



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

I Z T A C A L A

**“El psicólogo de la salud y su intervención
profesional en instituciones hospitalarias”**

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA:

P R E S E N T A:

Julieta Mercado Isidoro

Director: Lic. José Esteban Vaquero Cázares

Dictaminadores: Mtra. María Cristina Bravo González

Mtra. Sonia Miriam López Cureño



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Francisca y Abel, que siempre me han enseñado la fortaleza del trabajo, y que no hay más que el trabajo constante, para alcanzar los objetivos.

A mis hermanos:

Las gemelas Estela y Evangelina, mi hermano Juan (a tú memoria) y Pilar

A todos los sobrinos, con quienes he convivido toda la vida, desde que llegaron a este mundo, y que han abierto puertas en los lazos familiares:

Carlos Israel, Rosalinda, Roberto Javier, Raunel, Eva Belen, Jesús y Gabriela.

Y los sobrinos nietos: Axel, Jeovanni, Keity, Juan Roberto, Alan Rodrigo, Ramses Gael.

A mis amigos de toda la vida:

Marisol, Marco César, José Juan y muchos más amigos, que me acompañaron, ayudaron y apoyaron.

Y Profesores y la misma Universidad, doy gracias, porque me han permitido concluir una fase de desarrollo profesional.

“Gracias a Dios”, “Agradezco a la vida misma”,

“No vamos a detenernos en los límites, como psicólogos de la salud partimos siempre de lo que poseemos y tenemos conservado, para seguir construyendo sobre esa base”...

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Salud y enfermedad	
1.1 Antecedentes históricos del proceso salud-enfermedad	4
1.2 Concepto de salud	13
1.3 El Modelo Biomédico	18
1.4 El Modelo Biopsicosocial	20
Capítulo 2. Psicología de la Salud	
2.1 Antecedentes de la psicología de la salud	25
2.2 Definición de la psicología de la salud	34
2.3 La psicología de la salud y su relación con otras disciplinas	41
Capítulo 3. El rol profesional del psicólogo	
3.1 Formación académica del psicólogo	48
3.2 Funciones profesionales del psicólogo	63
Capítulo 4. El ámbito hospitalario y la intervención del psicólogo de la salud	
4.1 La institución hospitalaria al cuidado de la salud	71
4.2 El hospital como ámbito de trabajo profesional e intervención del psicólogo de la salud	79
4.3 El trabajo multidisciplinario en el ámbito hospitalario y el psicólogo de la salud	96
Conclusiones	102
Referencias	105

RESUMEN

El propósito del presente trabajo, es describir el desarrollo del psicólogo de la salud en el ámbito de la psicología hospitalaria, su rol profesional, dentro de la compleja labor del funcionamiento del hospital y la intervención a pacientes que padecen alguna patología. La psicología de la salud en las instituciones hospitalarias, se ha abierto camino en los últimos años, esta disciplina en crecimiento, ha logrado la atención básica de salud, en la prevención y promoción de la salud, y también en otras áreas más especializadas, como lo es el hospital, siendo más específicamente, la psicología hospitalaria. Se describe el desarrollo histórico de salud y las diferentes formas como se le ha identificado y definido, llegando al abordaje holístico del proceso salud-enfermedad y con ello el surgimiento y desarrollo de la psicología de la salud. Se puntualizan los antecedentes de la psicología de la salud, en relación a su naturaleza, como su concepto, su marco teórico, metodología, alcances, sus límites de acción, estatuto en ámbitos de salud, entre otros. Se analiza la formación académica del psicólogo, y como es fundamental la integración de la identidad profesional y la identidad disciplinar, más específicamente en el área de la salud por las repercusiones que tiene el desempeño del psicólogo en el campo de la salud y en la adquisición de competencias. Finalmente se aborda la institución hospitalaria y el rol del psicólogo de la salud, especificando que las intervenciones psicológicas son necesarias para un buen funcionamiento del mismo. La ciencia de la psicología y la psicología de la salud se ocupan del comportamiento humano, por lo que se acentúa, que este comportamiento repercute en la salud de las personas, principalmente en los pacientes con enfermedades agudas o crónicas, siendo así, las intervenciones psicológicas persiguen un restablecimiento de la calidad de vida y de la salud integral de estos pacientes, además las intervenciones también se destinan a familiares, personal del equipo de salud, la institución hospitalaria, y enfocándose en un trabajo interdisciplinario, la humanización de la calidad de la atención y fomentando la salud.

INTRODUCCIÓN

La forma diferente de pensar y de actuar en relación al proceso salud-enfermedad, ha permitido el surgimiento y desarrollo de la Psicología de la Salud, desde su enfoque holístico, esta disciplina aplicada es una alternativa, ante el modelo biomédico tradicional (sin hacer menos sus logros) y que en la actualidad, queda limitado para afrontar los problemas de salud y enfermedad, que padece nuestra población.

Los términos positivos de la definición de salud, han permitido abordar los problemas de salud y enfermedad con diferentes enfoques. Por ello la intervención del psicólogo de la salud en contextos hospitalarios tiene una significativa participación, al “ofertar” su trabajo, se abre camino constantemente en este ámbito sanitario. El objetivo de la presente Tesina, es describir la intervención profesional del psicólogo de la salud en el ámbito hospitalario y la repercusión que ha tenido en el fomento de la salud en los pacientes hospitalizados.

La Tesina está constituida por cuatro capítulos:

En el capítulo 1, se enfatiza los antecedentes históricos del concepto de salud, que abarca diferentes modelos de salud, desde el modelo mágico-religioso hasta nuestros días con el modelo biomédico dominante. Actualmente existen varias definiciones de salud, una de las más difundidas es la que menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”, a partir de este concepto la salud tiene un enfoque holístico, ya no se considera en términos negativos, sino en términos positivos, y conlleva sus implicaciones para abordarla, desde el modelo biomédico tradicional que se encuentra en crisis para atender satisfactoriamente los problemas de salud, hasta la propuesta del modelo biopsicosocial en que se fundamenta la psicología de la salud.

El capítulo 2, describe los antecedentes de la psicología de la salud, y como desde sus inicios es controversia de reflexiones, en sus límites de acción, su inscripción en ámbitos sanitarios, el conceptualizarla y el definir su marco teórico-metodológico y sus relaciones con otras disciplinas. La psicología de la salud, se considera una disciplina aplicada en desarrollo, campo especializado de la ciencia psicológica, interviene en el proceso salud-enfermedad, al especificar los aspectos psicológicos que intervienen en este proceso, para el mantenimiento de la salud o el padecer alguna enfermedad, considerando los aspectos de prevención, tratamiento y rehabilitación del paciente. Se consideran tres las razones para el surgimiento y desarrollo de la disciplina aplicada de la psicología de la salud: 1)

cambios en los patrones de enfermedad, 2) los individuos son responsables de su propia salud y 3) el cuestionamiento de la crisis del modelo biomédico, modelo dominante de la medicina, para resolver los problemas de salud.

El capítulo 3, especifica el proceso por el cual ha pasado desde sus inicios la formación académica del psicólogo, sus funciones profesionales, y como su identidad disciplinaria e identidad profesional, tienen una repercusión significativa en su rol profesional, principalmente como psicólogo de la salud, enfatizando la limitación que encuentra el profesional de la psicología para inscribirse en el ámbito sanitario. Se establecen las funciones del psicólogo de la salud: evaluación; diagnóstico; tratamiento; asesoramiento, información y coordinación; Investigación; enseñanza; dirección, administración y gestión.

Y por último el capítulo 4, describe cómo la psicología de la salud se ha inscrito en el ámbito sanitario a través del trabajo profesional del psicólogo de la salud, en el ámbito de la psicología hospitalaria y su trabajo interdisciplinario con otros profesionales de la salud, enfatizando las intervenciones psicológicas necesarias para el buen funcionamiento del hospital. Se especifica la importancia del comportamiento humano, de los factores que hacen que una persona se comporte de cierta manera ante los problemas de salud y como ésta repercute en su salud, en donde el psicólogo interviene ya sea coadyuvante en los tratamientos médicos o en los tratamientos psicológicos que inciden directamente en las enfermedades. El psicólogo de la salud, dentro de su trabajo profesional en una institución hospitalaria, tiene diferentes funciones, como las asistenciales, docentes, investigativas, gestión. En el contexto hospitalario se entretienen muchas redes comportamentales y sociales, en donde las personas interactúan entre sí, en la resolución de los problemas de salud, se enfatiza que las intervenciones psicológicas van dirigidas tanto al paciente, como a la familia, de igual manera la intervención es con el equipo de salud y el hospital como una institución sanitaria, en pro de la salud, e incluye, desde la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Capítulo 1.

SALUD Y ENFERMEDAD

1.1 Antecedentes históricos del proceso salud-enfermedad

A través del paso del tiempo, la lucha que ha sostenido el hombre por su salud, ha sido una constante determinante, que se ha mantenido en todas las culturas de la historia de la humanidad. El sentido de salud ha ido evolucionando con el grado de desarrollo alcanzado, en función del momento histórico de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimiento; la forma de concebir la salud y la enfermedad, ha sido considerada de diferentes formas en cada sociedad (Perea, 2009).

Los antecedentes que se han tenido de lo que es la salud se encuentran fuertemente conjugados con la enfermedad, la frase “la angustia de lo perdido impulsa a restituirlo” (Montiel, 2013, p.12), nos permite comprender por qué ha cobrado importancia la enfermedad en el estudio de la salud y la influencia que tuvo durante muchos años, en mantener la idea de que la salud era admitida como ausencia de enfermedad. La evolución histórica del proceso salud-enfermedad, ha comprendido diferentes conceptos al paso del tiempo, en base a esto, encontramos determinadas prácticas a lo largo de la historia, en las distintas culturas y también en el presente.

Dentro de la evolución de concepciones y prácticas en salud, es importante mencionar los periodos aplicados a la historia y que se han subdividido en edades: Antigua, Media, Moderna y Contemporánea. La delimitación parte de acontecimientos que marcaron un hito, por lo tanto la Edad Antigua se extiende desde la aparición de la escritura (aproximadamente en el año 4000 antes de Cristo) hasta el siglo V, y terminó con la caída del Imperio Romano de Occidente (476 de n.e.); la Edad Media concluyó cuando los turcos tomaron el Imperio Romano de Oriente (1453); la Edad Moderna finalizó con la Revolución Francesa (1789) y la Edad Contemporánea llega hasta nuestra actualidad (Pérez, Lara y Romero, 2008), aunque esta división es muy limitada, nos puede permitir comprender el porqué de determinadas prácticas en el proceso de salud-enfermedad, ya que la realidad histórica nos muestra que difícilmente en un año o en un día empieza o termina una nueva etapa.

Desde la aparición del hombre en la tierra, ha hecho esfuerzos de naturaleza diversa por mantener su salud, considerando a la enfermedad como la expresión más perturbadora del estado de salud, siendo ésta última, el ejemplo más decisivo de la existencia del ser humano. Durante mucho tiempo la conceptualización de la

salud ha sido relacionada con la historia de la medicina y salud pública, siendo que tradicionalmente al hablar de salud y enfermedad, se piensa en un área que históricamente ha sido dominio de los médicos, por lo que la visión de este concepto se ha fundamentado principalmente en el conocimiento de la causa de la enfermedad. De acuerdo con Foster y Anderson (1978; citado en Perea, 2009), señalan que las causas asignada a la enfermedad se derivan de tres teorías: las personales, las naturalistas y las emocionales. Las teorías personales atribuyen las causas de la enfermedad a agentes sobrenaturales, como: brujerías y espíritu, es una visión propia del hombre prehistórico, de los babilonios y asirios, así como de los antiguos hebreos; las teorías naturalistas, afirman la existencia de un desequilibrio de los fluidos corporales (comidas y bebidas, condiciones inadecuadas, etcétera), sus representantes más importantes son Hipócrates y Descartes y las teorías emocionales establecen que la enfermedad tiene su origen de las emociones negativas, y es Sigmund Freud uno de sus representantes.

En los inicios de la historia de la humanidad se mantuvo, durante un periodo largo de tiempo, el pensamiento primitivo (modelo mágico-religioso), centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino (Perea, 2009), los curanderos o brujos poseían el saber y con ello sanaban a las personas y sustentaban a la enfermedad en un modelo demoniaco y lo elemental era alejar a los malos espíritus. La salud se considera con elementos espirituales o intangibles, que no se podían entender sin tener como antecedente a la enfermedad, por lo que cuando la salud se escapa del cuerpo, el ser humano lo detecta a través del dolor, la pérdida de alguna capacidad o con la muerte misma. En la visión limitada de los procesos naturales, la pérdida de la salud se atribuía a fenómenos extrínsecos, que el individuo trataba de entender mediante elementos sobrenaturales, que solo podía controlar a través de la invocación de fuerzas externas que hacían perder el bienestar físico o mental, es decir por medio del pensamiento mágico, que ayudaba a controlar la incertidumbre que ocasionaban (Montiel, 2013). Generalmente se recurre a hierbas medicinales y alucinógenas, ceremonias y rituales, danzas y canticos, prácticas utilizadas generalmente en todas las culturas de la tierra para tratar la enfermedad, ligados con métodos empíricos como: baños, masajes, trepanaciones, etcétera. El chamán al utilizar el poder de la naturaleza y de la mente contra la enfermedad, dio los primeros pasos al camino de la civilización (Vinaccia y Quinceno, 2006), el saber de los brujos, curanderos o chamanes era transmitido solo a unos cuantos y este se fortalecía.

El predominio de la razón, fue alejando la concepción mágico-religiosa de la salud, por lo que el pensamiento filosófico llevo al estudio del hombre, de su cuerpo y pensamiento, reconociéndose que “la enfermedad provenía de trastornos naturales, dentro y fuera del cuerpo, por lo que requería de métodos racionales

para su alivio” (Ortiz, 2002; citado en Montiel 2013, p.13). Con las civilizaciones egipcia y mesopotámica se iniciaron cambios conceptuales, en relación a la salud–enfermedad, pasando del sentido mágico-religioso a un desarrollo de la higiene personal y pública; en la antigua civilización hebrea, la Ley Mosaica menciona un primer código sanitario de la humanidad: sobre higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles; en la civilización romana, el saneamiento del medio ambiente era muy importante y el cuidado del cuerpo era la principal preocupación sanitaria, sus conocimientos alcanzaron el carácter urbanístico a la salud pública, construyeron grandes acueductos para la dotación de aguas, al igual que grandes conductos para el alejamiento de las sustancias de desecho (Perea, 2009).

