, es que tiene muy presente a su figura paterna y ha logrado entender que su papá no iba a regresar a su lado, pero que continuaría siendo parte de su vida; el niño comentaba que él quería ser de grande como su papá para que su mamá fuera muy feliz. Asimismo, es importante mencionar que al realizar dibujos, al primero en dibujar es a su padre y que en dos dibujos, de los tres que realizó, omitió a su madre, lo cual nos habla de una mal relación entre ambos. Sin embargo, en el último dibujo, la primera que dibujó fue a su mamá y mencionó que la quería mucho y siempre quería estar al lado de ella y de su hermano.

Es importante mencionar que ya no se empleó ningún tipo de intervención respecto al hecho de que el niño orinara por las noches, ya que desde que comenzó a realizar actividades con su madre, el niño dejó de presentar dicha conducta.

Con todo, se llega a la conclusión de que la intervención que se dio con Daniel fue completamente acertada, debido a que se reportaron cambios satisfactorios y se

La muerte de su hijo la tomó por sorpresa, ya que él llevaba una vida felizmente casado y con dos hijos pequeños, ella no entiende cómo fue que murió; desde ese suceso ha dejado sus actividades a un lado y sólo piensa en que quisiera morir.

DIAGNÓSTICO: Episodio depresivo moderado.

AREAS DE INTERVENCIÓN:

- Emocional

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

- Reestructuración cognitiva
- Silla vacía

RESULTADOS: Los resultados obtenidos al finalizar la terapia fueron bastante satisfactorios, debido a que la señora logró aceptar la muerte de su hijo y que, a pesar de la situación, ella tendría que seguir con su vida y ayudar a su nuera a sacar adelante a sus nietos. Cabe señalar, que la señora retomó sus actividades diarias y comenzó a cuidar de su salud, mejorando su calidad de vida.

PACIENTE 4

NOMBRE: Carlos

EDAD: 6 años

ESCOLARIDAD: Primaria

ESTADO CIVIL: Soltero

SEXO: Masculino

MOTIVO DE CONSULTA: Su abuela paterna fue quien se acercó a pedir ayuda debido a que nota a su nieto muy inquieto, además de que en la escuela primaria ha tenido muchas quejas por parte de su profesora, ya que no trabaja dentro del salón y se duerme en las clases, además realiza dibujos que ante los ojos de las profesoras son perturbadores. Asimismo, la profesora le recomienda a la abuela recurrir a la consulta psicológica.

HISTORIA DEL SÍNTOMA: El problema del niño comienza a partir de que sus padres se separan y su madre tiene una nueva pareja, por lo cual él vive con su padre, hermana y su abuela paterna. También el problema se presenta cuando el entra a la primaria y sus compañeros le hacen burla de que sus padres estén separados y de que su mamá nunca asiste a los festivales, por lo que Carlitos comenzó a comportarse mal haciendo travesuras constantes en la primaria e incluso a llegar a tomar agua de los baños de la escuela, salirse de las clases e irse a buscar a su hermana y decirles a todos los profesores que sólo busca amor y una familia. Asimismo, la abuela menciona que el problema del niño se agudizó cuando Carlitos vio a la nueva pareja de su mamá con otra señora, ya que éste es casado, y además menciona constantemente que desea que sus padres vuelvan a estar juntos y sean una familia unida.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS: Tristeza, cansancio excesivo, insomnio y falta de apetito.

HISTORIA PERSONAL: La relación de los padres del niño desde un principio ha sido problemática, debido a que su relación de noviazgo duró sólo unos cuantos meses hasta que se tuvieron que casar, a consecuencia del nacimiento de su primera hija; cuando la niña tenía 4 años, la pareja planeaba separarse, sin embargo, luego el nacimiento de Carlos, el cual en vez de mejorar la situación entre la pareja, provocó que se presentaban más peleas, de que los celos de ella aumentaran y su esposo tomara constantemente, por lo que existieron fuertes peleas y discusiones hasta que se presentaron golpes por parte de ambos e infidelidades.

La relación actual entre los padres es nula, solamente se ven cuando se trata de temas relacionados con los niños.

DIAGNÓSTICO: Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

- Emociones

matrimonio, además de que tienen un hijo de un año de edad. La pareja se separó desde hace un año pero él aún tenía las esperanzas de que regresaran y formaran una familia, pero ella le comentó que ya no quería saber nada de él, por lo que Cesar decidió intentar quitarse la vida.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS: Dolor de cabeza, parálisis facial y morderse las uñas.

HISTORIA PERSONAL: Cesar tiene una buena relación con sus padres y ellos siempre lo han ayudado a salir adelante, también lo han apoyado en cada una de sus decisiones y han estado al pendiente de él, dándole consejos y ayudándolo en todo lo que necesite.

A los 16 años, Cesar se encontraba estudiando en la preparatoria y es cuando comienza una relación con una chica, con la que se relacionó porque había apostado con uno de sus amigos el hacerlo, pero continuó con el noviazgo por varios años y a los 20 abandona sus estudios de licenciatura, debido a que su novia quedó embarazada, por lo cual se casaron inmediatamente, por la presión por parte del padre de ella para juntarlos. Sin embargo, desde hace un año se encuentran separados y solamente unos cuantos días visita a su hijo, en varias ocasiones intentaron recuperar la relación, pero su pareja le dijo que ya no quiere tener una relación, situación que lo motivó al intento de suicidio.

DIAGNÓSTICO: Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

- Autoestima
- Emocionales

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

- Relajación
- Autoestima
- Reestructuración cognitiva

RESULTADO: Los resultados que se observaron con Cesar realmente fueron significativos, debido a que desde un principio él se mostraba renuente a la terapia, posteriormente se dio cuenta de que la necesitaba y llegó a terapia con el objetivo de salvar su relación; sin embargo, al utilizar la técnica de reestructuración cognitiva e identificar sus pensamientos racionales, fue analizando su situación con su esposa y tomó la decisión de separarse de ella y encargarse únicamente del cuidado de su hijo.

PACIENTE 6

NOMBRE: Dereck EDAD: 3 años ESCOLARIDAD: Ninguna

ESTADO CIVIL: Soltero SEXO: Masculino

MOTIVO DE CONSULTA: La madre de Dereck es quien decide llevar a su hijo a terapia ya que lo notaba muy desobediente, sin querer bañarse, siendo agresivo con ella al grado de que incluso le ha pegado en varias ocasiones, también duerme muy noche y a veces se muestra desganado para jugar; es decir tiene muy poca actividad.

HISTORIA DEL SÍNTOMA: El comportamiento de Derek se ve modificado a partir de que su padre se va de casa y se separa de la madre, además de que no lo visita desde hace dos meses. Gabriela comenta que su hijo comienza a comportarse como si fuera un bebé, deja de hablar, quiere tomar biberón de nuevo y que le cambien los pañales.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS: Llanto, enuresis y encopresis

HISTORIA PERSONAL: Los padres del niño estuvieron buscando y planeando tener un hijo, hasta que después de 14 años, nació su único hijo. Durante todo el embarazo, el padre era muy atento con la madre, pero cuando nació el niño la situación cambio y, por lo tanto, la relación de la pareja comenzó a deteriorarse y se presentaron más problemas. La mayoría de las discusiones que la pareja

tenían, eran en presencia del niño. El padre abandona a la madre de Dereck, diciendo que solamente será por un tiempo, sin embargo, cada que la visita terminan peleando y nunca ve al niño, además de que ella siempre le miente diciéndole que el niño está dormido para evitar que lo vea.

La relación de Derek y su papá estaba basada en ver películas y jugar, se veían muy poco tiempo debido al trabajo de él, pero los días que estaban juntos se la pasaban muy bien.

DIAGNÓSTICO: Trastornos de las emociones en la infancia y Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

- Emocional
- Comportamiento

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

- Manejo de contingencias
- Dibujos
- Actividades lúdicas explicando la separación de sus padres

RESULTADOS: Se pudieron observar resultados significativos con respecto a que se disminuyó la agresividad en Dereck, dejó de hablar y comportarse como niño y regresó a realizar sus actividades normales, además de que ya no se preocupaba tanto por el hecho de que su papá lo visitara. Cabe señalar, que el niño y su mamá comenzaron a realizar más actividades de tipo lúdicas y esto mejoró el estado de ánimo de ambos. En cuanto al padre, durante el proceso terapéutico no se acercó al niño.

PACIENTE 7

NOMBRE: Lupita

EDAD: 4 años

ESCOLARIDAD: Preescolar

ESTADO CIVIL: Soltera

SEXO: Femenino

MOTIVO DE CONSULTA: La Madre de Lupita se acerca a terapia, debido a que desde que su hija entró al segundo año de preescolar, la profesora le ha comentado que presenta deficiencias en el lenguaje. Asimismo, la señora ha observado a sus sobrinos y a su único nieto y ha notado que el lenguaje de su hija definitivamente es nulo, lo cual le preocupa sea un problema en el desarrollo de la niña, por lo cual decide acudir al psicólogo para saber qué es lo que ocurre con su hija.

HISTORIA DEL SÍNTOMA: El hecho de que Lupita al cumplir los cuatro años de edad aún no hablara, para su padre y para su madre era completamente normal, ya que tanto ellos como los abuelos paternos tenían la idea de que la niña “hablaría cuando ella quisiera”. Sin embargo, los padres de Lupita comienzan a considerar esta situación como problemática, a partir de que la profesora de Lupita le reporta a la madre que su hija no participa dentro de clase, no habla con ninguno de sus compañeros, porque no puede comunicarse con ellos lo cual ocasiona que la niña este sola dentro de la escuela.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS: No fue reportado ningún síntoma.

HISTORIA PERSONAL: Lupita comenzó a caminar a los 11 meses de haber nacido y a los dos años y medio fue entrenada para ir al baño ella misma, lo cual logró rápidamente. A pesar de ello, para hablar había tardado tiempo y su madre menciona que desde que era un bebé sólo hacía sonidos con la boca pero no articulaba oraciones completas, las únicas palabras que decía eran: “mamá”, “papá” y “quedo dulces”. Sus padres no se habían preocupado por esta falta de lenguaje ya que la consideraban normal y creían que con el tiempo la niña comenzaría a hablar por ella misma y durante todo ese tiempo no se le obligaba a hablar ni a pronunciar ninguna palabra.