En la Edad Antigua en Egipto (4000 a.C.), los papiros médicos egipcios muestran un enfoque racional en medicina y cirugía, basado en la observación clínica y en la separación inicial y parcial entre magia, religión y medicina. El cuerpo humano en la medicina egipcia, consideraba que estaba constituido por un sistema de conductos que transportaban el aire, la sangre, los alimentos y esperma, de tal manera que las enfermedades dependían de la obstrucción o desbordamiento de la circulación normal. Por lo que la conceptualización de los egipcios sobre la enfermedad, se basaba en el proceso patológico o enfermo de descomposición del contenido fecal en los intestinos, para evitarlo se recurrían en las medidas profilácticas encaminadas a limpiar los intestinos mediante ayuno y dietas o el uso regular de purgantes (De Babiri, 2000; citado en Vinaccia y Quinceno; 2006).

Platón (469-399 a.C.), en el abordaje de la enfermedad, consideraba varios factores, no sólo el aspecto biológico, sino la psiquis y los aspectos globales de la persona, es decir, consideraba un estudio del todo y no solo de una parte del problema (Cardozo y Rondón, 2014). El considera ver al ser humano de manera integral sin fragmentarlo, ya toma en cuenta una nueva forma de abordar los problemas de salud, desde esta época.

El médico Hipócrates (460-377 a.C.), en la antigua Grecia, consideraba que la mente y el cuerpo eran una unidad, y la enfermedad no era causa de malos espíritus, sino el equilibrio entre fluidos circulatorios corporales, a los que se les denominaba humores: bilis amarilla, flema, sangre y bilis negra, por lo tanto la salud y/o la enfermedad resultaba del equilibrio o desequilibrio de estos cuatro factores. Hipócrates, consideró a la enfermedad como un proceso integral del individuo y que comprendía tanto lo físico como lo psicológico. De esta forma, los humores se relacionaban con variaciones estacionales y con las condiciones de calor, frío, humedad y sequedad, y se asociaba la flema con el invierno (frío-humedad), la sangre con la primavera (humedad-calor), la bilis negra con el otoño

(frío-sequedad) y la bilis amarilla con el verano (calor-sequedad). Dichos humores corporales dependían de las personalidades particulares de cada individuo, como: un exceso de bilis amarilla a un temperamento colérico o enfurecido; siendo la bilis negra correspondida con la tristeza; el exceso de sangre se asociaba con una personalidad sanguínea u optimista y el exceso de flema con un temperamento tranquilo o flemático. En ésta época se sugería que una alimentación sana ayudaba a mantener el equilibrio de los humores, enfatizando una temprana concientización de la relación entre nutrición y salud. Dicha teoría humoral de la enfermedad atribuía el estar enfermo a las funciones corporales, pero también reconocía que los factores corporales tenían un efecto sobre la mente (Morrison y Bennett, 2008).

En la misma línea, Galeno (129-199 d.C.) médico griego, consideraba que existía una base física para la mala salud tanto física o mental, su base eran los cuatro humores corporales que no sólo subyacían a los cuatro caracteres dominantes (el sanguíneo, el colérico, el flemático y el melancólico; primer esbozo de teorías factoriales de la personalidad planteadas en el siglo XX, por autores como Pavlov, Catel y Eysenck; en De Medina Damnenech ,2005; citado en Vinaccia y Quinceno, 2006), y que determinaban o contribuían a la etiología de patologías, por ejemplo: mujeres melancólicas tenían más probabilidades de padecer cáncer de mama, lo cual ofrecía una explicación psicológica y física, ya que la melancolía, se debía a elevados niveles de bilis negra, por lo tanto había una relación mutua entre mente y cuerpo, pero sólo en términos de perturbaciones físicas y mentales, teniendo ambas una causa física subyacente o profunda, ya que no se pensaba que la mente desempeñara un papel en el origen de la enfermedad. Al desarrollarse la medicina orgánica, la patología celular, en el siglo XVIII, esta corriente fue decayendo, al no respaldar los fundamentos humorales, aunque, la descripción de los tipos de personalidad de Galeno seguía en uso en la segunda mitad del siglo XX (Marks, Murray, Evan y Willig,2000: 76-77: citado en Morrison y Bennett, 2008).

En la Edad Media (siglos V-VI), se consideraba a la enfermedad como castigo de Dios por las malas acciones o como resultado de espíritus malignos que se apoderaban del alma (Morrison y Bennett, 2008). Resurgiendo así, en el cristianismo, con el pensamiento mágico-religioso como consecuencia de las ideas místicas que rodeaban a la salud y considerando a la enfermedad, nuevamente como un castigo divino, por realizar malos actos. La enfermedad era aceptada con resignación, porque se podía purificar la persona en vida, y alcanzar la vida eterna después de la muerte, aunque también la enfermedad se atribuía a hechizos.

Con esta noción de salud salud-enfermedad enfocada en elementos divinos o satánicos, los sacerdotes, dada su capacidad percibida de recuperar la buena

salud, tenían el control extrayendo a los demonios, el saber médico se convirtió en propiedad de los clérigos, hasta el siglo XV, época de oscurantismo y se ofrecía una alternativa terapéutica, que era la comunión. En esta época era la autoridad religiosa, la que formaban médicos en monasterios y escuelas cardenales. La atención para recuperar la salud, era diferente para las personas, ya que las que tenían condiciones económicas mejores, recibían las consultas médicas en su casa; para los individuos más desprotegidos la atención médica se realizaba en hospitales administrados por sacerdotes y religiosas. Es importante señalar, que los enfermos rechazados por la sociedad (enfermos de lepra, tuberculosis y sífilis), peregrinos (soldados heridos en las cruzadas), ancianos, huérfanos, mujeres en desgracia, eran admitidos en casas de albergue que cumplían la función de hospitales, los cuales dieron paso al surgimiento de los primeros hospitales públicos (Montiel, 2013), aunque también se buscaba la salud o cura con hechiceros y brujas.

El periodo medieval fue época de grandes epidemias, relacionadas con el incremento de las comunicaciones y conflictos bélicos, dichas calamidades unieron esfuerzos en medidas preventivas, como instaurar barreras sanitarias en las fronteras, el aislamiento y el concepto de cuarentena; no se consideraba la etiología de las enfermedades. En esta época destacan las afecciones epidémicas como, el Fuego de San Antonio, El Sudor Inglés y la Peste Bubónica, enfermedades que padecieron millones de personas en Mongolia y China, la India, Constantinopla, Grecia, Italia y España (Perea, 2009).

Por otro lado, la investigación científica (como la disección) era prohibida y por lo tanto los conocimientos médicos eran limitados (con la influencia de la religión muchos de los aportes médicos y científicos de las culturas clásicas fueron desatendidas), siendo así, que predominaban las explicaciones místicas y mentales y los tratamientos consistían en el castigo personal, la abstinencia del pecado, el rezo, el trabajo duro, entre otros (Montiel, 2013).

Estas perspectivas religiosas se pusieron en duda a principios del siglo XIV y XV con el inicio del periodo conocido como el Renacimiento, época que trajo consigo la revalorización del ser humano (visión humanista) y las ideas de salud se fueron modificando y evolucionando, frente a los peligros que acechaban a la población, ya que la súplica, el sacrificio y los ritos mágicos-religiosos no eran suficientes. En el siglo XVI ya aparecía una luz en la medicina en una etapa pre-científica. En algunos lugares de Europa surgió lo que se llamó libres asociaciones de estudiantes o Universitas y sus prácticas médicas fueron remplazando la imposición de manos, la invocación de los santos protectores y las prácticas de diagnóstico vía la orina (Montiel, 2013).

La salud de la población en el Renacimiento, no tuvo grandes avances en términos de lo social, fuertes epidemias volvieron a azotar a Europa, pero hubo una participación incipiente del Estado en pro de la salud, al tomar decisiones de salud pública, es decir la salud va adquiriendo importancia para los gobiernos, por las implicaciones que afectaban a la sociedad en su conjunto. En esta época, las nuevas formas de concebir la salud influyó en el desarrollo de la investigación científica, la cual trataba de explicar la composición del cuerpo humano, el origen de la vida, la razón de las dolencias físicas y los motivos de la muerte, de esta manera, la salud era orientada al estudio de conocer las causas de la salud y la enfermedad, junto con el desarrollo de métodos de investigación y diagnóstico, a través de la observación y la experimentación de los fenómenos naturales del cuerpo humano vivo y muerto, sano y enfermo, ayudando al desarrollo de teorías y de explicaciones de cómo conservar y/o mejorar la salud.

Con la reflexión filosófica y médica, la salud tuvo avances científicos, a través de la observación y experimentación, ya que se explicaron y se hicieron aproximaciones a la etiología de la enfermedad, dando un gran avance a la medicina, pero solo una pequeña población era beneficiada, ya que la profesión de médico era un saber privilegiado de los hombres libres siendo este último el principal actor. Con el desarrollo del saber humano, grandes pintores renacentistas mostraban su interés por estudiar el cuerpo humano, como Leonardo Da Vinci, que en sus escritos y dibujos se infiere que obtuvo conocimientos detallados de los vasos y arterias que llegan al corazón y de los que salen de esta víscera y de conocer la anatomía del órgano mismo (Barquín, 1980, citado en Montiel, 2013), conocimientos, como muchos de la época, tardaron generaciones para que la sociedad los conociera.

La revolución científica de los inicios del siglo XVII fomentó el resurgimiento del estudio académico y científico y del desarrollo de la medicina física. De tal forma que la explicación de la enfermedad se entendía de una manera más orgánica y fisiológica, pero desafortunadamente quedaba poco margen para las explicaciones psicológicas. La aportación en esta época por el filósofo francés René Descartes (1596-1650), en relación al cuerpo humano lo definió en gran medida, propuso que la mente y el cuerpo eran entidades separadas, aunque era posible una interrelación entre ambos mundos pero limitadas; menciona el dualismo, por el que se considera que la mente es “no material” (es decir no es objetiva o visible, como los pensamientos y sentimientos) y que el cuerpo es “material” (es decir, está hecho de “algo” real, de materia física, como nuestro cerebro, el corazón y las células), explicando que lo material y lo no material eran independientes. Al plantear los dualistas al cuerpo como una máquina, lo consideran desde una perspectiva mecanicista, que solamente se puede comprender a partir de sus

elementos (como son: moleculares, biológicos, bioquímicos, genéticos), por lo que la enfermedad se comprendía a través del estudio de los procesos celulares y fisiológicos; de igual forma los tratamientos en este periodo se hizo más técnico, recurriendo más a los diagnósticos y centrado en el interior del cuerpo (Morrison y Bennett, 2008), base del modelo biomédico de la enfermedad y es durante el siglo XIX que la medicina adquiere una base científica (sustentaron sus conocimientos y prácticas en fundamentos teóricos y metodológicos y el espacio terapéutico fue cedido al médico que se erigió como el eje de la salud).

Concepciones de este tipo, consideraron que los médicos actuaban como guardianes del cuerpo, el cual semejaba a una máquina susceptible de investigación y explicaciones científicas. La salud en este periodo fue mayoritariamente enfocada en la medicina y en la ciencia, y el médico era el único actor con legitimidad para ejercer la medicina y aplicar el poder de sus conocimientos sobre los pacientes. Al contrario de esto, los teólogos actuaban como los guardianes de la mente, un lugar que no era susceptible de ser sometido a la investigación científica (Morrison y Bennett, 2008).

La medicina, al igual que la psicología, encontraron sustento científico en la misma época, ya que muchos de los pioneros de la psicología se habían formado en medicina como: Sechenov, Paulov, Luria, Weber, James, Freud, W. Wundt (considerado como padre de la psicología científica). Siendo así, el interés de la psicología en el ámbito de la salud inicia desde principios del siglo pasado, en colaboración del trabajo con psiquiatras; a partir de la Segunda Guerra Mundial, los psicólogos realizan intervenciones clínicas, y es a partir del fortalecimiento del campo de la psicología clínica y de la salud mental, que se observa que en ocasiones los problemas “mentales” tenían aspectos relacionados de tipo físico y la medicina poco a poco asume esta idea y trata de superar la dicotomía mente-cuerpo planteada por Descartes (Gatchet, Baum y Krantz, 1989; citado en Oblitas, 2006). Con el desarrollo de las técnicas de modificación de conducta y un gran movimiento psicológico (Kazdin, 1978; citado en Oblitas 2006) se observaron varios cambios, el surgimiento de la medicina comportamental y de la psicología de la salud, entre ellos, la intervención en contextos sanitarios, como las Instituciones Hospitalarias.

De esta forma, René Descartes (filósofo y matemático francés), dejó establecidas las bases filosóficas y científicas de su tiempo, exponiendo una explicación final del fenómeno salud-enfermedad, pero con una idea mecanicista y dualista; de igual forma se enfatizó que la enfermedad y la muerte son el resultado de las leyes de la naturaleza; además, se destacó que el desarrollo del método científico y de la técnica podrían estar enfocado al bienestar de la humanidad (Montiel, 2013).

René Descartes, planteó en su obra, la estricta separación entre mente y cuerpo, y al considerar que el cuerpo humano es una máquina, es decir una persona sana era como un reloj, cuyos mecanismos funcionan perfectamente, por el contrario se considera a una persona enferma, como un reloj, en cuyas partes no funcionan correctamente. Este postulado cartesiano, influyó definitivamente en las ciencias de ésta época, empujando a la medicina hacia la biología y la clínica (los médicos estudiaban “el cuerpo sin cabeza”) y los futuros psicólogos del siglo XIX estudiaban a “la cabeza sin cuerpo” (hechos que se analizan al revisar planteamientos teóricos de las primeras escuelas psicológicas, funcionalismo y estructuralismo) (Morales, 1999 y Ribes, 1990; citado en Vinaccia y Quinceno, 2006). En el siglo XIX la ciencia médica desarrolla grandes descubrimientos para la humanidad en: anatomía e histología, patología celular, fisiología experimental, en anestesia, esterilización en el campo operatorio, entre otros.

Asimismo, Pasteur (1822-1895) y Koch (1843-1910) con su teoría del germen revolucionan las concepciones del origen de las enfermedades (López, 2002, 2005; citado en Vinaccia y Quinceno, 2006). Pasteur en su hipótesis del germen, menciona que las enfermedades podían tener una causa específica (por ejemplo, un microorganismo), por lo que ahora se debería de descubrir nuevos agentes patógenos y el modo específico de combatirlos. Además, menciono que el microorganismo se halla siempre en la enfermedad; el microorganismo no se encuentra en ninguna otra enfermedad y el microorganismo aislado y cultivado reproduce la enfermedad.