La convivencia en casa se basa únicamente a que Lupita tiene contacto con sus padres, media hermana y abuelos, no tiene amigos de su edad. Su madre indicó que dentro de casa no la obligan a hablar para nada y que de hecho todo lo que ella quiere simplemente lo señala, y su padre o sus abuelos se lo dan inmediatamente, por lo que ella simplemente no menciona ninguna palabra.

DIAGNÓSTICO: Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

- Lenguaje
- Conducta de padres y abuelos

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

- Evaluación de lenguaje
- Ejercicios de articulación de fonemas
- Articulación del lenguaje
- Estrategias de cómo deben comportarse los padres

RESULTADOS: A pesar de que Lupita tiene una mejor pronunciación, aún no es la adecuada para una niña de su edad. Los cambios logrados dentro de la terapia fueron completamente significativos, debido a que la niña al menos dentro de las sesiones pronunciaba más palabras, además de que articulaba algunas oraciones completas y poco a poco se iba entendiendo lo que decía. Sin embargo, es importante señalar que cuando se le preguntaba a la niña si realizaba estos ejercicios en casa ella lo negaba, por lo que se puede concluir que si hubiera existido más apoyo por parte de los padres se hubieran logrado más cambios en Lupita.

PACIENTE 8

NOMBRE: Joab

EDAD: 7 años

ESCOLARIDAD: Primaria

ESTADO CIVIL: Soltero

SEXO: Masculino

MOTIVO DE CONSULTA: La madre de Joab decide llevarlo a terapia puesto que presenta problemas de conducta y aprendizaje, lo cual provoca que esté atrasado en la escuela, ya que aún no sabe leer y tiene dificultades para escribir. Situación que preocupa a la madre, porque constantemente está siendo llamada a la escuela, donde la profesora de Joab le reporta que le cuesta mucho trabajo concentrarse dentro del salón de clases. Además pelea bastante dentro de la casa con su hermana gemela y no quiere realizar las tareas.

HISTORIA DEL SÍNTOMA: Joab y Leilani son hermanos gemelos, su mamá menciona que de pequeños eran muy tranquilos y que su comportamiento cambió cuando su hermano mayor tuvo un accidente, el cual le ocasionó una parálisis cerebral, y de ahí él sufre de convulsiones y en varias ocasiones ha sido hospitalizado, por lo que la señora Estela pasa la mayor parte del tiempo al cuidado de su hijo mayor, descuidando a sus dos hijos más pequeños.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS: No fue reportado ningún síntoma.

HISTORIA PERSONAL: La madre menciona que en esta historia familiar hay un antes y un después de Chucho, puesto que todos sintieron ese cambio y de ahí las rutinas dieron un giro inesperado, ahora los pequeños dejaron de tener tanta importancia en la vida de la señora, quien únicamente se dedica a los cuidados de su hijo mayor. Con la madre los niños no tienen convivencia alguna, más que el llevarlos a la escuela, las tareas y la comida, no se involucra en ningún otro proceso. Los niños se refieren a ella como “aburrida” porque no juega con ellos, no se sienta a ver películas ni nada, con el papá hay una convivencia, él es quien juega, quien les cuenta historias, es más paciente y tranquilo y ambos niños mencionan que él es divertido y agradable.

El niño en la escuela, presenta muchos problemas para aprender a leer y va atrasado a comparación de sus compañeros, por lo que entró al programa USAER, por las dificultades que presenta dentro del salón de clases. Cabe mencionar que el niño no tiene amigos, ya que es rechazado por sus demás compañeros por atrasarse durante las clases.

DIAGNÓSTICO: Trastorno específico de la lectura.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

- Intelectual
- Perceptomotora

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

- Actividades de lecto-escritura
- Evaluación de lectura
- Evaluación para descartar problema de dislexia

RESULTADOS: No existen resultados en este caso, debido a que regresando del periodo vacacional de diciembre, ninguno de los hermanos volvió a tomar terapia por lo que el tratamiento quedó completamente inconcluso y no existió ninguna evolución, además de que lo realizado no aporta bastante información del caso, por lo que era necesario continuar con la evaluación del niño para conocer si presentaba algún tipo de dislexia u otra problemática por la que se le dificultara leer.

PACIENTE 9

NOMBRE: Jovani

EDAD: 7 años

ESCOLARIDAD: Preescolar

ESTADO CIVIL: Soltero

SEXO: Masculino

MOTIVO DE CONSULTA: El motivo de consulta principal es que Jovani es remitido por su profesora de preescolar, ya que pelea constantemente con uno de

sus compañeros dentro del salón de clases. Además de que la madre comenta que es muy berrinchudo.

HISTORIA DEL SÍNTOMA: El comportamiento de Jovani de golpear a sus compañeros comienza a partir de que lo cambia de kínder, debido a que empieza a pelear constantemente con uno de sus compañeros nuevos, aunque en general a la hora del recreo, todos comienzan a golpearse y a jugar de esa manera como si fuera algo completamente normal.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS: Berrinches en la calle, no come bien y llora mucho.

HISTORIA PERSONAL: La madre del niño describe su embarazo como muy denso y triste, porque su pareja no la apoyó y prácticamente se la pasó completamente sola y estresada por no saber dónde estaba su pareja. Además de que menciona que tuvo dolores, mareos y mucho sueño durante todo el embarazo, por lo que no fue una de las etapas más felices en su vida. Antes de que su hijo naciera, ella corrió a su marido de la casa y le pidió que se alejara de ellos y dio por terminada la relación. Sin embargo, al nacer su hijo él estuvo pendiente, le pidió disculpas, buscó una casa donde pudieran vivir cómodamente y dejó de tomar, por lo que decidieron continuar con su relación y formar una familia.

Jovani desde que nació ha sido un niño completamente consentido por el padre y por la abuela materna, por lo que cuando se encuentra alguno de ellos en la casa, él deja de obedecer a su madre. El niño no tiene una hora establecida para dormir y todo el día esta frente a la televisión.

DIAGNÓSTICO: Trastorno de la actividad y de la atención.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

- Obediencia
- Emociones

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

- Manejo de contingencias

- Establecimiento de reglas
- Dibujos
- Actividades lúdicas
- Relajación dirigida a la madre

RESULTADOS: Es importante mencionar, que no se obtuvieron resultados, debido a que no se concluyó el procedimiento terapéutico, pero es de relevancia destacar que realmente aunque acudían temprano a todas las sesiones la madre no cooperaba en el establecimiento de reglas ni el manejo de contingencias o mencionaba que no podía aplicarlo en el hogar porque su esposo ya estaba acostumbrado a otra manera de educar a su hijo, lo cual nos habla de una mala comunicación con él, lo que sería contrario a lo que ella ha mencionado. Asimismo, cuando se pidió que el padre asistiera a terapia dejaron de acudir.

PACIENTE 10

NOMBRE: Samuel EDAD: 21 años ESCOLARIDAD: Licenciatura trunca

ESTADO CIVIL: Soltero

SEXO: Masculino

MOTIVO DE CONSULTA: La persona que llega a consulta es la madre de Samuel, quien está desesperada porque su hijo se encuentra en una fuerte depresión por tener una cicatriz en la cara y no quiere salir a ninguna parte, no tiene trabajo y menciona que prefiere morir antes que continuar con dicha marca.

HISTORIA DEL SÍNTOMA: El problema de Samuel comienza desde que tiene 16 años y se ve afectado por el acné, ya que sus compañeros de bachillerato se burlaban constantemente de su cara y le ponían apodosos ofensivos. Toda esta situación provoca que Samuel se sienta inseguro de sí mismo, crea que es feo, no quiera salir a la calle, rompa espejos y además de que tuviera un intento de suicidio a los 16 años, tomándose pastillas para dormir.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS: Pensamientos suicidas, insomnio, dolor de cabeza y gastritis.

HISTORIA PERSONAL: Los padres de Samuel se separaron cuando él era muy pequeño, debido a que había violencia entre ambos y su padre tenía otra relación, por lo que la madre lo corrió de la casa y se quedó a cargo de sus dos hijos. Desde ese entonces la relación entre Samuel y su padre es muy mala, ya que el creció con mucho rencor y odio hacia él por haberlo abandonado cuando era pequeño.

La etapa más difícil por la que pasó Samuel fue la adolescencia, debido a que sufrió acné en el rostro, por lo que paso por miles de burlas por parte de sus compañeros, el desprecio de muchas chicas y toda esta situación le generó una fuerte incomodidad con sus aspecto físico, lo cual hizo, que el comenzara a lastimarse la cara y auto agredirse.

DIAGNÓSTICO: Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

- Emocionales
- sociales

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

- Reestructuración cognitiva basándose en el modelo A-B-C-D-E de Ellis
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Fortalecimiento del autoestima

RESULTADOS: Al finalizar la terapia con Samuel, los resultados que se obtuvieron fueron bastante gratificantes, al utilizar la reestructuración cognitiva se logró modificar los pensamientos irracionales del paciente por pensamientos racionales, dejó de creer que los demás se burlarían de su físico y recuperó su autoestima. Cabe mencionar, que gracias al entrenamiento en habilidades

sociales, recuperó a sus amistades y retomó sus estudios, además de que actualmente se encuentra trabajando.

PACIENTE 11

NOMBRE: Ruperta EDAD: 72 años ESCOLARIDAD: Ninguna

ESTADO CIVIL: Viuda SEXO: Femenino

MOTIVO DE CONSULTA: La señora Ruperta se acerca a consulta, con el objetivo de buscar ayudar y de salir de la depresión, ya que considera que desde niña ha sufrido mucho maltrato y esto le ha generado que se sienta sumamente triste y que ahora en la actualidad se sienta incapaz de realizar actividades y de resolver problemas. Una de sus metas es ser más asertiva al momento de tomar decisiones para que las personas que la rodean no se aprovechen de ella.

HISTORIA DEL SÍNTOMA: La depresión de Ruperta comenzó desde que se enteró que su madre la había regalado y no se había hecho cargo de ella, es decir, su tristeza comenzó desde que era muy pequeña, además de que sufría maltrato por parte de las personas que la cuidaban y el hecho de no haber estudiado es una situación que la tiene bastante triste.

Asimismo, el comportamiento actual de sus hijos hacia ella la deprime, porque ninguno le ha transmitido amor y tampoco la apoyan con los gastos del hogar, ella se hace cargo de sus hijos y además de sus nietos. También se preocupa por la educación de estos últimos y al hacerlo le genera problemas con sus hijos.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS: Gastritis, Colitis, úlceras en el estómago y en las noches tiene problemas para respirar.

HISTORIA PERSONAL: Su madre se embarazó a los 16 años y al nacer Ruperta decidió regalarla. Durante toda su infancia le prohibieron realizar bastantes actividades, una de ellas y la principal fue la de asistir a la escuela, puesto que el señor que la cuidó comentaba que las mujeres sólo debían de dedicarse al hogar,

por lo que Ruperta nunca tuvo la oportunidad de estudiar. Asimismo, sufrió mucha violencia física y psicológica, fue humillada por el hombre que la crío y por sus hijos, a quienes ve como sus hermanas y hermanos.

A los 17 años decide casarse, sin embargo, su pareja abusó sexualmente de ella antes de la boda, a pesar de esta situación, ella decide casarse porque piensa que las cosas cambiarán. A pesar de ello, todas las relaciones sexuales que mantuvieron a lo largo del matrimonio, fueron sin su consentimiento, también la mayor parte del tiempo su esposo permanecía en estado alcohólico, por lo que ella tenía que trabajar para sacar adelante a sus hijos. Su esposo falleció hace 4 años a causa de una cirrosis, lo cual le provoca ahora tranquilidad porque ya no recibe maltratos.

DIAGNÓSTICO: Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

- Emocionales
- Autoimagen
- Habilidades sociales

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

- Reestructuración cognitiva basándose en el modelo A-B-C-D-E de Ellis
- Entrenamiento en habilidades sociales

RESULTADOS: A lo largo de las sesiones se pudo observar el avance de la señora Ruperta, y la manera en la que cambiaron sus creencias respecto a ella misma, ya no se considera menos ni se ve como una mujer desvalorizada, incluso se refleja en su arreglo personal, antes llegaba a consultas con pants y desarreglada, ahora se le ve completamente arreglada, perfumada, con faldas largas y todo el tiempo sonriendo. En cuanto a sus hijos encontró la manera de hablar con ellos, sin enojarse y de una manera asertiva para que le ayuden a los gastos del hogar; asimismo, aprendió que los problemas de sus hijos y nietos son de ellos y no tienen que afectarle, además entendió que en la casa donde

actualmente vive las reglas las debe poner ella y menciona que ahora todos siguen las reglas del hogar desde que ella cambió su postura de pasiva a activa.

PACIENTE 12

NOMBRE: Alonso

EDAD: 8 años

ESCOLARIDAD: Primaria

ESTADO CIVIL: Soltero

SEXO: Masculino

MOTIVO DE CONSULTA: En la escuela primaria le piden a la madre del niño que acuda a un psicólogo, debido a que no presta atención en clases y no cumple con ninguna de las tareas que se le indican. Además de que no interactúa con ninguno de sus compañeros.

HISTORIA DEL SÍNTOMA: La situación de no poner atención en clase se ha repetido en cada uno de los años escolares, no lleva buenas calificaciones, y prácticamente ha pasado los grados escolares con un promedio insuficiente. En casa, el niño no interactúa con sus familiares, con sus hermanos habla muy poco, su papá debido al trabajo no está presente, con su madre pelea mucho. Sin embargo, con su abuelo llevaba una relación excelente, pero falleció 3 meses atrás.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS: No come a sus horas y sufre de insomnio.

HISTORIA PERSONAL: Es el menor de tres hijos, la madre menciona que el embarazo fue de alto riesgo y el parto duró aproximadamente 8 horas, y tuvo que permanecer unos días en incubadora. La madre comenta que el niño desde muy pequeño ha tenido problemas con su motricidad fina y gruesa, pero que siempre lo ha visto como normal, tardó más de un año en aprender a caminar, sin embargo, empezó a hablar a los 8 meses.

Durante todo su desarrollo, la madre ha notado que a su hijo le cuesta trabajo tener amigos de su edad y nota él habla todo el tiempo de zombies, en casa nunca realiza tareas escolares, no come a la hora señalada y la mayor parte del tiempo

la pasa jugando videojuegos. Cabe señalar que el niño asiste a una escuela de tiempo completo.

DIAGNÓSTICO: Síndrome de Asperger.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

- Intelectual
- Motora

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

- Evaluación para detectar Síndrome de Asperger
- Manejo de contingencias

RESULTADOS: La terapia que se le brindó a Alonso estuvo basada en hacerle evaluaciones al niño, para conocer cuál era el problema que presentaba y se encontró que presentaba las características de un niño con Síndrome de Asperger, por lo que se le indicó a la madre que asistiera a una asociación donde atienden este problema, ahí fue confirmado el diagnóstico que se le brindó en el servicio de psicología del Centro de Salud. Asimismo, la terapia se enfocó a que la madre estableciera reglas dentro de la casa a la hora de la comida, para realizar tareas escolares, y sobre todo para irse a dormir a una hora adecuada.

PACIENTE 13

NOMBRE: Estefanía EDAD: 18 años ESCOLARIDAD: Preparatoria trunca

ESTADO CIVIL: Soltera

SEXO: Femenino

MOTIVO DE CONSULTA: Uno de los médicos que laboran en el Centro de Salud, manda a la chica a consulta debido a su exagerada pérdida de peso, ya que para su edad pesa 30 kg. La madre de la muchacha indica que come muy poco, y que evita acudir a lugares como fiestas, reuniones y restaurantes, ya que considera que toda la comida la hará vomitar.

HISTORIA DEL SÍNTOMA: Estefanía deja de comer a partir de que al entrar a la preparatoria, una de sus compañeras le comenta que para que pueda exponer mejor en clase no debe de comer nada antes, ya que de lo contrario le producirá vómito y la exposición le saldrá mal. Al realizar lo indicado por su amiga y ver que funciona se queda con esa idea y lo continúa realizando durante su estancia en la preparatoria. Cabe mencionar, que un día que comió fuera de su casa se enfermó fuertemente del estómago lo que le produjo vómito y diarrea, por lo que considera que la comida fuera de su casa la enfermara nuevamente. Actualmente dejó la escuela por su pánico a exponer y por fuertes problemas de salud, debidos a su falta de alimentación.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS: Gastritis, dolores de cabeza, ansiedad.

HISTORIA PERSONAL: Estefanía desde los 5 años vive con su abuela, a quien ve como su madre por que la crío y ha estado durante toda su vida, su padre abandonó a su mamá desde antes que naciera y cinco años después, la señora encontró a otra pareja por lo que decidió irse y dejar a su hija a cargo de la abuela. Para ella sus abuelos son sus padres, a su padre biológico no lo conoce y no tiene interés de conocerlo y con su madre lleva una relación nula.

En cuanto a su vida personal evita salir con amistades para no comer con ellos, tuvo una relación donde el joven la apoyaba y estaba superando poco a poco su rechazo por la comida, sin embargo, el chico terminó con ella y tiempo después comenzó a burlarse del problema que presentaba, por lo que comenzó a rechazar nuevamente los alimentos, fuera de su hogar pero en la casa come lo mínimo.

DIAGNÓSTICO: Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

- Autoimagen
- Emocional
- Social

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

- Reestructuración cognitiva basándose en el modelo A-B-C-D-E de Ellis
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Autoestima
- Inoculación del estrés
- Relajación

RESULTADOS: Los resultados obtenidos al finalizar de la terapia fueron favorables para la paciente y principalmente para su salud física, se logró modificar la idea de que los alimentos le harían daño y poco a poco fue aprendiendo a comer fuera de su casa, y que no era necesario que vomitara lo que ingería para sentirse segura de sus capacidades.

Al concluir con el tratamiento, se observó claramente que la paciente además de modificar sus pensamientos, también modificó su arreglo personal y su aspecto era saludable a comparación de cómo se presentó a la primer sesión.

PACIENTE 14

NOMBRE: Lizbeth EDAD: 16 años ESCOLARIDAD: Preparatoria trunca

ESTADO CIVIL: Soltera SEXO: Femenino

MOTIVO DE CONSULTA: Lizbeth entra en una fuerte depresión a partir de que sus padres deciden divorciarse, abandona la escuela y amenaza a su madre constantemente con quitarse la vida. Además de que mantiene una pésima relación con su mamá y no acepta a la nueva pareja de ella.

HISTORIA DEL SÍNTOMA: La depresión de Lizbeth se presenta a partir de las constantes peleas de sus padres, por lo que deciden separarse y ella va a vivir con su madre y sus tres hermanos. El problema se agudiza a partir de que su madre comienza a tener una nueva relación y Lizbeth considera que su mamá no luchó lo suficiente para mantener una buena relación con su papá. Cabe

mencionar, que los padres de Lizbeth se separaron hace aproximadamente un año y que en todo ese tiempo, su madre le ha prohibido mantener contacto con él.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS: insomnio y dolores de cabeza.

HISTORIA PERSONAL: La madre de Lizbeth queda embarazada a los 16 años y se ve obligada por sus padres a juntarse con el padre de su hija, la relación era bastante violenta y a pesar de que pasaron los años y tuvieron más hijos los problemas entre la pareja continuaron, aumentando las peleas hasta llegar incluso a la violencia intrafamiliar, por lo que deciden separarse y ella opta por vivir sola con sus 4 hijos y prohibirles que vean a su padre, ya que considera que podría hacerle daño a sus hijos.

A pesar de los problemas que tenían sus padres, Lizbeth llevaba una excelente relación con su papá y extraña verlo, para ella fue muy complicada la separación de sus padres y el hecho de que su madre iniciara una nueva relación con otro hombre, esto le afectó al grado de bajar de calificaciones en la preparatoria, provocando que decidiera abandonarla. Sin embargo, pasa el tiempo vigilando a su mamá cuando sale con su nueva pareja.