La teoría del germen, postuló un modelo de tres componentes básicos: 1) el agente patógeno (factores responsables de la enfermedad), 2) el huésped (sujeto que padece una enfermedad) y 3) el medio ambiente (sitio donde ocurre la interacción entre agente y huésped). Modelo conocido como unicausal, y en el que se concibe que toda enfermedad es provocada por un solo tipo de agente, el mismo que implícitamente se convierte en causa y se revolucionan los tratamientos de las enfermedades.

No obstante, el pensamiento moderno se identifica por una reflexión centrada en el antropocentrismo y el racionalismo, los cuales fomentaron el desarrollo y progreso de la ciencia, la tecnología y de igual forma el detenerse a reflexionar sobre las grandes desigualdades sociales y económicas. En la salud, el desarrollo de la tecnología y la ciencia sirvieron de impulso para el desarrollo del conocimiento de las enfermedades, la farmacéutica y el conocimiento médico en general (Montiel 2013). Además, existe un cambio social en la visión de la salud, se deja de referir a ésta como un problema personal para convertirse en una implicación social. Ya en el siglo XIX, un dato significativo fue la lesión anatomopatológica, en donde la enfermedad era igual a lesión y la salud se definió

como ausencia de lesión. Asimismo, los fisiopatólogos identificaron enfermedad con disfunción, y los microbiólogos hicieron lo mismo con el concepto de infección.

Con los planteamientos de Pasteur y Koch, revolucionaron el tratamiento de las enfermedades, y se desarrollaron las primeras vacunas; de igual forma los aportes de los primeros epidemiólogos fue muy significativa; el desarrollo de la industria alimenticia, entre otros, permitieron un cambio dramático en la esperanza de vida de las poblaciones humanas (Piña, 1992; citado en Vinaccia y Quinceno, 2006).

Considerando el periodo científico, que abarca desde el último tercio del siglo XVIII hasta principios del siglo XX y cuyo acontecimiento importante fue la Revolución Industrial, es cuando aparece la primera escuela de Higiene Ambiental y Experimental (Petternköfer, Alemania; Perea, 2004; citado en Cardozo y Rondón; 2014). Otros acontecimientos significativo son los avances de la bacteriología en el siglo XIX y el descubrimiento por Fleming de la penicilina, en la primera mitad del siglo XX; la comercialización de los antibióticos, la creación de centros de Seguridad Social y las campañas de vacunación, pudieron disminuir el riesgo de enfermedades transmisibles y se comprobó el carácter multifactorial de la enfermedad (en cuya etiología se encuentran las condiciones sanitarias deficientes, carencias nutricionales y factores psicosociales).

Un acontecimiento importante y relevante, es que se pudo comprobar el carácter multifactorial en el origen de la enfermedad, entre ellas la importancia de variables psicosociales, condiciones sanitarias deficientes, carencias nutricionales entre otras, en el origen y mantenimiento de éstas (Perea, 2009). En este periodo, dichos acontecimientos propiciaron, un cambio conceptual en la formulación de la salud de términos negativos, como era entendida, a una consideración positiva, es decir, la salud ya no se entiende como ausencia de enfermedad.

Asimismo, en los años setentas del siglo pasado, los resultados de estudios ponen de manifiesto los factores internos (psicológicos, físicos) y externos (ambientales y sociales) del individuo, considerando la necesidad de dirigir la acción educativa de salud no solo al individuo sino también hacia la interacción con el entorno. Es importante mencionar que en el proceso salud-enfermedad, en lo que se refiere al campo de la psicología, es la psicología de la salud, la que se ha interesado, por un enfoque integral que valore los factores psicológicos, biológicos y sociales que se relacionan con dicho proceso (modelo bio-psico-social, desarrollado por Éngel en 1977), en contraposición con el reduccionismo del modelo biomédico tradicional (citado en Vinaccia y Quinceno, 2006).

Por otro lado, la medicina tradicional y la medicina científica han seguido caminos diferentes, de acuerdo con Kuschik (1995; citado en Perea, 2009; p.11),

“hay una influencia mutua de concepciones y terapias entre ellas que colaboran y al mismo tiempo se diferencian entre sí”. Actualmente en zonas rurales y urbanas se conserva el folk Culture utilizando y recomendado preparados para el mantenimiento de la salud, que científicamente examinados contienen en su composición química elementos que son eficaces para la salud, aunque la medicina tradicional y académica no entran en conflicto, sí lo hacen en su práctica y aplicación, es decir, en el empirismo de una y en el conocimiento de otra.

De acuerdo con Vinaccia y Quinceno (2006), increíblemente en el siglo XXI, aún persisten y se utilizan muchos de los modelos de salud, de los cuales se ha valido el ser humano al paso de la historia para conservar la salud, como los modelos mágicos, naturalistas, espirituales, biomédicos y bio-psico-sociales, entre otros, y son ofrecidos a la población en general, la vigencia de los modelos o paradigmas, no depende únicamente de la competencia e incompetencia, que tenga cada uno para explicar el objeto de estudio, sino, los modelos de salud sobreviven naciendo y renaciendo, en base a las creencias que sobre salud tiene la población en general.

1.2 Concepto de salud

Dentro de la historia de la humanidad, la preocupación por la salud, ha permitido el avance de su conocimiento, tanto para entenderla, como para generar acciones capaces de conservarla. El término salud proviene del latín *salus-utis* y significa “el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (Perea, 2009, p.11).

El derecho a la salud tiene sus orígenes con la Revolución Francesa en 1791 y es la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el principio 2º de su Carta Fundacional y en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, que generaliza ese derecho para todas las personas, sin distinción de raza, religión, ideología política y condición económica o social (Delgado y Llorca, 2005; citado en Libreros, 2012).

En 1946 se define a la salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”, enunciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta definición de salud, es considerada limitada, al calificarla como absoluta, estática y utópica, poco operativizable, tiene vaguedad conceptual, acentúa la concepción de estado, obviando la condición de proceso (Vergara, 2007).

Es importante mencionar, en esta definición, se reconoce por primera vez, como componentes de la salud dos áreas fundamentales del ser humano, lo psicológico y lo social, al completar a lo biológico y permite un concepto integral de salud. De

acuerdo con Suárez (2001; citado en Amar, Martínez y Utria; 2013), el concepto que menciona la OMS, asume no solo el equilibrio biológico, sino el sistema de valores que la gente usa para interpretar sus relaciones con el orden social, es decir, la salud dejó de depender del mundo de la sanidad para integrarse en el mundo de lo social, convirtiéndose en un derecho básico de los individuos y teniendo al Estado como asegurador. Así el concepto de salud ya no se conceptualiza en términos negativos como ausencia de enfermedad, sino en términos positivos.

Matarazzo (1980, citado en Perea, 2009), utiliza el término conducta en el concepto de salud, y la conceptualiza como salud conductual, como un campo interdisciplinar y tiene como propósito la promoción de la filosofía de la salud que estimula la responsabilidad individual en la implementación de los conocimientos y técnicas derivadas de las ciencias biomédicas y conductuales, en pro de la prevención de las enfermedades y disfunciones, así como para el mantenimiento de la salud por medio de la iniciativa individual y social. Siendo así, que la unión entre el término salud y comportamiento son términos aceptados totalmente, es decir la salud ahora se define en función de la conducta (salud comportamental).

La salud como proceso vital del hombre, ha tenido cambios epistemológicos conforme se ha desarrollado la ciencia, dando como consecuencia, que el concepto de salud haya evolucionado o involucionado, de acuerdo al paradigma en el que se ubique. Es difícil definir la salud, y es de igual forma los procedimientos para mantener o recuperar una buena salud, ya que está determinada por la propia definición, es decir, todas las personas mantienen un cierto grado de salud, y ésta adquiera diversas formas, ya que puede cambiar en cada persona y en ciertas etapas de su vida, y esto podía parecer aproximaciones parciales a un concepto único (Juárez, 2010; citado en Juárez, 2011). Por lo tanto, los procedimientos de evaluación, así como los de intervención, cambian según la definición adoptada.

En la actualidad el nivel de salud es un proceso dinámico de adaptación, de multicausalidad o equilibrio entre el organismo biológico, los factores psicológicos que tienen interacción con factores del medio ambientales, estilos de vida, calidad de vida y condiciones de vida; así como sistemas de salud que se conjugan con factores socio-económico-político-culturales, así como sistemas de creencias y costumbres. Por lo que es necesario la integración de condiciones que fomenten el bienestar individual y colectivo; las instituciones sanitarias deben de enfocarse más a prevenir enfermedades, promover hábitos y estilos de vida saludables y educar para la salud (Mucci y Benaim, 2005).

Milton Terris en los años 70 (Terris, 1982; citado en Amar, Martínez y Utria, 2013), define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad; introduce el elemento subjetivo de sentirse bien y el aspecto objetivo de capacidad funcional, elimina la palabra completo, reconociendo que la salud no es un absoluto y separa los términos enfermedad y malestar, enfatizando que es posible la coexistencia de sentirse bien y padecer la enfermedad.

Por otro lado, la Oficina Regional para Europa (1986; Perea, 2009) menciona a la salud como “la capacidad de realización personal y de responder positivamente a los retos del ambiente”, el hombre interactúa con el medio, lo cual se considera como elemento fundamental para permanecer en salud. De igual forma, Hernán San Martín (1988; citado en Perea, 2009, p.14), menciona: “La Salud como la enfermedad” derivan no únicamente de la carga genética que nos trae la vida, individualmente dependen de las reacciones de nuestro equipo biológico frente a los estímulos múltiples y diversos del ambiente ecológico social que simultáneamente es físico, biológico, psicológico, social y cultural; el concepto de salud integra al hombre y a la sociedad.

Es importante comprender la salud, en términos de los equilibrios biológicos, con un sistema de valores, como noción que los individuos utilizan para interpretar sus relaciones con el orden social (Suárez, 2001; citado en Vergara, 2007). El estado de salud de las personas, depende también, de estudiar diferentes determinantes como: la biología de la persona, con el medio ambiente, con el sistema de salud que le atiende, estilos de vida que caracterizan su comunidad, su cultura, entre otros.

Así, las representaciones y prácticas de salud, no constituyen hechos aislados, se desarrollan y ubican en un tiempo y un espacio en estrecha relación con la realidad misma (factor económico, político, social, psicológico y cultural) de una comunidad o grupo social, no debe de afrontarse en forma individual, sino más bien en la sociedad misma de la cual cada individuo forma parte, es decir la salud transita de lo individual a lo social. Ivan Illich (citado en Perea, 2009; p.13), conceptualiza a la salud como “la capacidad de adaptación al entorno cambiante; la capacidad de crecer, de envejecer, curarse; la capacidad de sufrir y esperar la muerte en paz”, es decir el individuo tiene capacidad, valora la autonomía, el autocuidado, ve el sufrimiento y la muerte como parte indisoluble de la vida, el estar vivos puede representar vivir en salud aunque se sufra, siempre que éste último no quebrante a la persona.

Al tratar de comprender los problemas de salud y de enfermedad a partir de otros referentes, permite una perspectiva postepistemológica, permitiendo cabida

a categorías centrales de la vida y sus relaciones con la sociedad, posibilitando un horizonte más integral de la salud humana. De acuerdo con Kleinman (1980; 1997; citado en Vergara, 2007), menciona basándose en: la patología, el padecimiento y la enfermedad, establece e interpreta los conceptos de salud y enfermedad, en donde la patología la considera como el mal funcionamiento de procesos biológicos o psicológicos, la cual designa las anormalidades funcionales o estructurales de base orgánica; la enfermedad se relaciona con las dimensiones sociales de la persona, en donde se insertan los procesos de la patología y a sus paradigmas ideológicas, sociopolíticas y económicas y; el padecimiento que incluye procesos de atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y valoración directa ante la enfermedad y sus manifestaciones.

Por otro, lado la salud se enmarca en un hecho social que atraviesa la organización cultural en donde están inmersas y se elaboran las culturas médicas locales y los diferentes sistemas de cuidado, que son los encargados de vigilar la salud de las personas y los grupos (Suárez, 2001; citado en Vergara, 2007). El concepto de “salud” tampoco es estático ni ahistórico, sufre cambios en relación con las ideas dominantes de cada sociedad, es así que se reconoce desde diferentes posturas en donde la salud no es estrictamente biológica, sino primordialmente social (Molina, citado por Bersh, 1987; citado en Vergara, 2007).

Es así que, al analizar la salud y la enfermedad, no es únicamente con definiciones evidentes, sino como el resultado de procesos sociales, elaboraciones intelectuales y continuos intercambios con la sociedad. Perea (1985, citado en Perea, 2009; p.14), define a la salud “Conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permiten a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno”.

En lo que se refiere a la participación de la psicología en el campo de la salud, las redefiniciones del propio concepto de salud, han sido significativas, señalando las interacciones del organismo, el ambiente y una serie de fenómenos psicológicos, subrayan la conceptualización de la salud como algo más que la mera ausencia de enfermedad, es decir implica sentirse bien tanto consigo mismo como en las relaciones con el entorno social y ambiental (Buela-Casal y Carrobbles, 1996; Godoy, 1999; citado en Grau y Hernández, 2005).

La importancia de los factores psicológicos implicados en el proceso salud-enfermedad, cobra importancia dentro del estudio de las contribuciones tanto básicas como aplicadas de la psicología en el abordaje de la salud. Además, la formulación de la salud se da en términos positivos y no se entiende solamente como ausencia de enfermedad.

Asimismo, en el proceso de evolución del concepto de salud, la psicología dio respuesta a los modelos dominantes, principalmente refiriéndose a la desaparición de síntomas patológicos (keyes; 1998; Díaz, Blanco, Sutil y Schweiger; 2007; citado en Amar, Martínez y Utría; 2013). Entre ellas tenemos a la psicología médica aplicando procedimientos de intervención clínica a individuos con alguna patología, enfocando en comprender y modificar la situación psicológica del paciente, expresada en sus creencias sobre la salud, locus de control, estilos de afrontamiento, y situaciones afectivas producto de su condición; cumplimiento del tratamiento, la preparación para las intervenciones médicas, el elemento psicológico de la hospitalización y las repercusiones de la relación terapeuta-paciente. La medicina psicosomática, enfatizaba los factores de personalidad, mecanismos de defensa y conflictos psicosexuales en el origen de las enfermedades. La medicina comportamental, utilizó procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas con fines de curación de algunas enfermedades originadas por la alteración de esas respuestas. Más recientemente la Psicología de la Salud se esfuerza por lograr un mayor fundamento teórico y metodológico para las actividades desarrolladas en promover la salud y prevenir las enfermedades. De igual forma, Ribes (1990, citado en Rodríguez, García, Rentería y Nava, 2013) postula el modelo psicológico de la salud biológica, el cual se propone como interfase entre lo teórico y su implementación en el ámbito de la salud y delimita las aportaciones y dimensiones psicológicas en la problemática de la salud.