DIAGNÓSTICO: Episodio depresivo moderado.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

- Emocional
- Social

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

- Reestructuración cognitiva
- Relajación

RESULTADOS: Los resultados obtenidos al finalizar la terapia con Lizbeth, fueron bastante gratificantes, debido a que se logró que saliera delante de la depresión que sentía y que eliminara los pensamientos de quitarse la vida. Se logró que la

paciente entendiera las causas por las que sus padres se habían separado y que pudiera aceptar que su madre inició una nueva relación. Asimismo, su mamá le permitió que tuviera contacto con su papá.

PACIENTE 15

NOMBRE: María EDAD: 50 años ESCOLARIDAD: Carrera técnica

ESTADO CIVIL: Divorciada SEXO: Femenino

MOTIVO DE CONSULTA: María es llevada a terapia por su hijo, debido a una fuerte depresión que le impide realizar sus actividades rutinarias, desde hace aproximadamente dos años.

HISTORIA DEL SÍNTOMA: La depresión de María comienza a partir de la violencia física, psicológica y sexual que se presenta en su matrimonio, sin embargo, ella piensa que esta situación es normal y que debe de continuar al lado de su marido, por ser el primer hombre de su vida.

La depresión se agudiza aún más, a partir de que se entera que su marido la abandona por otra mujer, con la cual mantenía una relación amorosa desde hace varios meses. A partir de que su marido la dejó, María cae en una fuerte depresión, deja de trabajar y de hacer sus actividades rutinarias en casa, se olvida de sus hijos y sobretodo descuida su higiene personal; además considera que su vida ha dejado de tener sentido y manifiesta pensamientos suicidas.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS: Insomnio por las noches, pero duerme la mayor parte del día, gastritis, colitis, migraña, cansancio y falta de apetito.

HISTORIA PERSONAL: María es la hija mayor de siete hermanos, después del nacimiento de su hermana menor, su madre entró en una fuerte depresión que la mantenía la mayor parte del tiempo en cama y no cuidaba de sus hijos; situación que llevo a María a hacerse responsable del cuidado de sus hermanos y apoyar a su papá económicamente y con las labores de la casa. Su mamá falleció y ella

estudio diseño de modas y comenzó a trabajar para poder pagar los estudios a sus hermanos.

María se casó a la edad de 22 años y después de tener a sus hijos, la relación se volvió violenta, su marido era celoso y la controlaba la mayor parte del tiempo, la humillaba constantemente, pero ella lo toleraba porque su padre le decía que los matrimonios son para toda la vida. Sin embargo, su marido la abandona y ella piensa que la vida se terminó sin su pareja, por lo que ha dejado de trabajar y sus hijos son quienes se encargan de mantener el hogar.

DIAGNÓSTICO: Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

- Emocional
- Autoimagen
- Aceptación de separación de la pareja
- Dependencia a la pareja

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

- Restructuración cognitiva
- Relajación
- Autoconocimiento
- Técnica de la silla vacía

RESULTADOS: Al finalizar el tratamiento con la señora María, se pudieron observar resultados completamente positivos, finalmente pudo aceptar la separación de su pareja y dejó de esperar a que él regresara con ella. También entender que la relación en la que se había encontrado durante 20 años, era

violenta y por lo tanto, no era lo que ella necesitaba en una pareja; retomó su trabajo y volvió a su vida rutinaria de costumbre.

Asimismo, es de suma importancia mencionar que la señora María conforme avanzaron las sesiones, se observó una mejoría en su arreglo personal, ya que en un principio ella misma mencionaba que se había descuidado y al término del tratamiento se veía a una mujer con bastante higiene personal.

PACIENTE 16

NOMBRE: Germán

EDAD: 10 años

ESCOLARIDAD: Primaria

ESTADO CIVIL: Soltero

SEXO: Masculino

MOTIVO DE CONSULTA: La madre de Germán acude a terapia, debido a múltiples quejas que recibe por parte de la profesora de su hijo sobre la falta de atención en clase, además del bullying que sufre por parte de sus compañeros, tanto de su grupo como de otros grupos. Además de que la madre está preocupada porque su hijo realiza actividades propias de las niñas.

HISTORIA DEL SÍNTOMA: Germán siempre había presentado una buena actitud en la escuela, llevaba buenas calificaciones y tenía bastantes amigos; sin embargo, el problema de Germán comienza a partir de que descubre a su padre con otra mujer en su propia casa, y a pesar de que su papá le pidió guardar silencio él decidió decirle la verdad a su mamá. Sus padres se separaron desde hace un año. La relación con su mamá es buena y la apoya en todo, pero la relación con su papá es nula y cada vez que lo ve terminan peleando.

Desde que esta situación ocurrió, el niño dejó de realizar sus actividades normales y que socialmente son propias de un niño, para realizar actividades que comúnmente las realizan las niñas. Asimismo, le cuesta trabajo poner atención en clases, no realiza tareas y por lo tanto bajo de calificaciones.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS: Insomnio.

HISTORIA PERSONAL: Germán es el hijo intermedio, tiene dos hermanos mayores y uno menor. Desde muy pequeño ha trabajado a lado de sus padres en diferentes eventos infantiles, lo cual menciona que le agradaba mucho porque tenía bastantes amigos. Además Germán comenta haber tenido una infancia feliz, pero considera que su etapa de niñez ha terminado.

Sus papás y sus hermanos pasaban todos los fines de semana juntos y en esos momentos llevaban una gran relación, aunque también existía violencia intrafamiliar, pero al descubrir la infidelidad de su padre, su vida en familia se vio modificada y por lo tanto, su vida social también; en la escuela sus compañeros e incluso su profesora se burlan de él por tener gustos diferentes a los demás, con la nueva pareja de su papá, mantiene una mala relación y su papá actualmente convive más con las hijas de su nueva pareja que con sus propios hijos.

DIAGNÓSTICO: Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

- Social
- Emocional
- Autoimagen

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

- Reestructuración cognitiva
- Autoconocimiento
- Relajación
- Inoculación del estrés

RESULTADOS: El comportamiento de Germán de actuar como si fuera una niña, se debía a que no quería ser un hombre por miedo a parecerse a su padre cuando

creciera, por lo que se descarta que el niño fuera homosexual como la madre lo planteaba en un principio. Ahora bien, la reestructuración cognitiva ayudó bastante al tratamiento del niño, puesto a que volvió a realizar las actividades que le gustaban, en cuanto a los problemas escolares disminuyeron al finalizar la terapia, se descartó por completo un problema de atención y se trabajó únicamente en la parte emocional.

PACIENTE 17

NOMBRE: Itzel

EDAD: 11 años

ESCOLARIDAD: Primaria

ESTADO CIVIL: Soltera

SEXO: Femenino

MOTIVO DE CONSULTA: Los padres de Itzel acuden a terapia, debido a que su hija cambia de estado de ánimo con bastante facilidad.

HISTORIA DEL SÍNTOMA: Los cambios en el estado de ánimo de Itzel comenzaron a partir de que el horario de su escuela primaria se convirtió en escuela de tiempo completo, situación que a la niña la hace sentir bastante estresada, porque siente que casi no tiene tiempo para realizar sus actividades que le gustan como ir a clases de natación, además de que la tarea que les dejan es bastante. Asimismo, la niña estaba acostumbrada a pasar mayor tiempo con su papá y desde hace unos meses su padre está trabajando por las tardes y actualmente su relación es nula, con su mamá pelea constantemente.

Además, la niña comienza a tener cambios en su cuerpo propios de que está entrando a la etapa de la pubertad y esto le genera un conflicto.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS: Insomnio y falta de alimentación.

HISTORIA PERSONAL: Itzel es hija única y vive con sus padres, sin embargo, desde muy pequeña siempre se ha inclinado más hacia su papá, pero siempre ha tenido una buena relación con su madre. En cuanto a su situación académica, la niña lleva muy buenas calificaciones, pero a partir de que la escuela se convirtió

de tiempo completo, se le dificulta acostumbrarse estar de 8 am a 5 pm y llegar a casa para seguir haciendo tarea; su madre intenta ayudarla pero regularmente terminan peleándose, no ayuda en las tareas de la casa y lo poco que realiza lo hace desganada. Además, la niña está pasando por la etapa de la pubertad, lo cual le está costando trabajo adaptarse e incluso se ha sentido con baja autoestima.

DIAGNÓSTICO: Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

- Emocional
- Autoimagen
- Comportamiento en casa

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

- Relajación
- Autoconcepto
- Manejo de contingencias

RESULTADOS: La terapia se llevó a cabo tanto con la madre como con la niña, los resultados fueron bastante satisfactorios, se logró que la niña aceptara los cambios que le están ocurriendo a su cuerpo, y la mamá participó en este proceso para que pudiera contestar a las preguntas que su hija le consultaba. Además, Itzel aprendió a plantearse horarios para realizar sus actividades y lograr evitar el estrés, coopera en casa con las actividades del hogar y sobretodo ha mejorado la relación madre e hija.

Anteriormente, se mencionó que en el Centro de Salud Prado Ixtacala fueron atendidos 21 pacientes, pero sólo se reportan únicamente los casos de 17 personas con quienes se logró terminar el proceso terapéutico; de los cuatro pacientes restantes, únicamente se obtuvo la sesión de entrevista y no se pudo continuar con las sesiones de terapia, debido a que el centro fue remodelado y al servicio de psicología lo enviaron a un lugar inadecuado para seguir brindando terapias psicológicas a la población.

5.3 Padecimientos frecuentes en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Prado Ixtacala

El sistema que dirige a los diferentes centros de salud del área de Tlalnepantla, como ya se mencionó con anterioridad, pide los diagnósticos en términos de la Clasificación de Trastornos Mentales CIE 10, en este apartado se describirá los padecimientos que se presentaron con mayor frecuencia en términos más claros y concisos.