Asimismo, Oblitas (2006), conceptualiza a la salud, como el bienestar físico, psicológico y social, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. Es decir, no implica únicamente ausencia de enfermedad o de alteraciones, sino enfatiza un concepto positivo, los cuales integran distintos grados de vitalidad y de un funcionamiento adaptativo. Dentro del área subjetiva, la salud, está relacionada con un sentimiento de bienestar y en el área objetiva se relacionan con la capacidad del buen funcionamiento del individuo.

El paradigma o modelo actual de la salud y la enfermedad enfatiza que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente de los estilos o hábitos de vida. En donde las creencias y actitudes, los hábitos cotidianos, es decir nuestro comportamiento, constituyen aspectos centrales de esta problemática humana. La psicología ha evolucionado desde la enfermedad hacia un enfoque centrado en la salud humana, es decir en el funcionamiento positivo, en donde es importante desarrollar potencialidades y reforzar aspectos emocionales positivos de los individuos.

En la modernidad ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar (Oblitas, 2006). Los conceptos de salud y de enfermedad,

enfatan nuevos modelos, los cuales reconocen la complejidad de estos constructos, aceptando que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, alterando la vulnerabilidad del individuo frente a los procesos patológicos. Ponte (citado en Amar, Martínez y Utria, 2013, p.126) menciona, "Tenemos, en consecuencia que entender la salud, no como un estado, sino como un proceso complejo y dialéctico; biológico y social; singular e interdependiente; alejado del equilibrio pero con cierto grado de estabilidad como consecuencia de mecanismos de adaptación y relaciones dinámicas, ecológicas, culturales, políticas, económicas, vitales e históricas propias, en donde existe libertad de elección".

En consecuencia, con los avances en la concepción del proceso salud-enfermedad, sigue persistiendo la concepción moderna que visualiza el paradigma orgánico funcionalista del saber médico (modelo biomédico) y en donde define a la estructura corporal como la suma de procesos bioquímicos y fisiológicos (Libreros, 2012), es decir, considera el cuerpo humano un dato objetivo, definido en términos de parámetros observables y cuantificables y no lo considera como un objeto producido en condiciones psicológicas y sociales y del conocimiento humano como tal. Pero este modelo biomédico, ha entrado en crisis, a partir de la crítica de su deshumanización y su racionalidad técnico-instrumental; la racionalidad científica concede mayor relevancia a los factores biológicos y que se interesan más por la enfermedad y la rehabilitación, dicha racionalidad considera que tanto la salud como la enfermedad, intervienen en la realidad objetiva o científicas del cuerpo humano (Vergara, 2007).

1.3 El Modelo Biomédico

El modelo biomédico ha constituido la base conceptual de la medicina científica moderna, en pro de su conocimiento y función del cuerpo humano, este es fragmentado y analizado desde sus partes, en este modelo, la enfermedad es considerada como el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos o químicos, por lo que la función de la práctica médica es intervenir ya sea físicamente o químicamente para corregir dichas disfunciones de un mecanismo específico (Libreros, 2012). Los orígenes del modelo biomédico, son a partir del siglo XVII, se le reconocen innumerables logros a través de este tiempo y hasta el presente, pero es necesario que se complemente con otros modelos y permitir comprender la complejidad que es el ser humano, como ser que emerge tanto de interacciones entre lo histórico, biológico, social, espiritual, cultural, psicológico, entre otros.

Sin perder reconocimiento, el modelo biomédico, ha intervenido en el tratamiento de varias enfermedades, que costaron muchas vidas, principalmente

en las epidemias del siglo pasado, pero en nuestra actualidad, este modelo adolece de alternativas más completas para solucionar los problemas de salud de la humanidad que lo rebasan; sus fundamentos metodológicos no consideran las variables psicológicas, sociales y culturales, cuando el individuo padece alguna patología física o alteración psicológica, ya que reduce dichas variables a biológicas estrictamente. Dicho modelo, se creó en una estructura para examinar, clasificar y tratar las enfermedades, desde este enfoque patologista, se define la salud como ausencia de enfermedad, dividiendo a los pacientes en sanos y enfermos. Así, la enfermedad, es aquello que el médico puede reconocer, demostrar y clasificar por procedimientos basados en este método; el modelo biomédico, menciona que los procesos psicológicos y sociales son francamente independientes de los procesos de padecimientos físicos.

Basado el modelo biomédico en el dualismo mente-cuerpo creado por Rene Descartes en el siglo XVII (Engel,1977; citado en Grau y Hernández, 2005) menciona que el cuerpo pertenece a una dimensión física y la mente es parte del dominio espiritual y que cada uno constituye una dimensión diferente y separada, y el reduccionismo, caracterizado por el proceso de la enfermedad que se limita a una serie de reacciones físicas y químicas, por lo cual los factores emocionales y de comportamiento son considerados como aspectos ajenos a él; el reduccionismo de este modelo, también ignora la evidencia empírica, es decir, el hecho que las distintas personas reaccionen de forma diferente a la misma enfermedad subyacente, principalmente a diferencias, como: la personalidad, los conocimientos, los recursos de apoyo social, creencias culturales, entre otras (Morrison y Bennett, 2008). Descartes, al realizar esta separación rigurosa entre mente y cuerpo, llevó a los médicos a concentrarse en el cuerpo “máquina”, pero olvido las dimensiones psicológicas, sociales y ambientales del proceso salud-enfermedad (Libreros, 2012).

De acuerdo con Taylor (2007), las características del modelo biomédico son:

- La enfermedad puede ser explicada con base de procesos somáticos, como desbalances bioquímicos o anormalidades neurofisiológicas.
- Asume que los procesos psicológicos y sociales son independientes de los procesos de padecimientos físicos.
- Es un modelo reduccionista, reduce la enfermedad a un proceso de bajo nivel como células desorganizadas o desbalances químicos y no reconoce el rol de procesos sociales y psicológicos.
- Es un modelo unitario de enfermedad en donde explica a esta en términos de mal funcionamiento biológico en lugar de reconocer una variedad de factores, en donde algunos de estos pertenecen a este rubro y responsables de desarrollo de la patología.

- Asume un dualismo mente-cuerpo, es decir mantienen al cuerpo y a la mente como entidades separadas.
- Enfatiza a la enfermedad sobre la salud, centrándose en las causas que llevan a la enfermedad únicamente y no enfatiza las condiciones que promuevan la salud.
- Enfatiza la teoría de la etiología específica del germen, la cual sostenía que la patología era producida por un microorganismo identificable (Oblitas, 2006).

El modelo biomédico lleva a sus defensores a centrarse en hechos objetivos, determinando una relación causal directa entre la enfermedad, sus síntomas o patología subyacente, así como los resultados de ajustes, este enfoque mecanicista, ve al cuerpo humano y sus órganos de cómo funcionan, fallan y curan, dándole un espacio nulo a la subjetividad, limita al tratar de presentar de que la mente, la materia (el cuerpo) y el comportamiento humano se pueden explicar en el ámbito de las células, la actividad neuronal o la actividad biomédica (Morrison y Bennett, 2008). Dentro de las limitaciones de este modelo, se puede mencionar la dificultad en dar una explicación, el por qué un conjunto de condiciones somáticas no siempre termina en una enfermedad, por ejemplo: si un grupo de personas son expuestas a padecer sarampión y únicamente algunas de ellas presentan la patología, es decir, existen factores psicológicos y sociales que influyen en el desarrollo de la enfermedad y en donde el modelo biomédico en muchas ocasiones puede ignorarlos. Otro ejemplo, es cuando un tratamiento que puede curar una enfermedad está influenciado por factores psicológicos y sociales (Taylor, 2007); las enfermedades se desarrollan en base a los comportamientos e interacciones del organismo con el ambiente y las medidas psicológicas y conductuales equilibran la evaluación biológica, en este término se aborda, otro modelo como lo es el biopsicosocial. De esta forma se ve que el modelo biomédico no da respuesta a muchas problemáticas en el proceso salud-enfermedad, como lo es en las enfermedades crónicas, el dolor crónico, el manejo en el estrés cotidiano, entre otros, aunque es reconocible que ha logrado grandes éxitos en el ámbito de la medicina (Oblitas, 2006).

1.4 El Modelo Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial, actúa como alternativa a los planteamientos propuestos por el modelo biomédico, que tradicionalmente ha predominado para entender el proceso salud-enfermedad en el hombre. Este modelo biopsicosocial propuesto por Engel en 1977, menciona que se enmarca dentro de la teoría general de sistemas, es decir, es un modelo de sistemas que asume de manera explícita la multiplicidad de causas de la salud (Juárez, 2011); es una propuesta integradora, comprehensiva y sistémica de los niveles, biológicos, psicológicos y

sociales del individuo; dichos sistemas interactúan dentro de una concepción holista integrada.

El modelo biopsicosocial asume que la salud y la enfermedad son consecuencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (Engel, 1977, 1980; Schwartz, 1982; citado en Taylor, 2007), siendo la salud y la enfermedad causados por múltiples factores y producen múltiples efectos, y este modelo sostiene que la mente y el cuerpo no pueden ser distinguidos en asuntos de salud y enfermedad, ya que ambos determinan el estado de salud del individuo.

Se observa en el modelo biopsicosocial por igual a la salud como a la enfermedad, y no ve a la enfermedad como una desviación de la salud. Así la salud puede conservarse al atender a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales. Este modelo admite que la salud y la enfermedad están multideterminadas, es decir, las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen, y en donde intervienen elementos de macroprocesos (contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, apoyo social, presencia de depresión, etcétera) y elementos de microprocesos (cambios bioquímicos, desórdenes celulares, pensamientos, emociones, etcétera) interactúan para producir un estado de salud o de enfermedad (Oblitas, 2006).

Las variables biológicas, psicológicas y sociales interactúan, en donde los factores biológicos son procesos de micro nivel y los sociales y psicológicos son de macro nivel, e intervienen en los procesos de salud y la enfermedad, para ello la Teoría de Sistemas que fundamenta el modelo biopsicosocial, sostiene, todos los niveles de una organización en cualquier entidad están unidos entre sí en forma jerárquica y que el cambio en uno de los niveles facilitará cambios en todos los demás niveles (Taylor, 2007). Por lo tanto, los procesos de micronivel (como cambios celulares) son acunados en los procesos de macronivel (como son los valores sociales) y si se presentan cambios en los microniveles pueden afectar los macroniveles o viceversa. Por ejemplo: un tumor maligno (cambio a nivel de tejido) afecta tanto al nivel inferior (sistema celular), como a los superiores (personal, familiar y social); el cierre de una fábrica (cambio a nivel de la comunidad) afecta los niveles superiores (sociedad en forma global) y afecta a los sistemas inferiores (familia, persona, sistema nervioso, etc.). Así la salud y la enfermedad y el sistema de salud son procesos interrelacionados que determinan cambios en los niveles individual y en los demás.

El modelo biopsicosocial considera los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en ambos estados, en la salud y la enfermedad, es decir, enfoca las condiciones que le permitan a las personas conservar la salud, o de lo

contrario aquellas que lo lleven a la enfermedad crónica y severa; no restringe el diagnóstico de la enfermedad a la presencia de anormalidades bioquímicas e incorpora variables psicológicas y sociales en su etiología, da importancia a la habilidad del médico en la comprensión de determinantes psicosociales y culturales de los síntomas y de la influencia de las situaciones vitales en la salud, destaca el papel de la relación médico-paciente y refleja nuevos cambios en la preocupación sanitaria (Holtzman et al., 1988; León y Jarana, 1992; Grau, 1987, 1992, 1995^a, 1998; Simón, 1999; Godoy, 1999; citado en Grau y Hernández, 2005), da atención a las enfermedades crónicas, pero también enfatiza la importancia del estrés emocional, los estilos de vida, variables ambientales en la determinación de la salud y la enfermedad.

Oblitas (2006), menciona las características del modelo biopsicosocial:

- ❖ En el presente, se hace hincapié en la salud más que en la enfermedad; es entendida la salud como un proceso-estado que se alcanza cuando hay armonía biológica, psicológica y con el entorno socioambiental.
- ❖ La teoría de los sistemas fundamenta este modelo, los diferentes subsistemas (biológico, axiológico, cognitivo, afectivo, interpersonal, social, ambiente físico) están interrelacionados y los cambios en cualquiera de ellos afecta a la totalidad individual.
- ❖ Los procesos de causalidad son múltiples y más circulares que lineales. La realidad es considerada como una red de procesos íntimamente interconectados.
- ❖ Se requiere una perspectiva amplia e integrativa para comprender las alteraciones y elaborar un diagnóstico; es decir, las interacciones que se dan entre los profesionales de la salud-paciente (colaboración y pensamiento interdisciplinario) son fundamentales para lograr la adhesión de éste al tratamiento, lograr que la terapia sea eficaz y reducir el tiempo de recuperación de la enfermedad. La práctica médica debe integrar, las variables biológicas, psicológicas y socioambientales en cada una de las etapas del proceso terapéutico.
- ❖ Enfoca la atención en los aspectos preventivos y en la promoción a la salud humana, en la importancia de las variables del medio ambiente (físico y social). La prevención primaria enfatiza las actividades encaminadas a impedir o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad, así como a proteger y promover la salud; la prevención secundaria, aplica acciones dirigidas a evitar la enfermedad, una vez que los síntomas ya se han anunciado, aunque el síndrome todavía no está instalado y la prevención terciaria radica en los procesos de tratamiento y rehabilitación cuando la sintomatología clínica ya está establecida.

- ❖ Estimula la creación de nuevas estrategias en la relación del ser humano con su entorno, orientadas a crear un futuro más saludable, combinando la elección personal con la responsabilidad social.