- ✓ Depresión. Uno de los padecimientos que se presentaron en la mayoría de los pacientes, incluyendo niños, al ser atendidos, es que se observa y se concluye de manera general, que la depresión se presenta por la pérdida, separación o abandono de un ser querido (padre, madre, hermano, pareja). Ahora bien, la mayoría de las personas, principalmente los adultos, consideran que su estado de ánimo es normal y tardan en atenderse, lo cual provoca que lleguen a tener pensamientos suicidas, como ya se sabe si la depresión no es detectada y atendida a tiempo puede provocar la autodestrucción y un suicidio.

En cuanto a la población juvenil, se encuentra que la depresión se debe al abandono de uno de los padres o de la pareja. Asimismo, los pacientes que intentaron suicidarse mencionaron haber visto el procedimiento en la televisión, películas y principalmente por internet, lo cual nos muestra que en esta población los medios de comunicación influyen en la manera en la

que van a comportarse, lo que resulte es alarmante porque tanto niños como jóvenes en la actualidad tiene un mayor contacto con estos medios.

- ✓ Ansiedad. Este padecimiento se observó en los pacientes que presentaban un cuadro depresivo, es decir, al no saber qué hacer los llevaba a entrar a un estado de ansiedad, la cual se veía reflejada en tics nerviosos, insomnio, exceso de actividad por las noches, consumo de café o bebidas que contienen cafeína, entre otros.

Esta ansiedad también se presenta cuando los pacientes se enfrentan a eventos que provocan que el individuo salga de su zona de confort, la mayoría de las personas no cuentan con las habilidades adecuadas para poder lidiar con este tipo de situaciones. Además cabe mencionar, que un factor común en los habitantes de la colonia Prado Ixtacala, es que viven de manera muy agitada tratando de realizar muchas actividades el mismo día, la mayoría se enfrenta al tráfico de la ciudad, lo cual es una situación que difícilmente se puede controlar, pero que la población debe saber cómo afrontarlos para evitar que les afecte. La mayoría de las personas con ansiedad presentaban fuertes dolores de cabeza.

- ✓ Duelo. Es de gran importancia mencionar que el duelo no precisamente ocurre cuando hay una muerte, el duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida (Meza, García, Torres, Castillo, Suarez y Martínez, 2008).

Se puede observar que la mayoría de los pacientes que sufrieron la pérdida de un ser querido (pareja, padre o hijo), pasaron por un duelo el cual en la mayoría de los pacientes se manifestó en síntomas somáticos (pérdida de

apetito, insomnio, síntomas hipocondríacos, etcétera) y psicológicos (pena y dolor, fundamentalmente); sin embargo, la intensidad de estos síntomas dependió de la personalidad del sujeto, de la intensidad del lazo que le unía a la persona que falleció o que perdió en una separación y de las circunstancias de la pérdida.

Cabe señalar, que se detectó en la mayoría de los paciente que se encontraban durante el proceso de duelo, se culpaban por no hacer lo suficiente por haber impedido la pérdida del ser querido, en el caso de las personas que perdieron a un ser querido por un fallecimiento, mencionaban que hubieran preferido ocupar ese lugar para evitar el sufrimiento; mientras que las personas que pasaban duelo tras una separación, se sentían responsables de la perdida y no encontraban solución a la misma, además de que les afectaba bastante la opinión de la sociedad que los rodea.

- ✓ Trastornos emocionales. Se pudo observar que este padecimiento se presentó en la mayoría de los pacientes atendidos en Prado Ixtacala, incluyendo a la población infantil, por lo que se llega a la conclusión de que estos trastornos ocurren a partir de que se presenta una situación que rompe con lo habitual y que la mayoría de las veces se escapa del control de las personas. En el caso de los niños, se puede detectar que sus cambios emocionales se deben la mayoría de las veces al tipo de relación que llevan sus padres, a los problemas que se presentan dentro del hogar e incluso en el ambiente escolar, todas estas situaciones les provocan a los niños un descontrol en su cambio de ánimo que se ve reflejado en el comportamiento.

Con respecto a la juventud, se considera que estos trastornos son ocasionados por los cambios propios al pasar de una etapa a otra y en los pacientes atendidos, se observó que la comunicación con los padres es prácticamente nula.

- ✓ Maltrato en la pareja. A pesar de que en la actualidad se ha hablado de la equidad de género, en la comunidad de Prado Ixtacala aún existen pensamientos machistas en contra de las mujeres, la mayoría de las pacientes que se atendieron durante la intervención terapéutica, sufrieron en algún momento de sus vidas maltrato físico, psicológico o incluso sexual, por parte de algún miembro de su familia o de su pareja.

La mayoría de las pacientes que sufrieron agresiones durante su infancia por parte de sus padres, buscaron una pareja que también las violentara, ya que para ellas los golpes significan cariño y es para ellas principalmente algo normal, la mayoría de ellas recalando, ven como algo normal la violencia y se les enseñó que un matrimonio es para toda la vida. Tratar el maltrato fue bastante complicado, debido a las creencias irracionales que no son únicamente de la persona a la que se atiende, sino que estas vienen desde la sociedad en la que fueron creciendo y que actualmente las rodea, las cuales afectan a la persona de tal manera que consideran que el recibir violencia es parte de la relación de pareja.

- ✓ Baja autoestima. El autoestima baja es un padecimiento que la mayoría de las veces, y como se pudo observar en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Prado Ixtacala, surge a partir de los mencionados anteriormente, el hecho de presentar baja autoestima, no afecta únicamente en sentirse mal físicamente, sino que también afecta al individuo de manera emocional, porque se considera incapaz de realizar actividades o de afrontar situaciones complicadas.

Un factor común que se pudo observar en todos los casos donde los pacientes presentaban autoestima baja, es que la influencia de la sociedad que los rodea influye en la manera en la que las personas se ven a sí mismos, así como los estereotipos del hombre y de la mujer perfecta que se presentan en los medios de comunicación masiva; estos factores influyen de tal manera en que la persona no se acepta tal como es y para cumplir

con ciertos estándares de un físico perfecto, las personas pueden llegar a la autoagresión, poniendo en peligro su propia salud.

- ✓ Problemas de aprendizaje y de lenguaje. El padecimiento de problemas de aprendizaje, se presentó principalmente en todos los niños que fueron atendidos en el Centro de Salud y se pudo observar con bastante claridad que los padres no vigilan con la debida atención a sus hijos, no están al pendiente de sus tareas o de las actividades que desarrollan a lo largo del día, las madres están más ocupadas en resolver los problemas con su pareja que en atender a sus hijos.

Estos dos problemas se presentan en los niños, y se puede observar que en la mayoría los padres no realizan las tareas escolares junto con sus hijos, además de que en esta colonia la mayoría de los niños pertenecen a familias extensas o consanguíneas, que son familias que se componen de más de una familia nuclear y que la mayoría de las veces son más de dos generaciones las que viven juntas en una misma casa; por lo tanto, en la educación de los hijos influyen las demás personas que habitan a su lado, por lo que los padres no pueden tener un control sobre la educación de sus hijos, ya que los abuelos interfieren en la educación de los menores e incluso al realizar la terapia, se le dejaban tareas tanto a padres como a hijos, y decían que intentaban realizarlas, pero los abuelos no seguían con las instrucciones, por lo que la terapia llevada a casa simplemente era imposible de realizar; de tal manera, se llega a la conclusión de que estos padecimientos se deben a la falta de autoridad de los padres con respecto a la manera en que educan a sus hijos.

Como se observó a lo largo del desarrollo de este apartado, en el Centro de Salud Prado Ixtacala esos fueron los padecimientos que se encontraron en la mayoría de los pacientes, pero realmente son los que el psicólogo se encuentra comúnmente en el desarrollo de su trabajo, por lo que fue importante mencionar los motivos por los que esta población los presentó y sobretodo la forma en la que

el psicólogo intervino y el papel que desarrollo a lo largo de la intervención y tratamiento psicológico en los pacientes.

5.4 Relación psicólogo-institución

Se ha observado a lo largo de los capítulos que el trabajo de psicología en las instituciones es posible si existe un órgano que coordine, regule, brinde una metodología de acción, planifique y evalúe las actividades relativas a la atención psicológica que se efectúen en dicha institución; esto sólo lo puede constituir el servicio de psicología, el cual debe cumplir con todas las indicaciones y funcionamiento al igual que el resto de los servicios que se ofrecen en las instituciones de salud.

La manera en la que el psicólogo se debe relacionar con una institución de salud, de acuerdo con Bleger (1994) se puede agrupar en las siguientes actividades:

- Brindar atención psicológica a los pacientes, familiares y personal que asiste a la institución.
- Utilizar y aplicar diferentes formas y técnicas de intervención psicológica a nivel individual, grupal e institucional.
- Contribuir a elevar la satisfacción de la población con los servicios recibidos, participando en la evaluación y ajuste de los mismos a las expectativas de la población y las posibilidades crecientes de la institución.
- Contribuir a elevar el bienestar psíquico y la salud mental del personal asistencial, realizando trabajo preventivo institucional.
- Participar en la selección, evaluación y clasificación del personal asistencial que requiera de determinadas condiciones psicológicas para la ejecución de sus labores.

- Desarrollar una línea de investigación central y ofrecer actividad docente y científica con un programa metodológicamente orientado por los propios objetivos de servicio en la institución.

El ISEM (2015) menciona que dentro de los centros de primer nivel de atención, se incluye el servicio de psicología para atender a los pacientes que lo requieran, sin embargo, en base a la experiencia profesional dentro del Centro de Salud Prado Ixtacala, se observó que el servicio de psicología no es parte de la institución, ya que sólo se brinda cuando los estudiantes de psicología de FES Iztacala, realizan su servicio social; es decir, dentro de este centro no hay personal dedicado a la psicología que se encuentre de manera permanente, por lo que tampoco existe un lugar fijo dentro de la institución donde el psicólogo pueda desempeñar sus actividades, ya que todos los consultorios existentes en el lugar, son ocupados por médicos, y cabe señalar que el consultorio indicado para el servicio de psicología fue asignado a una doctora que igualmente estaba realizando su servicio social.