Actualmente la perspectiva del monismo (materia) dual se caracteriza por ser objetiva y subjetiva, por ejemplo, varias enfermedades tienen causas profundas orgánicas, pero de igual también suscitan respuestas individuales singulares debido a la acción de la mente, el papel que juega ésta en la manifestación y la respuesta a la enfermedad es determinante para mejorar nuestra comprensión de la naturaleza de la salud y la enfermedad. La subjetividad, en términos de creencias, expectativas y emociones, interactúa con las acciones corporales y desempeñan un importante papel en la experiencia de síntomas o enfermedades. Así los factores psicológicos y sociales pueden sumarse a las explicaciones biológicas en la comprensión de las experiencias de buena salud y de enfermedad (Morrison y Bennett, 2008). Los factores psicológicos y sociales pueden sumarse a las explicaciones biológicas o biomédicas y de igual manera a la comprensión de las experiencias de buena salud y enfermedad. Asimismo, dentro de esta perspectiva, la Psicología de la salud se fundamenta en el modelo biopsicosocial.

Dentro de las implicaciones de la práctica clínica con pacientes en ámbitos sanitarios o clínicos, el modelo biopsicosocial, enfatiza que los procesos de diagnóstico deben de tomar en cuenta el papel interactivo de los factores biológicos, psicológicos y sociales para determinar la salud o enfermedad del paciente (Okon, 2000; citado en Taylor, 2007). De esta forma un diagnóstico realizado debe ser dado tomando en cuenta un equipo interdisciplinario. Asimismo, en este modelo, el tratamiento debe de considerar el papel interactivo de los factores biológicos, psicológicos y sociales y determinar un tipo de terapia única para un individuo en particular tomando en cuenta la condición total de salud del paciente, este tratamiento a la vez puede lidiar con más de un problema a la vez e integrando el trabajo interdisciplinario. El modelo biopsicosocial enfatiza la relación médico-paciente efectiva, puede mejorar la utilización de los servicios médicos por parte del paciente, la eficacia del tratamiento y la rapidez con la que se resuelve la enfermedad (Belar, 1997; citado en Taylor, 2007).

Un ejemplo de la implementación del modelo biopsicosocial en la práctica clínica puede ser: hombre de 40 años, ejecutivo de alto nivel, presenta ataque al corazón. El tratamiento médico tradicional a este problema es por medio de la ministración de medicamentos. En el modelo biopsicosocial a este problema es identificar las prácticas de salud que contribuyeron al ataque al corazón, los esfuerzos de tratamiento puede ser ejercicios, entrenamiento en técnicas para manejo de estrés, programas para dejar de fumar; dentro de la evaluación de todos los procesos debe tomar en cuenta, tal vez se reconocería que este

paciente pasa relativamente poco tiempo con su familia (esposa e hijos), se recomendaría interacciones socialmente positivas con la familia como una meta adicional para la rehabilitación del paciente. Es este uno de los muchos contextos sanitarios (Instituciones Hospitalarias) donde la Psicología de la Salud interviene en el proceso salud-enfermedad, por medio de los psicólogos de la salud.

En resumen, desde la aparición del hombre en la tierra, una de sus preocupaciones ha sido la importancia de mantener la salud, sobre todo cuando se padece alguna enfermedad, en el pasado el proceso salud-enfermedad se afrontó desde un modelo mágico-religioso hasta nuestra actualidad en donde los aspectos psicosociales cobran una gran importancia para conservar la salud, entre dichos modelos tenemos el biopsicosocial. Asimismo, diferentes definiciones tenemos actualmente sobre salud, pero son significativas las que la definen en términos positivistas y en donde se integran aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En base a estos acontecimientos, la psicología interviene en el proceso salud-enfermedad con el surgimiento y desarrollo de la psicología de la salud que tiene confluencias con el modelo biopsicosocial y enfatiza la limitación del modelo biomédico basado en la dualidad mente-cuerpo y el reduccionismo.

Capítulo 2.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

2.1 Antecedentes de la Psicología de la Salud

Siendo la salud uno de los grandes valores del ser humano, también lo es un medio para el incremento del bienestar, en lo que se refiere al ajuste personal como del ajuste social, en donde actúan múltiples factores, tanto internos como externos y en donde se mantiene un permanente intercambio con el entorno. Por lo que los conocimientos y las prácticas de la psicología deben ser aplicados a los más diversos asuntos, problemas, contextos, determinantes, expresiones y momentos de la salud y la enfermedad de los seres humanos (Morales, 2012).

Los psicólogos han mantenido su interés en cuestiones de salud desde las primeras décadas del siglo XX, algunos psicólogos se habían abierto camino en servicios de salud públicos o privados, así como también su interés profesional e investigador en ésta área. En la Segunda Guerra Mundial, los psicólogos contribuyeron en la intervención de personas que involucraban al psiquismo; se favoreció el ámbito académico, para la formación de psicólogos e influyo en el comienzo de las carreras de psicología en universidades independientes, en Latinoamérica, la enseñanza de la psicología en la educación superior, se vinculaba con otras carreras, escuelas y facultades (Filosofía, pedagogía, ciencias sociales, etcétera) y sin un perfil y una identidad profesional propia (Morales, 2012). De acuerdo con Amigo (2012), a finales de los años sesenta se realiza una propuesta para considerar a la psicología como una profesión sanitaria, reconociéndose que la conducta del ser humano es de vital importancia para el mantenimiento de la salud o por el contrario puede ser el origen y evolución de la enfermedad. Pero esta inscripción de la psicología en el ámbito de las ciencias de la salud, ha sido lenta, todavía alrededor de los años setentas del siglo pasado, la práctica de la psicología en relación a la salud y la enfermedad, se orientaba a las enfermedades “mentales”, mediante la psicología clínica y que tomo un método adaptado de otra disciplina, la medicina.

La mirada del papel de la ciencia psicológica como disciplina y profesión en relación a la salud y la enfermedad, se enfatiza en una estrechez de alcance, y de como se pensaba y se practicaba la psicología clínica, por lo que la psicología en el ámbito de las ciencias de la salud, como ciencia provee aplicaciones prácticas al área de la salud y, su inclusión en este campo, se relaciona con el avance de su

desarrollo científico-investigativos y de la inserción del psicólogo en “territorio” médico, y procura una intervención interdisciplinaria (Muccii y Benaim, 2005), de acuerdo a las características independientes de cada disciplina.

La psicología se establece académica y profesionalmente en la segunda mitad del siglo XIX, pero paso todo un siglo, hasta 1970, para que en algunas universidades, asociaciones profesionales y científicas, algunos sistemas y servicios de salud, se tomaran en cuenta todos esos desarrollo científicos investigativos de la psicología y con ello surgiera el campo de la psicología de la salud, que aún después de luchar más de cuatro décadas y alcanzar logros no cuenta con un reconocimiento general, ni clara identidad en la propia psicología, en las ciencias de la salud y en los sistemas y servicios de salud (Morales, 2012).

La introducción de la psicología en el área sanitaria, enfatiza el ámbito comportamental y no estrictamente biológico (Pelechano, 2008; citado en Cardozo y Rondón, 2014), configurándose en este contexto un nuevo campo, la Psicología de la Salud, una nueva disciplina en crecimiento y desarrollo constante, contribuyendo desde la investigación hasta la práctica profesional, en pro para los nuevos retos y problemas en el área de la salud, este es un campo que reclama un objeto de trabajo más amplio que la enfermedad “mental”.

La Psicología de la Salud es una disciplina aplicada de la ciencia Psicológica, es un producto de una visión diferente en la forma de pensar y actuar acerca de la salud, enfatiza los aportes conceptuales con respecto a los aspectos psicológicos que intervienen en diferentes facetas en el proceso salud-enfermedad (Muccii y Benaim; 2005), determina el contexto en donde la salud tiene un enfoque holístico (considera los factores biológicos, psicológicos y sociales), y que permite la emergencia de esta disciplina.

Existen tres razones que se pueden plantear como causas relevantes de la emergencia de la Psicología de la Salud, como: cambios en los patrones de enfermedad, es decir, a mediados del siglo XX, se vivió un cambio sanitario en el marco de los trastornos de enfermedades infecciosas, las cuales fueron desplazadas por las enfermedades crónico-degenerativas, de etiología pluricausal, ligadas principalmente al estilo de vida propio de las sociedades industrializadas, por lo que el incremento de “nuevas” enfermedades (como, cáncer, enfermedades cardiovasculares, etcétera) son producto de comportamientos y hábitos poco saludables, relacionadas con la propia conducta y son prevenibles que de forma sinérgica actúan facilitando la aparición de enfermedades (Amigo, 2012), obligando ver como en estos serios problemas de salud, deben ocuparse también de sus condicionantes psicosociales.

El fenómeno de transición epidemiológica ha ido cambiando y con ello las perspectivas de salud, pero en muchas ocasiones no son suficientes las medidas sanitarias tradicionales y el desarrollo de la tecnología; por lo que, la psicología en el ámbito sanitario, ha evolucionado desde la enfermedad y la disfunción con un enfoque que enfatiza la salud humana en términos de un funcionamiento positivo. Sin embargo, tradicionalmente la mortalidad ha sido un distintivo estadístico para cuantificar la enfermedad, como se ve en la tabla 1, los índices de mortalidad en todo el mundo en el año 2012:

Tabla 1. Las 10 Principales Causas de Muerte en el Mundo en el año 2012. Centro de Prensa OMS, mayo, 2014.

No.	Causa	No. estimado de muertes (en millones)	Porcentaje del total de muertes
1	Cardiopatía isquémica	7.4	13.2
2	Accidente cerebrovascular	6.7	11.9
3	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	3.1	5.6
4	Infecciones de vías respiratorias inferiores	3.1	5.5
5	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	1.6	2.9
6	VIH/SIDA	1.5	2.7
7	Enfermedades diarreicas	1.5	2.7
8	Diabetes Mellitus	1.5	2.7
9	Accidentes de tráfico	1.3	2.2
10	Cardiopatía hipertensiva	1.1	2.0
	Otras causas		48.6

La Tabla1, muestra datos significativos, las enfermedades cardiovasculares ocupan las primeras posiciones en la lista de causas de mortalidad, estas constituyen una de las problemáticas de salud más frecuentes a nivel mundial, seguida en suma mayor de enfermedades crónicas-degenerativas, dejando atrás las enfermedades infecciosas, que disminuyen en frecuencia de aparición. El daño cardiovascular, accidentes cerebrovasculares, cáncer, diabetes, etcétera, son hoy llamadas “enfermedades aprendidas” y están directamente asociados a estilos de vida, a los efectos del estrés y las emociones resultantes, a estilos de afrontamiento y patrones conductuales, a creencias y son verdaderos multicausales en estas patologías, mismas que se presentan en países desarrollados y que se entremezclan cada vez más en los cuadros típicos de países en vías de desarrollo (Grau y Hernández, 2005), como nuestro país. Ante este panorama, los cuidados médicos, no son suficientes, además no sustituyen los hábitos y las condiciones ambientales saludables, por lo que es importante fomentar las conductas saludables (las cuales son una medicina esencial), y de ahí una razón más de la emergencia de la Psicología de la Salud. El tratamiento

de tipo agudo o infeccioso se combatió con fármacos efectivos, algunas con vacunas y con el avance de la tecnología, aunque la reducción de dichas enfermedades, permitió un incremento de la longevidad en la población, y con ello la instauración de enfermedades crónico-degenerativas.

La Tabla 2, presenta las causas principales de mortalidad en México para el 2013, no muy diferentes de las antes mencionadas a nivel mundial:

Tabla 2. Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad, 2013. México. (a) Se excluye paro cardíaco (b) Incluye tétanos neonatal Fuente: INEGI. [Estadísticas de Mortalidad](#).

	Principales causas	Defunciones
	TOTAL	611829
1	Enfermedades del corazón (a)	113240
2	Enfermedades isquémicas del corazón	77284
3	Diabetes Mellitus	87245
4	Tumores Malignos	73426
5	Accidentes	36295
6	De tráfico de vehículos de motor	15850
7	Enfermedades del hígado	34156
8	Enfermedad alcohólica del hígado	12579
9	Enfermedades cerebrovasculares	31997
10	Agresiones	23063
11	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC)	20062
12	Influenza y neumonía	16902
13	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (b)	12933
14	Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	5844
15	Insuficiencia renal	11777
16	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9308
17	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	8264
18	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	5909
19	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	5369
20	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	4971
21	Septicemia	4900
22	Anemias	3627
23	Enfermedades infecciosas intestinales	3491
24	Úlceras gástrica y duodenal	2457
25	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	10773
	Las demás causas	91664

La Tabla 2, muestra que en nuestro país las enfermedades crónico-degenerativas son las predominantes y causantes de decesos, tales como los problemas cardiovasculares, diabetes mellitus (la cual va en aumento, volviéndose, cada día más pandémica) y de los padecimientos en este orden, cobra importancia enfatizar, que tales sucesos que vivimos en nuestra actualidad, habrá la posibilidad para comprender como en dichas patologías las variables sociales y psicológicas (creencias, conductas, emociones, actitudes, apoyo social, etcétera) mediatizan los problemas de salud, presentándose como factores

desencadenantes, facilitadores o moduladores del proceso salud-enfermedad (Grau y Hernández, 2005).

Aunado a lo anterior, una segunda causa de la emergencia de la Psicología de la Salud, es lo referente a este tipo de enfermedades crónicas, en donde los pacientes que padecen éstas, tienen que convivir por un largo tiempo o toda la vida con dichas patologías, y por ende deben de hacer cambios importantes en su estilo de vida y calidad de vida, (por ejemplo: mantener una buena adhesión a los tratamientos crónicos, entrenamiento en comunicación con médico y familiares, técnicas de relajación, etcétera) y adaptarse.

En un estudio de la Carga Mundial de Enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés), proyecto la mortalidad y la discapacidad a lo largo de 25 años (Murray y López, 1997; citado en Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2008), en donde las tendencias de salud que arroja dicha investigación, sugieren que estarán determinadas principalmente por el envejecimiento, la diseminación del VIH, el incremento en la mortalidad y la discapacidad cuya asociación se manifiesta con el consumo de tabaco, las condiciones psiquiátricas y neurológicas y el declive en la mortalidad por trastornos transmisible perinatales y de nutrición.

De esta forma el GDB está basado en los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALY, por sus siglas en inglés). El DALY es la suma de años de vida perdidos a causa de la mortalidad prematura más los años de vida con discapacidad, ajustados por la severidad de la discapacidad de todas las causas, tanto físicas como mentales. Siendo así, que el estudio del GBD, menciona cifras de posiciones generales de discapacidad en cada causa para 1990 y para 2020 (Murray y López, 1997; citado en Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall, y Sykes, 2008), como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Orden de DALY para la diez causas principales de discapacidad, Mundial, 1990-2020 (Murray y López, 1997; citado en Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2008).

Posición	1990 Enfermedades o heridas	2020 Enfermedades o heridas
1	Infecciones respiratorias menores	Cardiopatía isquémica
2	Enfermedades diarreicas	Depresión unipolar
3	Condiciones surgidas durante el periodo perinatal	Accidentes viales
4	Depresión unipolar	Enfermedades cerebrovasculares
5	Cardiopatía isquémica	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC)
6	Enfermedades cerebrovasculares	Infecciones respiratorias menores
7	Tuberculosis	Tuberculosis
8	Paperas	Heridas de guerra
10	Accidentes viales	Enfermedades diarreicas
	Anomalías congénitas	VIH/SIDA

En el estudio de Carga Mundial de Enfermedad (GBD), se espera que la contribución contra los trastornos maternos, perinatales y nutricionales transmisibles al GBD vaya a la baja en un porcentaje de 44% en lo que era en 1990 a un 20% en el 2020, sin embargo, se espera que la contribución de enfermedades no transmisibles aumente de 41% en 1990 a 60% en 2020 (Murray y López, 1997; citado en Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2008)

Muchos de los factores de discapacidad y mortalidad conllevan una mediación psicológica o conductual, por lo que la emergencia de la psicología de la salud, enfatiza en proponer y desarrollar políticas de salud y programas diseñados para modificar los riesgos, de los cuales en DALY menciona, cinco principales factores de riesgo para la carga mundial de enfermedad computado: bajo peso al nacer, sexo riesgoso, presión sanguínea alta, tabaquismo y alcoholismo y prevenir la discapacidad y la mortalidad de la población.

De igual forma, otra razón de crecimiento de la psicología de la salud, se ha enfatizado en la ideología de que los individuos son responsables de su propia salud, siendo así que el individualismo, propone que el sujeto desarrolle la responsabilidad principal por una buena salud, convirtiéndose en expertos de su propia salud y estilos de vida (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2008), pero muchas veces los individuos por si solos tienen limitaciones en realizar mejoras en la conducta en pro de la salud como consecuencia de factores económicos y políticos. Es importante enfatizar, que una responsabilidad individual sobre la salud puede ejercérselo los individuos cuando se tiene un acceso equitativo a un estilo de vida sano y apoyo para ejecutar conductas saludables.

Las limitaciones del modelo biomédico de la enfermedad, reafirma una tercera causa de la emergencia de la psicología de la salud, ya que entiende a la enfermedad en términos de un desorden biológico o desajustes químicos (asume el dualismo mente-cuerpo) para comprender y tratar los problemas de salud crónicos, los cuales se han incrementado desde el siglo pasado (Amigo, 2012). La contribución de la psicología de la salud, enfatiza la importancia que tiene el comportamiento en el origen y desarrollo de algunas enfermedades.

El modelo biomédico se encuentra en crisis, en el cuidado de la salud, propiciando que se valore la experiencia del paciente; en la misma línea se puntualiza la importancia de mejorar los servicios de salud, con una comprensión de los aspectos psicosociales del cuidado de la salud, se percibe una deficiente calidad de comunicación que experimentan los pacientes con los profesionales clínicos y que genera quejas y críticas, hasta el grado de que se piense que los sistemas de salud son ineficientes, ineficaces y productores de niveles bajos de

satisfacción a pesar de sus costos elevados(en el ámbito de la salud se asigna más a los factores biológicos y en el perfeccionamiento de la atención médica), lo cual ha dado pauta a nuevas formas de conceptuar la salud y la enfermedad (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2008). De esta manera la Psicología de la Salud, tiene un trabajo profesional significativo en el campo de la salud.

Dentro de este rubro, la intervención de la psicología de la salud en ámbitos sanitarios, como lo es la Institución Hospitalaria, la psicología sanitaria o psicología hospitalaria, pueden dar otro enfoque al sistema sanitario, dentro de las intervenciones psicológicas. La psicología de la salud da énfasis al comportamiento humano, a los factores que intervienen y cómo repercuten en la salud de los individuos, por lo que el Hospital, como sistema de salud, constituye un entramado de redes comportamentales y sociales, y en donde los individuos (pacientes, familiares y personal de salud), con sus actitudes, aptitudes y emociones interactúan entre sí en la solución de los problemas de salud, enfrentándose en que el modelo biomédico tradicional de la atención a la salud, lo rebasa en toda esta complejidad de atención a la salud.

Por otro lado, señalando la configuración progresiva de la Psicología de la Salud, su surgimiento se da a partir de la década de los setentas del siglo pasado, en Estados Unidos, es de origen anglosajón, aunque con ciertas controversias sobre este dato. Así, varias disciplinas de la psicología (como la clínica, social, experimental, fisiológica, entre otras), manteniendo un interés en común sobre la salud, se reunieron en el año de 1978, con la American Psychological Association (Asociación Americana de Psicología) (APA), para crear como una más de sus divisiones, la 38 concretamente, al frente de grandes personalidades como Weiss, Matarazzo, Stone, entre otros, la Health Psychology (Psicología de la Salud), naciendo así formal, institucional y profesionalmente dicha disciplina, al año siguiente se publica su primer manual *Health Psychology A Handbook* (Stone, Cohen y Adler, 1979; citado en Amigo 2012) y en 1982 aparece la revista de esta división de la APA con el título *Health Psychology*. En 1983 se lleva a cabo una conferencia nacional sobre la educación y el entrenamiento de los psicólogos de la salud (Stone, 1983; citado en Oblitas, 2006). Stone enfatiza un nuevo curriculum en la Universidad de California y que incluía el término de *Health Psychology* (Holtzman et al. 1988; citado en Morales, 2012).

En Europa, el desarrollo de la psicología de la salud se consolidó más tarde, en la década de 1980-1990, se iniciaron secciones de psicología de la salud en las sociedades británica, holandesa, alemana, austriaca, danesa, escandinava,

etcétera. En 1986 se creó el Grupo Especial de la Sociedad Británica y se fundó la Sociedad Europea, con congresos cada dos años y con la revista *Psychology and Health*, desde 1987 como órgano oficial, y el *Journal of Health psychology*, desde 1996. El Grupo de Trabajo (Task Force on Health Psychology) de la Federación Europea de Asociaciones Profesionales de Psicología (EFPPA) ofreció en 1994 definiciones y documentos programáticos sobre psicología de la salud (Godoy, 1999; citado en Grau y Hernández, 2005). En España apareció en 1989 la *Revista Psicología de la Salud*, dirigida por Jesús Rodríguez Marín; de igual forma grandes psicólogos españoles han realizado valiosas contribuciones en el campo investigativo y editorial a la psicología de la salud, como: Ramón Bayes, Isaac Amigo, José Santacreu, entre otros).

En América Latina, la psicología de la salud, nació en Cuba en 1969 (Grau y Hernández, 2005), para ser justos con la historia, este suceso se presentó años antes que en Estados Unidos, al crearse el Grupo Nacional de Psicología en el Ministerio de Salud Pública que estableció un amplio plan de trabajo de psicología, integrado a los programas en los centros de atención primaria, formulándose las bases teórico-metodológicas de una psicología de la salud, y que cubre prácticamente todos los niveles y tipos de instituciones del sistema cubano de salud. Institucionalmente ya se laboraba en el Sector Salud, en el cual, para la fecha fundacional señalada para Estados Unidos, ya estaba vigente en todas las provincias del país de Cuba, para 1974 se fundó la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud y posiblemente la primera organización científica en usar ese nombre. La psicología de la salud cubana ha publicado valiosos trabajos, en relación a esta disciplina al igual que en otros países latinoamericanos como Colombia, Brasil, México, Venezuela y otros han contribuido al desarrollo conceptual, organizativo científico de esta disciplina.

En Brasil quizá fue uno de los primeros países donde se insertaron los psicólogos en salud, además de Cuba, especialmente en el área hospitalaria, aunque la denominación de psicología de la salud apareciera más tarde, fue Mathilde Neder una pionera en este campo de la psicología Hospitalaria; en Colombia se consolida el equipo de trabajo del Hospital Militar, con fuerte orientación en medicina conductual hacia 1983; en Colombia y México en 1982-1983 aparecen los primeros trabajos en psicología de la salud.

Motivados y preocupados sobre el estado de salud de la población mexicana, algunos psicólogos se interesaron en abordar los aspectos psicológicos del proceso salud-enfermedad y cómo se manifiesta en los individuos, a partir de diferentes enfoques y teorías. Tras el impulso de la psicología de la salud en México, se desarrollaron grandes avances en la materia, aunque esta disciplina se

gesta en las Universidades, más que en el trabajo directo de las Instituciones y Servicios de Salud (Torres, Beltrán y Martínez, 2013).

En México, apareció el primer libro en español, sobre psicología de la salud, en 1986 (Torres Beltrán, 1986; citado en Grau y Hernández, 2005), en estas mismas fechas en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y en coordinación con la Secretaría de Salubridad, se abrió una maestría con el modelo de residencias médicas. En 1991, el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana (Xalapa, México), publica la revista *Psicología y Salud*; en 1990, en nuestro país, se lleva a cabo el Congreso Internacional de "Psicología y Salud" auspiciado por la UNAM y por el Hospital General de México, y comienza una Residencia en Atención Integral a la Salud, que incorpora psicólogos. En 1996 tienen lugar la Conferencia Latinoamericana sobre Psicología y Salud en la UNAM y comienza el Posgrado Regional Norte-Occidente con salidas en maestrías y doctorado en Psicología de la Salud, con sede en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, en la Universidad de Guadalajara; dicho posgrado de psicología de la salud, llegó a otras ciudades de la República y abrió la investigación en el campo a muchos profesionales, incluso no psicólogos; en 1998 se organizó el I Congreso Mexicano en Psicología de la Salud en Guadalajara y auspicio la celebración de II Congreso, en la ciudad de Veracruz, en 1999 (Grau y Hernández, 2005). Los grupos de investigación y trabajo del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, han enfatizado la actividad profesional interdisciplinaria, orientándola hacia el estudio integral del sujeto y las variables que intervienen en el proceso salud-enfermedad, enfatizando que el estado psicológico de una persona, es el resultado de la relación entre los estados orgánico y físico de los individuos (Torres, Beltrán y Martínez, 2013).

En nuestro país, tanto a finales del siglo pasado, como en los inicios del SXXI, la psicología de la salud se sigue difundiendo, a través de varios mexicanos, entre ellos tenemos a Godeleva R. Ortiz, Julio Piña, Jorge Arauz, entre otros, y de igual forma mantienen un intercambio académico con psicólogos cubanos y de otros países. En el 2005 se estableció un convenio de un Programa Internacional de Maestría en Psicología de la Salud en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, bajo la coordinación de Edelsys Hernández Meléndez, de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, y Andrés Palomera Chávez, de la Universidad de Guadalajara, con una planta docente integrada por profesores cubanos y mexicanos (Grau y Hernández, 2005).

Por otro lado, la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA), durante el Año de la Salud Mental, reunió a científicos latinoamericanos cuyo objetivo fue analizar la demanda en salud para la región latinoamericana, y establecer la promoción a la salud y el desarrollo humano,

resultando de este foro la elaboración del Acta Veracruz, en la que se manifiesta la efectiva incorporación de la psicología de la salud en cuanto a ciencia y profesión, ante los desafíos que plantea la protección de la salud, el desarrollo humano y la calidad de vida (Torres, Beltrán y Martínez, 2013).

A pesar del desarrollo de la psicología de la salud en México, continúa una falta de reconocimiento profesional de la psicología y los psicólogos de representación formal en los marcos normativos sobre la materia en la salud, ya que en relación a la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades es competencia de los profesionales de la medicina, de acuerdo a los artículos 32 y 33 de la Ley General de Salud Pública (Piña, 2004; citado en Piña, Sánchez, García, Ybarra y García, 2013) y de igual forma las dificultades que enfrentan los psicólogos de la salud en la integración en los equipos interdisciplinarios de salud y por consecuencia el ejercicio profesional del psicólogo dista mucho de estar impactando positivamente al diseño, instrumentación y evaluación de programas de investigación e intervención de las instituciones de salud (Piña, Sánchez, García, Ybarra y García, 2013).

En el nuevo campo de la psicología de la salud, no se ha logrado una expansión plena, existen áreas geográficas en las que la psicología en general tiene una larga tradición y alta representación en la sociedad y contrariamente en otros países la psicología de la salud no tiene casi presencia o es muy limitada. En zonas geográficas donde ha alcanzado cierto desarrollo la psicología de la salud, se centra en el estudio y atención de personas con enfermedades somáticas, más que la implementación conocimientos en la promoción de la salud y prevención en las comunidades. Siendo así, en las definiciones de la psicología de la salud, se presencia que es usado a veces para implementar prácticas que no corresponden a un núcleo conceptual común, lo que genera confusión, rechazo o incompreensión (Morales, 2012).

2.2 Definición de la psicología de la salud

La psicología de la salud desde sus inicios ha sido motivo de reflexiones y controversias, principalmente en lo que se refiere a su naturaleza, alcances, sus límites de acción y su estatuto en ámbitos de la salud, y en donde los esfuerzos por conceptualizarla, por definir su marco teórico, puntualizando los niveles metodológicos, de evaluación y delimitarla, es importante estudiarlos e implementarlos eficazmente.

Para la definición de la psicología de la salud, se han desarrollado varias, como la propuesta por Joseph Matarazzo, ha sido adoptada por la American Psychological Association (APA), la British Psychology Society y otras

organizaciones, pero funciona como una definición “oficial” de los psicólogos de la salud y a la letra dice:

Matarazzo (1980; citado en Labiano, 2006, p.15) conceptualiza a la Psicología de la Salud 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 disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud”.

De acuerdo con Amigo Vázquez, Fernández Rodríguez y Pérez Álvarez (1998; citado en Oblitas, 2006) dicha definición enfatiza lo siguiente:

- 1) Es necesaria la promoción y mantenimiento de la salud (implementando medidas como: una mejor nutrición, práctica regular de ejercicio físico, aprendizaje de resolución de problemas, desarrollo de habilidades sociales, etcétera).
- 2) La prevención y tratamiento de la enfermedad (modificación de hábitos insanos: tabaquismo, abuso de alcohol, aprendizaje de nuevos estilos de vida para superar una determinada enfermedad, etcétera).
- 3) A través del estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones (realizar estudios retrospectivos y longitudinales que aclaren la causa de la salud o de la enfermedad).
- 4) Es necesario el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud (es decir determinar el efecto del sistema sanitario en el comportamiento de la población; recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud).