La mayoría de las veces para poder brindar terapia, el psicólogo ocupaba el salón de los TAPS, la sala de uso múltiples, el vestidor e incluso en la sala de espera, la cual dificultaba el proceso de terapia por ser un lugar concurrido.

Con respecto a las funciones que debe desempeñar el psicólogo en el ámbito de la salud, durante la experiencia en un escenario de primer nivel de atención, se pudo observar que está limitada y no se pueden llevar a cabo de una manera adecuada, principalmente por la falta de reconocimiento de la necesidad del servicio de psicología dentro del centro de salud, ya que no existe un servicio como tal que regule las necesidades de la población en cuanto a la presencia de un psicólogo estable en los Centros de Salud de primer nivel que están supervisados por el ISSEM; también, se da una mayor importancia a los servicios ofrecidos por médicos generales, odontólogos y enfermeras, que a la psicología, ya que esta sólo se presenta por medio del servicio social y no hay una persona

encargada de manera permanente en el área, además el personal de la institución no cooperaba con la psicóloga y no incluían al servicio de psicología, que se encontraba en ese momento, en las actividades que se realizaban en el centro, lo cual es necesario, ya que una de las funciones del psicólogo es mantener capacitado al personal de la salud, lo cual fue imposible, debido a que prácticamente el servicio de psicología se encuentra excluido dentro de la institución de Prado Ixtacala.

5.5 Relación psicólogo-médico

Una de las principales relaciones que ocurren dentro del área de la salud, es la relación que se establece entre psicólogos y médicos, debido a que las instituciones de salud se encuentran dirigidas por médicos, por esta razón es importante mencionar cómo el psicólogo se establece y se relaciona con los médicos. La mayoría de los autores, principalmente de Latinoamérica mencionan la importancia de que todos los servicios que se ofrezcan dentro de los escenarios de salud, trabajen de una forma multidisciplinaria con el objetivo de mejorar la salud física y mental de los pacientes.

Autores como Lozano (2012) mencionan que los médicos ven la labor del psicólogo secundaria y paralela a la que ellos realizan, y les reclaman un reconocimiento y de alguna manera subordinación, fundados de manera explícita en que ellos son los responsables del paciente enfermo; sin embargo, en lo implícito de su discurso, dentro del hospital son ellos los que mandan. Las afirmaciones de esta autora, se basan en que realizó un estudio a estudiantes de 7° y 8° semestres de la carrera de Psicología de la FESI UNAM, quienes realizaron prácticas de servicio social en un hospital de segundo nivel del Distrito Federal; este estudio consistió en realizar entrevistas a los médicos sobre la manera en que perciben al psicólogo, y a los psicólogos se les preguntó sobre la inserción y el papel que ocupan en el ámbito hospitalario. La conclusión a la que llegó Lozano después del término de su estudio, es que en México la presencia de

los psicólogos en el ámbito sanitario general y en el hospitalario en particular es mínima; la mayoría de los hospitales no cuentan con servicio de psicología. En los que sí existe el servicio, los psicólogos realizan diversas actividades haciéndose cargo de lo expulsado por la práctica médica que sólo escucha del enfermo “cuide esta crisis, enfermedad, cuerpo doliente” y no la parte implícita de la demanda: “he aquí nuestro drama, nuestro miedo, culpa, goce”. Los médicos que perciben esto son los que se acercan discretamente, los que aceptan o reconocen la necesidad de la intervención del psicólogo.

Al parecer Lozano minimiza que el psicólogo se haga cargo del sentir del paciente en el proceso de la enfermedad, por el contrario durante la experiencia profesional se puede dar cuenta de lo importante que es el apoyo psicológico a las personas que lo necesitan, y no sólo quedarse con lo dicho por el médico; el psicólogo tiene la responsabilidad de llevar a cabo un proceso terapéutico con los pacientes que lo requieren y es un trabajo de suma importancia que simplemente no se le puede restar importancia.

En la página principal del ISEMM describen que en los Centros de Atención de Primer Nivel de Atención a la Salud, se indica que todo el personal labora en conjunto y que se le brinda una atención completa a los pacientes, atendiendo tanto su bienestar físico como mental. Sin embargo, durante la experiencia profesional del psicólogo en el Centro de Salud Prado Ixtacala, se detectó y se observó que la relación entre médico y psicólogo es nula, los médicos mantienen una postura cerrada en cuanto a los propuestas de psicología y consideran que las enfermedades están basadas únicamente en malestares físicos; los médicos, además, no permiten que el psicólogo opine sobre los tratamientos a seguir de los pacientes y sólo uno de los médicos era quien se encontraba en contacto con el servicio de psicología para canalizar a los pacientes que él consideraba necesitaba atención psicológica, además de que estaba pendiente de manera constante sobre el proceso terapéutico de sus pacientes.

El servicio de psicología que se ofrecía en el centro ya mencionado con anterioridad, buscaba de manera constante que los médicos asistieran a las

conferencias y buscaran ser un apoyo para ofrecer una atención integral a los pacientes, lo cual no fue posible porque la mayoría del personal médico se mostraba indiferente con la psicología, y mencionaban que la terapia psicológica “es bastante fácil y cualquiera puede otorgarla”, cuestionaban de manera constante la manera de dar terapia, y no tomaban en cuenta que no se tenía un lugar físico para poder atender a los pacientes, lo que hace notar la falta de información por parte de algunos médicos sobre las funciones del psicólogo, y esta misma falta de conocimiento sobre la labor del psicólogo influye en la mala relación y percepción que existe hacia el psicólogo de la salud.

5.6 Relación psicólogo-paciente

Sin duda alguna una de las relaciones más importantes durante la inserción del psicólogo en un escenario de salud, es la que se establece entre el psicólogo y el paciente. Szasz y Hollender (1956) establecieron tres tipos de relación posible:

1. Relación de actividad-pasividad: el psicólogo es activo y el paciente pasivo.
2. Relación de guía-cooperación: el paciente aunque esté enfermo, es consciente de lo que está pasando y es capaz de cumplir instrucciones y tomar decisiones.
3. Relación de participación mutua: el profesional ayuda al paciente a ayudarse a sí mismo, es útil para el manejo de la enfermedad.

Por otra parte, Roter y Hall (1992) mencionan las formas típicas de relación que son:

1. Paternalista. Es un tipo de relación en la que se da un alto control por parte del médico y bajo control por el paciente.
2. Clientelista. El poder recae principalmente en el paciente (cliente, comprador) que es el que decide comprar (solicitar el cuidado) o no.

3. De mutualidad. En esta relación, cada uno de los participantes aporta las fuerzas y recursos que dispone.
4. Ausencia. Este tipo de relación se caracteriza por una total ausencia de control tanto por el paciente como por el psicólogo.

De acuerdo con la explicación, sobre la manera de relacionarse el psicólogo y el paciente, la relación que el psicólogo llevó con sus paciente durante los tratamientos otorgados en Prado Iztacala, se observa que la mayoría de las relaciones fueron de guía y cooperación y de mutualidad, debido a que la mayoría de ellos acudió por voluntad propia y tenían la disposición de cooperar y sobre todo de cambiar las creencias y actitudes para llevar una mejor calidad de vida.

La mayoría de los pacientes que cooperaron durante el proceso terapéutico lograron terminar el tratamiento de una manera adecuada y cambiaron actitudes y conductas negativas por positivas, logrando de esta manera comprobar que los procesos terapéuticos sí funcionan efectivamente, siempre y cuando exista una fuerte disposición de los pacientes para recuperarse; sin embargo, se pudo observar que existieron personas que abandonaron la terapia, y habría que preguntarnos qué fue lo que ocurrió para que no quisieran continuar con el proceso,

Además, cabe mencionar que la mayoría de las personas en la actualidad aún tienen la falsa idea de que un psicólogo es para “locos” o que se trata de magia y misticismo; es decir, existe un mal concepto de lo que realmente realiza un psicólogo; pero a pesar de esta situación durante la experiencia, se pudo observar que es más fácil establecer relaciones con los pacientes que con médicos y la institución como tal.

CONCLUSIONES

El objetivo principal de este trabajo, fue dar a conocer las funciones que realiza el psicólogo dentro de un ámbito dedicado a la salud, por lo cual fue necesario conocer en que consiste la psicología de la salud, la forma en la que se ha desarrollado en México y las funciones que debe realizar el psicólogo, ya que de esta manera se logra dar un mayor entendimiento a la psicología de la salud.

En la mayoría de las definiciones que se otorgan para la Psicología de la Salud la denominan como una disciplina independiente; una subdisciplina, una rama, un área, una especialidad o un enlace entre disciplinas. Para Rodríguez-Marín (1991) la Psicología de la Salud define un campo de aplicación de la Psicología al marco de la salud, se nutre de una amplia gama de teorías y métodos de muchas disciplinas psicológicas básicas y delimita un área de práctica profesional. Lo que hace a los psicólogos de la salud diferentes de otros psicólogos, es su compromiso primordial con los problemas del campo de la salud y su conocimiento de las personas, contextos y problemas del sistema sanitario. Por otra parte para Carrillo (2010) la salud es un campo de incidencia profesional en el cual el psicólogo realiza funciones orientadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a partir de los principios de la psicología científica, por lo que Carrillo llega a la conclusión de que se debe preferir el término Psicología y Salud en vez de Psicología de la Salud , pues este último hace referencia a una división social del trabajo y crea la creencia de la existencia de una especialidad.

Si bien la psicología de la salud, no se considera una especialidad, si debe de considerarse una área de la psicología tal y como se mencionó y se observa a lo largo del desarrollo del primer capítulo, la psicología de la salud se fundamenta de bases tanto teóricas como metodológicas que la acreditan como una disciplina más de la psicología; efectivamente se apoya de otras áreas y ramas de la psicología, pero con el paso de los años se han ido desarrollando una gran variedad de modelos y métodos que logran establecer a la psicología de la salud

como una área más. Sin embargo, al no tener conciencia de estas bases teóricas y metodológicas con las que cuenta la psicología de la salud, aún se confunde con otras áreas de la psicología.

La psicología de la salud es un área que ha afrontado muchos retos y que, por lo mismo no ha sido completamente consolidada, por un lado se encuentra la cuestión de si es innecesaria debido a que la psicología clínica es suficiente para responder a todas las necesidades que plantea resolver la psicología de la salud.

En definitiva parece que como ha ocurrido una y otra vez en la historia de la ciencia, la emergencia de una nueva disciplina que se desgaja de otra, genera siempre tensiones de muchos tipos (profesionales, académicas y conceptuales). No obstante, en el caso de la psicología de la salud, no es reductible a la psicología clínica. (Mars, 2002)

Por otro lado, cuando se estudian las otras disciplinas en las que se apoya la psicología de la salud, se encuentra la medicina como área principal, lo cual plantea un problema importante en cuanto a la cuestión de si el psicólogo de la salud debe subordinarse al trabajo de los médicos. Un ejemplo claro de esta situación y tal como se revisó anteriormente, se dificulta hacer una buena distinción entre la medicina comportamental y la psicología de la salud.

Es necesario hacer una aclaración importante, si bien la medicina comportamental reconoce que las conductas de las personas determinan en gran medida su salud física, no se adentra tanto en los factores sociales y estados emocionales como posibles causas que promueven y mantienen las enfermedades físicas. Es precisamente en esta distinción donde radica la importancia del trabajo que realiza el psicólogo de la salud.

La diferencia entre la psicología de la salud con otras disciplinas y áreas de la psicología, radica en que esta se encarga no sólo de intervenir en un problema de tipo psicológico, sino que tiene el objetivo de prevenir y promocionar la salud, hacer que los individuos hagan conciencia sobre los estilos de vida que llevan, además cabe señalar que estas tareas se pueden llevar a cabo de manera

individual o de forma grupal impartiendo pláticas o conferencias sobre salud; es decir, la psicología de la salud a diferencia de las otras áreas de la psicología atiende a la sociedad tanto en la prevención como en la intervención.

Ahora bien, todas aquellas actividades implicadas en el contexto de la salud son resultado de las interacciones entre los profesionales y los usuarios del sistema de salud, y se desarrollan en dicha interacción y por ello son objeto de la Psicología de la Salud. El contexto socio-cultural determina las actitudes y comportamientos del individuo en relación a la salud y a la enfermedad, al dar contenido a los propios conceptos de salud y de enfermedad; diseña el papel social de enfermo y el del profesional sanitario, e incluso determina muchas veces la aparición de “problemas de salud nuevos”. (Rodríguez-Marín, 2008)

A lo largo de cada uno de los capítulos se fueron presentando las investigaciones teóricas sobre la psicología de la salud, antecedentes, el sistema de salud en México y las funciones que debe de realizar el psicólogo de la salud; y tal como fue mencionado a lo largo del trabajo de tesis, todo esto se comparó con la experiencia profesional de un psicólogo que se insertó en un escenario de primer nivel de salud, brindando los servicios de psicología a la comunidad, con dicha experiencia fue que se logró llegar a varias conclusiones y al mismo tiempo se observaron las limitaciones que tiene el psicólogo en este campo.

Una de las limitaciones importantes que se pudo observar durante la experiencia profesional y comparar con la investigación teórica, es que difícilmente se puede lograr la consolidación de la psicología de la salud, mientras se siga ocupando el modelo teórico que aún impera en nuestra sociedad, el modelo biomédico. Un modelo en donde aún se ve al individuo fragmentado y donde únicamente se le da importancia al cuerpo y al tratamiento a base de medicina química, y si bien, hay muchos médicos que ya han empezado a reconocer la importancia de los factores emocionales en la salud, muchos otros todavía no superan este dualismo, dificultando así el reconocimiento de la importancia que tiene el psicólogo en el área de la salud. Es decir, este modelo es utilizado actualmente por la mayoría de los médicos, y se pudo observar que en el Centro

de Salud Prado Ixtacala es el modelo que sigue perdurando, dejando completamente el modelo biopsicosocial fuera centrándose únicamente en el dolor físico de los pacientes, a pesar de que en las páginas principales del ISEM se hace mención del trabajo multidisciplinario para mejorar la salud de las personas, queda claro por la experiencia dentro del centro de salud es que no se trabaja conjuntamente y que los médicos no permiten la intervención del psicólogo en su área de trabajo, y que continúan separando la mente del cuerpo, a pesar de que se ha comprobado a través de los años que son un todo y que ambos deben de tratarse conjuntamente para un bienestar total en los pacientes.

Cabe señalar, que no solo el personal de la salud o los médicos son quienes le otorgan mayor reconocimiento al modelo biomédico que al biopsicosocial, sino que la misma sociedad prefiere tratar las enfermedades por medio de la medicina o de remedios caseros, que buscar apoyo en la psicología para solucionar los problemas que además de afectar la mente alteran al cuerpo.

Otro punto importante a mencionar, es el hecho de que la mayoría de las personas acuden al médico hasta que su problema de salud se ha complicado, difícilmente las personas se dan cuenta de que la afectación a su salud, no es de tipo orgánico, sino que la mayoría de las veces los problemas que afectan a la salud se relaciona con estilos de vida, características de personalidad, etc. Sin embargo, para que la sociedad pueda aceptar la intervención psicológica como parte de un tratamiento que se complemente con otras disciplinas para mejorar la salud del individuo, sería necesario que el mismo personal médico explicara a los pacientes la importancia del psicólogo para su bienestar y asimismo que se diera a la tarea de informarse e investigar más sobre los beneficios del psicólogo dentro del ámbito de la salud.

De acuerdo con lo anterior y con Ewart (1991) se proponen tres explicaciones de la falta de consistencia de los hábitos de salud en los individuos:

1. Los comportamientos protectores de la salud cambian con el tiempo sobre todo, porque las personas cambian como resultado de la

experiencia; y las circunstancias de la vida de la persona cambian también.

2. Los hábitos comportamentales no son interdependientes. Diferentes hábitos comportamentales pueden tener diferentes objetivos y pueden estar influidos de forma diferente por varios aspectos de la vida.
3. Los hábitos comportamentales no parecen estar gobernados en cada persona por un conjunto único de razones.

Asimismo, Moss (1977) afirma que el comportamiento de una persona ante la crisis que supone la enfermedad viene influido por tres grupos de factores:

1. Socio-demográficos y personales;
2. Relacionados con la enfermedad; y
3. Ambientales, físicos.

De acuerdo a estos dos autores podemos observar que las personas se enfocan en la manera en que la enfermedad afecta su vida diaria, como interfiere en sus relaciones con la sociedad y con su entorno, dejando a un lado y olvidándose por completo del bienestar total que deben de mantener, y únicamente piensan en la manera de curarse rápidamente para regresar a su vida normal, al mismo tiempo el individuo no está consciente de que las enfermedades pueden prevenirse y evitarse. La mayoría de las personas se preocupan por su salud a partir de que se presenta una enfermedad que los impide continuar con su vida cotidiana, buscan una solución rápida basada en medicamentos automedicados o en remedios caseros y de última opción acuden al médico, sin embargo al no ver resultados inmediatos entran en conflicto y pierden la habilidad de buscar soluciones a su enfermedad, lo cual la mayoría provoca conflictos emocionales como depresión, ansiedad, frustración, etc.

Es importante mencionar, que actualmente las personas viven de una manera muy revolucionada que les genera estrés de manera constante y otros problemas de tipo psicológico, tales como los que se presentaron en la población atendida en Prado Ixtacala, que afectaron a la población no sólo de manera psicológica, sino que también la mayoría de los pacientes tenían padecimientos fisiológicos como gastritis, colitis, dolores de cabeza y falta del sueño, pero ellos atribuían que estas enfermedades se presentaban por mala alimentación, dejando de un lado que los problemas emocionales afectaban a la salud, por lo que el individuo solamente busca la manera de curar su dolor con medicamento o acudiendo al médico, y no busca ayuda psicológica; ya que las personas no consideran necesario atenderse y además por la errónea idea sobre las funciones que realiza un psicólogo, debido a que socialmente es visto como “quien atiende locos”, es decir aún hay personas que no conocen realmente en lo que consiste la labor del psicólogo y la importancia que este tiene para la salud de los individuos. En cuanto a la comunidad que fue atendida por el servicio de psicología, la mayoría de ellos se mostraban bastante accesibles a la terapia, pero había quienes la abandonaban porque los familiares no estaban de acuerdo con que asistieran a terapia psicológica, por la creencia de que “no están locos”, por lo que sería importante que la sociedad se informe sobre las actividades que realiza un psicólogo.

Otra de las situaciones importantes con las que se presentó el psicólogo en el Centro de Salud Prado Ixtacala, fue la relación con el personal médico, la cual no se estableció correctamente, debido a que el médico no reconoce al psicólogo para trabajar junto con él (lo cual se debe al modelo biomédico), además cabe señalar que a pesar de que se considera al psicólogo dentro del organigrama, no le otorgan el lugar que le corresponde dentro del ámbito de la salud, en primer lugar porque el psicólogo no tuvo un espacio determinado para realizar sus actividades y cuando se dio la remodelación del centro, se indicó un espacio de trabajo para los médicos, dentistas, enfermeras, y personal administrativo, olvidando por completo otorgar un lugar de trabajo al psicólogo, por lo que las terapias tuvieron que interrumpirse por falta de espacio. En segundo

lugar, sólo un médico apoyaba al psicólogo cuando se trataba de un paciente que además de atención psicológica necesitaba atención médica, mientras que los demás no le daban importancia debida a lo psicológico, e incluso decían que es muy fácil sólo escuchar y dar consejos, lo cual nos deja ver que entre profesionistas existe falta de conocimiento hacia la profesión del psicólogo, lo cual es un problema porque para que puedan trabajar conjuntamente deberían de conocer las funciones del profesionista con el que laboran.