Así en esta definición de la psicología de la salud se presenta como una alternativa consistente, pero plantea un problema, al no delinear un perfil profesional de psicólogo, es decir, no prescribe claramente el quehacer profesional del psicólogo de la salud, en la medida en la que no reconoce ni define claramente cuál es la dimensión psicológica de la salud.

Otra definición propuesta por Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall, y Sykes, (2008), la psicología de la salud es un campo interdisciplinario que se ocupa de la aplicación de conocimientos y técnicas psicológicos para la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud. Esta definición operativa, estipula que el objetivo de la psicología de la salud es promover y mantener el bienestar de los individuos, comunidades y poblaciones, enfocándose principalmente en la salud física más que en la mental (salud psíquica o salud psicológica), se ocupa de las interfaces

conductuales y de experiencia entre el individuo, el sistema de cuidado de la salud y la sociedad, por ello es indispensable una aproximación multidisciplinaria.

Dentro de la polémica de las definiciones de la psicología de la salud, algunos autores mencionan, que no existe un apoyo de un modelo teórico, y no siempre especifican debida y claramente la delimitada dimensión psicológica respecto de los hechos de la salud y la enfermedad. Al margen de esto definen a la psicología de la salud, Piña y Rivera (2006; p.673), como: “campo de actuación profesional en el que los psicólogos poseen tanto los conocimientos -saber acerca de las cosas- como las competencias- saber hacer las cosas de modo eficiente- indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación, fundamentalmente, con especial énfasis en la investigación de qué y cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud”. Da énfasis en la promoción y la prevención, enfatiza su distanciamiento con el modelo médico, rechaza que esta disciplina sea parte de la psicología clínica en una “psicología clínica y de la salud” (Piña, 2003; citado en Morales, 2012). Así estas definiciones, tienen un común denominador, la psicología de la salud es considerada como disciplina relativa del conjunto de aportaciones psicológicas al campo de la salud, aunque también, tienen delimitaciones conceptuales, o en algún momento mantienen interrelaciones.

De acuerdo con Morales (2012; p.100), la psicología de la salud: “es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud”, estudia los procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, las circunstancias interpersonales al ponerse de manifiesto en la prestación de los servicios de salud (amplio modelo de actividad para que incluye acciones en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, adecuación de los servicios de salud), reconoce el carácter multicausado del proceso salud-enfermedad y no solo enfatiza las intervenciones psicológicas a la atención o curación de personas enfermas, sino también a la promoción y la prevención, relacionados con todos los problemas de salud, independientemente que se manifiesten como problemas de la “mente” o del “cuerpo” (esta dicotomía está siendo superada, no tiene sentido, el ser humano es una unidad).

La psicología de la salud enfoca su acción y objetivos de trabajo en los individuos, en las familias, en los grupos, en las comunidades, en las instituciones y en la sociedad en su conjunto, de acuerdo al problema que se aborde, en pro del

mejoramiento de la salud, incluye problemas que se desprenden de la atención a la salud y la enfermedad, lo que supone hechos diversos de asuntos psicológicos, se da atención a las personas con enfermedades y discapacidades, es decir se enfatiza el lado positivo del proceso salud-enfermedad, cuando se especifica a la psicología de la salud, e implemente acciones con personas que padecen alguna patología y en el que la psicología puede hacer grandes aportaciones. Se plantean cambios de esquemas, en donde interviene tradicionalmente la psicología clínica y que trabaja con personas con enfermedades y la cura es su objetivo, esta práctica en algunos países continúa dominando, siendo la representación que tiene la mayor parte del público de la disciplina y de la profesión y tal vez puede ser ésta la que influye en las decisiones de los sistemas y servicios de salud, al valorar el contenido de los cargos de psicólogo y los espacios institucionales en los que se sitúan.

Otra definición de la psicología de la salud, enmarca el carácter de “modelo en progresiva construcción, campo del conocimiento y practicas relacionadas con los factores biopsicosociales implicados en la salud- enfermedad” (Mucci & Benaim, 2005; citado en Morales, 2012). La psicología como disciplina aporta sus contribuciones teóricas, de investigación e intervención y los incorpora al hecho psicológico, lo biológico y lo sociocultural, integrándose al conjunto de las ciencias de la salud y aplica un “saber hacer y un saber estar”, y con el continuo desarrollo de esta disciplina implementa los conocimientos derivados de las investigaciones y experiencias, la necesidad de contextualizar las prácticas y la intervención de psicólogos involucrados en el ámbito de la salud, favorecen las condiciones para esa progresiva construcción de la Psicología de la Salud y su institucionalización.

Asimismo, el objeto de estudio de la psicología de la salud: pueden formarlo personas sanas, sujetos en riesgo de enfermar o personas ya enfermas (pacientes), así como grupos o comunidades (Grau y Hernández, 2005), en cualquier nivel de atención y contexto. De acuerdo con Grau (2002; citado en Grau y Hernández, 2005), propone y explica un modelo hipotético de las fases del proceso salud-enfermedad, en donde hace referencia al progreso de cualquier enfermedad y explica aspectos que aborda la Psicología de la Salud, (enfaticando de igual forma que al realizar alguna intervención el psicólogo, debe identificar en qué estadio se encuentra el paciente, antes de realizar alguna intervención psicológica), tal como la promoción de estilos de vida saludables, la adopción de conductas preventivas, la optimización del diagnóstico, optimización del tratamiento, de igual forma la rehabilitación del paciente y los aspectos del paciente terminal.

En las distintas fases del proceso salud- enfermedad, y el modelo hipotético que propone Grau y explica, como lo aborda la psicología de la salud, en un inicio

cobra importancia: a) estado de salud del individuo y para su estudio es importante conocer los factores psicosociales, como: conductas protectoras de salud, conductas de riesgo, estilos de vida; modelos de creencias de salud, variables a considerar para promoción y la prevención; el eutrés y las emociones asociadas a modelos salutogénicos; el distrés y las emociones como factores de riesgo de enfermar, vulnerabilidad personal; la calidad de vida, de igual forma el bienestar subjetivo en estado de salud, entre otros, b) enfermedad asintomática susceptible de ser detectada, mediante procedimientos de pesquisa activa (screening); c) enfermedad sintomática aún no es diagnosticada, hacen referencia a la importancia de los problemas psicosociales relacionados con la búsqueda de ayuda médica (atribuciones, estigmas, tiempo de decisión), d) al periodo de detección o diagnóstico de una enfermedad, se relaciona con la comunicación del diagnóstico, los tiempos de espera y el sufrimiento asociados a los métodos de diagnóstico, e) durante el tratamiento y curso de la enfermedad y el proceso de rehabilitación, los procesos psicológicos pueden ser detectados en conductas de enfermedad y rol de enfermo, las representaciones individuales de la enfermedad (dolencia, cuadro intenso), los procesos de adaptación y ajuste ante la enfermedad y la calidad de vida resultante, de igual forma se presentan los afrontamientos ante los estresores de la enfermedad o sus tratamientos, los problemas de la adherencia terapéutica, las reacciones ante intervenciones invasivas; las intervenciones psicológicas cobran gran importancia para el control de síntomas, fomentar el incremento de adaptación; asimismo la rehabilitación psicosocial, f) término de la enfermedad, muerte, el paciente se encuentra en un periodo avanzado de alguna patología y se encuentra en etapa final de la vida, por los cuales atraviesa afrontamientos o estadios psicológicos (negación, aislamiento, sentimiento de ira, hostilidad, resentimiento, negociación, regateo, depresión y pena, y aceptación), atendiendo de igual forma los aspectos psicológicos de familiares y personal de salud. De esta forma, la psicología de la salud debe incluir en su intervención psicológica, en todos los momentos de evolución de la enfermedad.

De la misma forma, la intervención de los programas en psicología de la salud se desarrollan en los diferentes niveles de prevención, de acuerdo con Reynoso y Seligson (2005), la prevención se percibe como fundamental en esta disciplina, ya que en la actualidad existe evidencia epidemiológica que permite identificar poblaciones y problemas de riesgo, y es prioridad implementar programas preventivos, y en los que se consideran cuatro categorías: a) prevención primaria: las intervenciones son para prevenir enfermedades (por ejemplo: vacunas o cambios conductuales y medioambientales); b) prevención secundaria: intervención temprana, tratamiento de la enfermedad, para minimizar su seriedad (por ejemplo: la detección temprana del cáncer); c) prevención terciaria: intervención que busca

minimizar las complicaciones de una enfermedad establecida, en la cual probablemente se incluya la medicina clínica (por ejemplo: un régimen dietético, ministración de insulina para pacientes, que ayude a prevenir un daño orgánico) y d) prevención cuaternaria: la rehabilitación tiene como objetivo impedir un mayor deterioro después que la enfermedad ha sido tratada, haciendo énfasis en reducir al máximo la incapacidad o incrementar habilidades de afrontamiento (por ejemplo: terapia física o de lenguaje).

Es necesario enfatizar que desde el enfoque holístico de la psicología de la salud, sustenta su concepción teórica, en el modelo biopsicosocial, y en el que se fundamenta y delimita, aunque en las controversias de su naturaleza, menciona Arnau (1982; citado en Cardozo y Rondón, 2014), que la noción de modelo está relacionado con una representación de la realidad, en tanto pretende sistematizarla y/o describirla para permitir una aproximación al dato real, y menciona que expresar que este es un “modelo” representaría un error conceptual, puesto que el mismo no permite aproximarse sistemáticamente al objeto de estudio. En tal sentido en vez de modelo pudiera ser concebido como una “visión de hombre”, es decir, la visión biopsicosocial, en donde plantea entender al hombre como un ser integral en el que confluyen aspectos relacionados con su configuración y funcionamiento biológicos, así como procesos psicológicos y factores sociales. Por esta razón, menciona que la psicología de la salud debe abordar otro modelo, como el que mencionan Piña Y Rivera (2006; citado en Cardozo y Rondón; 2014), y proponen el modelo psicológico de la salud biológica propuesto por Ribes en 1990, ya que este modelo describe la forma en que los comportamientos participan en la modulación de los estados biológicos, aunque éste responde más a la medicina conductual, por su tradición filosófica (Cardozo y Rondón, 2014). De esta forma, la psicología de la salud, supone una flexibilidad de integración de los aportes de fuentes y corrientes teóricas; Grau y Hernández (2005), mencionan, que admitir que esta disciplina tiene un contenido científico, no significa asumir que es una disciplina científica constituida, con objeto y métodos propios.

Asimismo, dentro de los marcos teóricos de la psicología de la salud, ha sido derivado de la psicología cognitiva y de la psicología social desarrollada entre 1950 y 1990 (Grau y Hernández, 2005), de igual forma teorías muy variadas se han aplicado en esta disciplina, como las derivadas del locus de control de Rotter, del aprendizaje social de Bandura, de los modelos salutogénicos de Kobasa, los conceptos de resiliencia, del “patrón A” de Friedman, del “patrón C” de predisposición al cáncer de Temoshock, de los modelos transaccionales de estrés de Lazarus y su concepto de afrontamiento, los estudios sobre emociones de Spielberger, de las teorías del control de Carver y Scheier, de los modelos para

cambio de estilos de vida de Prochaska y DiClemente, la teoría de la acción razonada de Fishbein-Ajzen, las concepciones sobre sufrimiento de Bayés, entre otros (Grau, 1996, 2001, 2002b; citado en Grau y Hernández, 2005).

Los modelos explicativos de la psicología de la salud, parten del supuesto de “persona saludable”, y enfatizan el promover la salud y conductas que modifiquen la calidad de vida, pero cada individuo, adopta y mantiene conductas saludables, conlleva a variables intrapersonales, que interactúan con diversos contextos ecológicos y determinan aceptar o rechazar, dichos comportamientos indicados como saludables (Mucci y Benaim, 2005).

En esta línea, se tienen, los modelos de creencias en salud, los cuales explican la conducta saludable como la relación entre la amenaza percibida de la enfermedad, los beneficios de la conducta sugerida, la percepción de riesgos y los recursos para impulsar la disposición a actuar (Rosenstock y Strecher, 1977; citado en Mucci y Benaim, 2005).

La “teoría de la acción razonada”, permite inferir que las personas procesan la información de modo racional y la conducta específica puede derivar del sistema de creencias y facilita evaluar positiva o negativamente las conductas que representan a la salud.

La “teoría de la acción social”, especifica la importancia de los esquemas sociales impuestos desde el macrosistema, los transmitidos por la familia y por otros significativos (Marín, 1995; citado en Mucci y Benaim, 2005), es importante considerar los factores cognitivos y sociales junto con los modelos de aprendizaje, que determinan el estilo de vida saludable y las respuestas potenciales en relación a la funcionalidad de las conductas promotoras de salud.

La Psiconeuroinmunología, aporta un marco investigativo sobre las respuestas orgánicas al estrés, la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales, altera la respuesta inmunológica, predispone la aparición de una enfermedad al mediar las variables psicológicas, deprimiendo o reforzando el sistema inmunológico.

De acuerdo con Martín Alfonso (2003; citado en Mucci y Benaim, 2005), los “modelos salutogénicos” (emanan de las actitudes humanas positivas y bienestar subjetivo), la salud se fundamenta, a partir de elaboración de recursos personales que se convierten en inmunógenos psicológicos, que permiten desarrollar estilos de vida minimizadores del estrés y del desarrollo de competencias para enfrentar de manera activa y positiva las situaciones de la vida y de la propia enfermedad. De igual forma se incluyen, los modelos de: optimismo; sentido de coherencia; resistencia personal y el constructo de “resiliencia”.

Por lo tanto, la psicología de la salud, no es una disciplina aislada, la constituye un campo integrado que reúne los aportes y perspectivas de varios cuerpos teóricos, supone una flexibilidad de los aportes de fuentes y corrientes teóricas, sin caer en un eclecticismo infértil, además de investigaciones y experiencias, para estudiar cómo tanto los factores biológicos, psicológicos y sociales se conectan y afectan el estado de salud y el de enfermedad. No se puede eliminar el carácter integrador de las esencias teóricas, a nivel académico, interdisciplinar y en la práctica profesional de los psicólogos de la salud.