Ahora bien, también se pudo observar que la mayoría de las funciones que realiza el psicólogo eran llevadas a cabo por las TAPS o por las enfermeras, lo cual es algo para reflexionar, el no contratar psicólogos porque consideran que no están capacitados para desempeñar esas funciones o si es para ahorrarse un sueldo, ya que se facilita más que las enfermeras desempeñen diversas funciones. Además se debe recalcar, que este personal no se encuentra lo suficientemente preparado para brindar pláticas de promoción y prevención de la salud, ya que únicamente se basan en lo dicho por un manual y no buscan la manera de hacer reflexionar a la comunidad sobre su estado de salud. Tal y como menciona Ramírez y Cortés (2012) el psicólogo debe trabajar a la par con el médico, enfermeras, trabajadoras sociales, administradores, etc. Así depende de sus conocimientos y habilidades para poder mantener y obtener un estatus como profesional de alto nivel.

Por último, es de gran relevancia mencionar que la psicología de la salud en México es reconocida pero aún no es área que se encuentre completamente consolidada como otras áreas de la psicología, un ejemplo lo tenemos en la mayoría de la bibliografía utilizada para sustentar la teoría de este trabajo, la cual es de países extranjeros y muy poca de autores mexicanos, lo cual nos indica que aún la psicología de la salud en el país sigue siendo un área poco investigada. En cuanto a la situación académica, se considera que la FES Iztacala debería preparar a los alumnos en el área de psicología de la salud y despertar interés en los alumnos para preocuparse por el bienestar tanto mental como físico de los pacientes y crear un plan de estudios que se enfoque en el trabajo del psicólogo

dentro del ámbito de la salud, y que no únicamente se conozca esta área al llegar al servicio social, sino que desde los primeros semestres exista un acercamiento al área para que los psicólogos se encuentren mejor preparados, se interesen por el área y se dediquen a brindar un buen servicio a la comunidad con los conocimientos requeridos y necesarios.

REFERENCIAS

- Amigo, V.I., Fernández, R. C. y Pérez, A. M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ardila, R. (2000). Prevención primaria en Psicología de la salud. En L. Oblitas y E. Becoña (coords.). *Psicología de la salud* (pp. 53 – 65). México: Plaza y Valdés.
- Bazán, G. (2003). Contribuciones de la Psicología de la Salud en el ámbito hospitalario de México. *Psicología y Ciencia Social*, 5 (1), 20 – 26.
- Bellak, L. (1993). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: Manual Moderno.
- Bibace, R. , Walsh , M. E. (1979). Developmental stages in children's conceptions of illness. En Stone, F., Cohen y Adler (eds.). *Health Psychology-A handbook*. Sn Francisco, Jossey-Bass.
- Carrillo, L. (2012). Propuestas para la inserción del psicólogo en el sector salud en México, tesis de licenciatura en psicología, FES Iztacala, UNAM, México.
- Chetorivski, S. y Farjado G. (2012). El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación. *Gaceta Médica de México*, 148 (7), pp. 502 – 508.
- Clasificación de enfermedades mentales CIE-10. (1992). Obtenido 15 de mayo del 2015, desde <http://www.psycoactiva.com/cie10/cie1.htm>.
- Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) (1977). Recomendaciones generales para la planeación de la enseñanza de la psicología en México. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 3, 21-24.
- Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) (1978). Definición del perfil profesional del psicólogo mexicano. Taller de Jurica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 4, 6-9.

Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) (2002). Perfil profesional del psicólogo y situación actual de la enseñanza de la Psicología en México. Obtenido el 2 de abril del 2015, desde http://www.cneip.org/archivos/PERFIL_CNEIP

Dirección General de Servicios en salud Mental. (2002). *Análisis de la problemática de la Salud Mental en México. Diagnóstico Situacional*. Obtenido el 31 de marzo de 2015, desde <http://sersame.salud.gob.mx/indexa.html>.

Ewart, C. (1991). Social Action Theory for a Public Health Psychology. *American Psychologist*, 46, 931 – 946.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala. (2012). Carrera de Psicología. Perfil del egresado. Obtenido 4 de abril del 2015, desde http://psicologia.iztacala.unam.mx/psi_perfilneg.php

Galindo, E. (2004). Análisis de desarrollo de la psicología en México hasta 1990. *Psicología América Latina*, 2 pp. 45 a 52.

Gómez, O.; Sesma, S.; Becerril, V.; Knaul, F.; Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de Salud en México. *Salud Pública México*, 53 (2), 220 – 2323.

González, H. (2008). Un paseo por la Psicología Clínica y de la salud: entrevista a Helio Carpintero. *Clínica y Salud*, 19 (1), 121-129.

Grau, J. y Hernández, E. (2005). *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la salud.

Hernández, L. y Lozano, L. (2012). *Psicólogos y psicoanalistas en hospitales. Formación, experiencia y reflexiones*. México: Manual Moderno.

Instituto de Salud del Estado de México. (2015). Atención Médica de Primer Nivel. Obtenido el 2 de mayo del 2015, desde <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=87>

- Kasl, S. y Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. I. Health and illness behavior. *Arch Environ Health*, 12 (2), 246-266.
- Lamas, H. y Rodriguez, R. (2000). Psicología de la salud en Perú: una delimitación Histórico – conceptual. *Revista de Psicología Liberabit*, 6, 31 – 52.
- León, J., Medina R., Barriga A. y Herrera A. (2004) Técnicas de modificación de conducta. Intervención psicológica en trastornos de la salud. Madrid: Dykinson.
- Londoño, C.; Valencia, S. y Vinaccia, S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. *Psicología y Salud*, 16 (2), 199-205.
- López, S. (2005). Sistemas de salud comparados. Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90.
- Lozano, L. (2012). Del encuentro entre psicólogos y médicos en el hospital. En Hernández, L. y Lozano, L. (eds.) (2012). *Psicólogos y psicoanalistas en hospitales. Formación, experiencia y reflexiones*. México: Manual Moderno.
- Macotela, S. (2007). Replanteando la formación de psicólogos: un análisis de problemas y algunas alternativas de solución. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12, 5-25.
- Maddux, J., Roberts, M., Sledden, E., Wright, L. (1986). Developmental issues in child health psychology. *American Psychologist*. 41, pp. 25-34.
- Marks, D. (2008). *Psicología de la salud teoría, investigación y práctica*. México: Manual moderno.
- Matarazzo, J. (1980). "Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35, 807-817.

- Menendez, E. (1994). Hacia una práctica médica alternativa, hegemónica y autoatención (Gestión) en salud. *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social*. México.
- Meza, E.; García, S.; Torres, A.; Castillo, L.; Suarez, S. & Martínez, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13 (1):28-31
- Morales, F (2011). La Investigación en la Psicología de la Salud en Cuba: experiencias y potencialidades. *Estudios de psicología*. 16 (1), 28 – 39.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud*. Teoría y práctica. México: Plaza y Valdés.
- Oblitas, L. (2007). *Enciclopedia de psicología de la salud*. Bogotá: PSICOM.
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Revista psicología*, 16 (1), 9 – 38.
- OMS. Comité de expertos en Educación Sanitaria (1969): *Planificación y Evaluación de los Servicios de Educación Sanitaria*. Serie de Informes Técnicos , no. 409. Ginebra: OMS.
- Osorio, M. y Oblitas L. (2006). *Psicología de la salud infantil*. Bogotá: PSICOM.
- Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la Salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 669 – 679.
- Piña, J. (2004). La psicología y los psicólogos en el sector salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 191 – 205.
- Piña, J. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e investigación en psicología*, 15 (2), 233 – 255.

- Piña, J., Ybarra, J., Alcála, I. Samaniego, R. (2010). Psicología y Salud: la importancia de llamarse Modelo y apellidarse Teórico-conceptual. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 2 (1), 21 -29.
- Ramírez, E.M. y Cortés, E. (2012). Alternativa de programa de trabajo para la psicología en el hospital. En Hernández, L. y Lozano, L. (eds.) (2012). *Psicólogos y psicoanalistas en hospitales. Formación, experiencia y reflexiones*. México: Manual Moderno.
- Reynoso, E. L. (2005). *Psicología Clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Ribes, E. (2008). *Psicología y Salud. Un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Rodin, J., Ickovics, J. R. (1990). Community'health: review and research agenda as we approach the 21st century. *American Psychologist*. 45, pp. 1018-1034.
- Rodríguez – Marín, J. (1991). Psicología de la salud: Situación en la España actual. *Revista de Psicología de la salud*, 1 (3), 55 – 92.
- Rodríguez – Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. España: SÍNTESIS.
- Rodríguez – Marín, J. y Neipp, M. C. (2008). *Manual de Psicología Social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Roter, D. (1989). Which facets communication have strong effects on outcome. A metaanalysis. En Rodríguez-Marín (ed.) (2008). *Manual de Psicología Social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Ryle, G. (1967). El concepto de lo mental. Buenos Aires: Paidós.
- San Martín, H. (1986). El sistema socioecológico del proceso salud- enfermedad en las sociedades humanas. *Manual de salud pública y medicina preventiva*. Barcelona: Masson. Pp. 189 - 195

Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behavior: theoretical approaches and a new model. En R. Shwarzer (editor), *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere. 217 – 242.

Secretaria de la Salud, Programa Nacional de salud 2001 – 2006, México.

Secretaria de Salud en México (2010). Niveles de atención de salud en México. En Soto, G. y Lutzow M. A. (2013). Rasgos generales del sistema de salud en México. *La Salud Pública y la Medicina*. México: UNAM Capítulo 9.

Silva, A. (2007). La enseñanza, el ejercicio y la investigación en psicología en un mundo plural y tolerante. México: PAX.

Soto, G. y Lutzow M. A. (2013). Rasgos generales del sistema de salud en México. *La Salud Pública y la Medicina*. México: UNAM Capítulo 9

Spacapan, S. y Oskamp, S. (1987). *The social psychology of health*. Beverly Hills: Sage.

Szas, S. y Hollender, M. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of doctor-patient relationships". *A. M. A. Archives of Internal Medicine*, 97, 585-592.

Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud*. México: McGrawHill

Trull, T. y Phares, E. (2003) *Psicología de la salud y Medicina conductual. Psicología clínica*. México: Tomson.

Urbina, J. Y Rodriguez, G. (1993). El psicólogo en el sector salud en México. En J. Palacios y E. Lucio (editores). *Memoria del I Congreso Internacional de Psicología de la salud*. UNAM: México, pp. 246 - 259.