La psicología de la salud, es una psicología aplicada a la salud, la enfermedad, la promoción y la prevención; sus objetivos, son: conocer la interacción entre los factores biopsicosociales implicados en salud-enfermedad, y a partir de allí diseñar, programar y evaluar estrategias de intervención para proteger, promover y acrecentar la salud; de igual forma prevenir, tratar y rehabilitar en el estado de enfermedad, siendo así, que sobrepasa la enfermedad mental, enfocándose en los ámbitos individual, familiar y social-comunitario, ámbito sanitario (clínicas, hospitales de segundo y tercer nivel de atención), centros de rehabilitación, personal de salud, entre otros

2.3 La psicología de la salud y su relación con otras disciplinas

La Psicología de la Salud no es la única disciplina que se ha ocupado en el área sanitaria, otras disciplinas especifican diferencias y puntos de encuentros con la primera respectivamente, y anteceden sus conocimientos teóricos y prácticos en los modelos como: la Medicina Psicosomática, la Psicología Médica, la Medicina Conductual y la Psicología Clínica.

La Medicina Psicosomática

El nombre de Medicina Psicosomática fue acuñado por Heinroth en 1918 (Reig, 1981; citado en Amigo, 2012), esta disciplina constituyó el primer intento de investigar en el área médica, las relaciones entre variables psicosociales y las alteraciones psicofisiológicas. Con el término Medicina Psicosomática, se pretendía explicar las relaciones entre los procesos psicológicos y las estructuras somáticas, teniendo una gran influencia del psicoanálisis (entre 1935 y 1960), en donde se explicaba el origen y patogénesis de la enfermedad física desde una perspectiva psicodinámica, se asumía que algunas causas de enfermedades orgánicas se relacionaban con características de la personalidad, conflictos interpersonales y el modo de responder a dichos conflictos, siendo así, que si se suma una cierta vulnerabilidad orgánica, constitucional o adquirida ante la presencia de estos tres factores mencionados se desencadenaría una enfermedad específica de salud de naturaleza psicossomático, como: el asma, la

neurodermatitis, la úlcera de duodeno, la colitis ulcerosa, la artritis reumatoide, la hipertensión esencial y la diabetes. Contrario a esta orientación a partir de 1965, quedaron atrás estas formulaciones psicoanalíticas para explicar la enfermedad, y se buscó una base más sólida de conocimientos que fuera equiparable a la de la medicina, planteándose la necesidad de desarrollar técnicas terapéuticas eficaces para el tratamiento de las enfermedades psicosomáticas.

Se plantean objetivos en esta nueva orientación por Lipowski (1977; citado en Amigo, 2012) para la Medicina Psicosomática, mencionando: a) el estudio del papel de los factores psicológicos, biológicos y sociales en la homeostasis del ser humano; b) una aproximación holística a la práctica de la medicina, y c) una relación con la práctica psiquiátrica de consulta-apoyo.

De esta forma la Medicina Psicosomática, se basa en el modelo psicoanalítico, en la etiología y patogénesis de las enfermedades orgánicas, continúa dando énfasis a la enfermedad y el tratamiento, limitando su intervención en el ámbito de la salud, enfocada a un pequeño grupo de alteraciones fisiológicas, aunque de cierta manera tiene mérito a tratar de sensibilizar a los médicos y psicólogos hacia la interacción de las emociones y los desórdenes físicos; mientras que la psicología de la salud su interés es la salud y la prevención aunado a su metodología y técnicas de intervención.

Psicología Médica

Emplea los conocimientos psicológicos para analizar la relación mente-cuerpo en trastornos con manifestación somática y establece una relación médico-paciente desde la psiquiatría (Mucci y Benaim; 2005). Asken (1979; citado en Amigo, 2012, p.26), da una definición de la Psicología Médica, mencionando: "...el estudio de los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel del individuo, el grupo y los sistemas. La psicología médica no representa una orientación teórica particular; los problemas de la misma pueden ser conceptualizados desde cualquier orientación deseada. La psicología médica tiene, además, como foco, todas las áreas de interés académico: investigación, intervención aplicación y enseñanza", esta definición es muy amplia y general e ilustra el campo disperso y diverso de lo que es esta disciplina.

La disciplina de la Psicología Médica, podría recoger en ella a la medicina psicosomática en su primera etapa, la intervención psicológica en el ámbito médico tendría cabida desde posiciones teóricas y contradictorias, o únicamente

cabría el uso de técnicas psicológicas (tipo psicométrico) para el diagnóstico y evaluación de la enfermedad física.

De esta forma la Psicología Médica no da prioridad a la salud en primer lugar como objeto de intervención, olvida el papel de otras profesiones clínicas en el cuidado de la salud, subordina el campo psicológico al médico, confunde el objeto de estudio con la competencia profesional (Gil Roales-Nieto, 1996; citado en Amigo, 2012), y además no ha podido englobar todo el ámbito de trabajo propios de la psicología de la salud ni la conceptualización del objeto de estudio de la misma (componentes subjetivos del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud).

Medicina Conductual

En 1977 se realiza el Primer Congreso sobre Medicina Conductual en la Universidad de Yale, reuniéndose especialistas del área de la salud y de las ciencias sociales, formalizando la creación de esta disciplina. En 1978 se funda la Academia de Investigación en Medicina Conductual, en Estados Unidos (Rodríguez, 2010), y en donde se define:

“La medicina conductual es un campo interdisciplinario ocupado en el desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, conocimiento y técnicas relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de esas técnicas y ese conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (Schwartz y Weiss, 1978, p.250; citado en Amigo, 2012).

El término Medicina Conductual fue utilizado por vez primera en 1973, con la presentación del libro y cuyo título es Biofeedback: Behavioral Medicine (Bisk, 1973, Amigo, 2012), dicho término se presenta como sinónimo y complemento del biofeedback (biorretroalimentación), reconociéndose este término con el nacimiento de esta disciplina.

En 1978, se publicó el primer número del Journal of Behavioral Medicine, cuyo editor fue W. Doyle Gentry, profesor de psicología médica de la Universidad de Duke. Más tarde se publicó la Revista Biofeedback and Self-Regulation, reportándose investigaciones sobre la aplicación de las técnicas y procedimientos basados en la medicina conductual a enfermedades como: hipertensión arterial, dolor crónico, asma infantil, desórdenes cardiovasculares, rehabilitación neuromuscular y cáncer. De igual forma se estableció la Academy Research in Behavioral Medicine en Estados Unidos, teniendo como presidente a Neal Miller,

quien se integró como miembro permanente de la Study Section on Behavioral Medicine, y que pertenece al National Institute of Health (Rodríguez, 2010).

La Medicina Conductual nace como una extensión de la tradición teórica conductista, dando énfasis en las conductas de salud y enfermedad, en las contingencias que las mantienen y los cambios necesarios que habría que operar en las mismas para modificar dichas conductas. Así en la práctica clínica, la medicina conductual emplea las técnicas de modificación de conducta para la evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad física o disfunciones psicofisiológicas, se basa también del análisis funcional de la conducta, en la comprensión de las conductas asociadas a los trastornos médico y problemas en el cuidado de la salud (Pormelau y Brady, 1979; citado en Amigo, 2012). De esta manera la Medicina Conductual como campo interdisciplinario, integra conocimientos de la ciencia conductual con la biomédica cuyo resultado es la conjunción de ambas disciplinas.

En los años 70s las aportaciones de la medicina conductual se aplicaron desde el área del análisis experimental de la conducta, fueron importantes las aplicaciones clínicas del biofeedback, se realizaron intentos por extender los principios del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante en el tratamiento de muchas patologías.

Por otro lado, Pomerlau y Brady (1979, Citado en Rodríguez, 2010), propusieron para la medicina conductual las siguientes características: 1) utilización de técnicas clínicas surgidas del análisis experimental de la conducta (como la Terapia y Modificación de la Conducta) y 2) una disposición para la investigación, teniendo como metodología el análisis funcional de las conductas asociadas a las enfermedades y desórdenes médicos.

Otros acontecimientos de la historia de la medicina conductual, lo plantea Blanchard (1982; citado en Rodríguez, 2010), en los años 70s, favoreciendo el surgimiento de ésta, tales como: a) el manejo de técnicas para modificar el comportamiento, las cuales habían sido utilizadas con éxito en enfermos mentales, y que se iniciaba su utilización en pacientes con otras patologías (ejemplo: obesidad, tabaquismo, adicciones, entre otros); b) el desarrollo del campo de la biorretroalimentación que estaba demostrando que era posible efectuar cambios fisiológicos en funciones corporales, reguladas por el sistema nerviosos autónomo, abriendo la posibilidad de realizar intervenciones terapéuticas efectivas en trastornos somáticos (ejemplo: migraña, hipertensión, cefaleas de tensión, úlceras y dolor crónico) y c) Se hizo énfasis en las dos principales causas de mortalidad en adultos, como el cáncer y enfermedades cardiovasculares, y se reconocía el

papel importante que los cambios en el comportamiento jugaban en el tratamiento y prevención de esas enfermedades.

De igual forma, Agras (1982; citado en Rodríguez, 2010), menciona cuatro factores que permitieron el desarrollo rápido de la medicina conductual, como: 1) el hecho de que la medicina psicosomática había generado investigaciones y que vinculaban los factores psicológicos, a un número importante de enfermedades; b) el análisis, funcional aplicado, como área de intervención, había generado procedimientos de tratamiento psicológico, conductualmente orientados a una variedad de trastornos físicos; c) investigaciones epidemiológicas habían arrojado que ciertos factores incrementaban el riesgo asociado con algunas enfermedades y c) debido al aumento en los costos de los tratamientos de las enfermedades, hubo un gran interés por prevención (en factores psicológicos y sociológicos).

De esta forma, precisar a la medicina conductual de la psicología de la salud, es difícil, sobre todo en delimitación conceptual de ésta área de conocimiento, cabe mencionar que hasta los años 80s ambos términos se utilizaban indistintamente para referirse a esta nueva aproximación de tipo biopsicosocial a la salud. De acuerdo con Godoy (1999; citado en Amigo, 2012), la psicología de la salud: se presenta como una rama de la psicología y se preocupa especialmente del ámbito de la promoción de la salud y la medicina conductual: se pone el acento en su naturaleza interdisciplinaria y parece centrarse en el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad, siendo dos las diferencias que se pueden enfatizar entre estas dos disciplinas. Ciertamente, el término medicina conductual suele ser utilizado por los investigadores y clínicos que trabajan en el área médica, entre ellos, como los hospitales, facultades de medicina, entre otros, por otro lado, el término de psicología de la salud, generalmente, suele ser asumido por los psicólogos dedicados a la investigación (facultades de psicología), aunque los profesionales combinan los elementos de ambas disciplinas.

Psicología Clínica

De acuerdo con Morales (2012), el discurso y la práctica de la psicología clínica en lo que a la salud y la enfermedad se refería, era orientada principalmente a las enfermedades “mentales”, mediante la psicología clínica una rama aplicada de la disciplina que tomó su denominación de un método (adaptada de otra disciplina, la medicina). La Psicología clínica, está centrada en la enfermedad más que en la salud, enfocada hacia el paciente, focaliza su quehacer en el individuo “mentalmente” enfermo (está asociada a la psiquiatría) (Muccii y Benaim; 2005), en algunos países, ésta es aún una práctica dominante, tanto que es la

representación que la mayor parte del público tiene de la disciplina y profesión de la psicología.

Los psicólogos clínicos trabajan con personas que padecen alguna patología, esta se manifiesta con malestar, síntomas, síndromes y enfermedades tipificadas, por otro lado, la subjetividad y el comportamiento y los procesos adaptativos y relacionales muestran algún nivel de disfunción generando malestar en el paciente; la cura es el objetivo a alcanzar y las técnicas pueden variar de acuerdo a los modelos teóricos que las sustenten (Morales, 2012).

De acuerdo con Amigo (2012), menciona que la psicología de la salud no es reductible a la psicología clínica, al menos en el mundo académico, pero esa distinción no es muy clara en el mundo profesional, en donde se suponga que la psicología de la salud no pueda ser la matriz de la psicología clínica, en lo que se refiere al menos, en una perspectiva conceptual.

En resumen, en los años 70's del siglo pasado surge la disciplina aplicada de la Psicología de la Salud, pero a pesar de su desarrollo y de alcanzar logros, no tiene un claro reconocimiento, ni una clara identidad en la propia psicología, en las ciencias de la salud y en los sistemas de servicios de salud. Aunque el surgimiento y desarrollo de esta disciplina se basan principalmente en tres razones: 1) cambios en los patrones de enfermedad, las enfermedades infecciosas ceden el paso a las enfermedades crónico-degenerativas; 2) los individuos son responsables de su propia salud, es decir, el convivir con enfermedades crónicas durante varios años, implica cambios en estilos de vida y calidad de vida, implícita los términos positivos del proceso salud-enfermedad y 3) el cuestionamiento de la crisis del modelo biomédico, modelo dominante de la medicina, para resolver los problemas de salud. En el ámbito de la salud varias disciplinas se enfocan, como la medicina psicosomática, la medicina conductual, la psicología médica, la psicología clínica, pero principalmente se pretende superar, la asistencia de esta última en las enfermedades mentales principalmente, sin olvidarlas dentro de las intervenciones psicológicas, marco que tal vez puede ser la causa que influye en las decisiones de los sistemas y servicios de salud al valorar el producto final del trabajo del psicólogo y disminuir o ampliar los espacios sanitarios institucionales; no obstante, la controversia de la definición de la psicología de la salud, enmarca que es una disciplina en desarrollo, con un enfoque holístico, emplea el modelo biopsicosocial, utiliza teorías, métodos y técnicas de la ciencia psicológica y poco a poco se va institucionalizando con el trabajo del psicólogo de la salud, implementando sus intervenciones en la promoción a la salud y prevención, al tratamiento y rehabilitación.

Asimismo, la afinidad por la psicología de la salud, por los psicólogos, se deriva principalmente de la afirmación según la cual, por medio de incluir lo psicosocial, existe la posibilidad de proporcionar una atención más significativa y “humana” en los ámbitos de salud, en la atención a la salud, es decir, en los procesos de la humanización de la calidad de la atención, en las diferentes instituciones de salud, como: las clínicas, hospitales de segundo y tercer nivel de atención, centros de rehabilitación, etcétera y en los diferentes niveles de prevención, de los temas relacionados con la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud, pero es necesario un trabajo arduo, ya que supone una flexibilidad de integración de los aportes de fuentes y corrientes teóricas y se necesita de un gran trabajo a favor de los modelos psicosociales para que esta disciplina alcance su estatus que merece a la par de otras disciplinas, como lo es la medicina, en el área de la salud.

Capítulo 3.

EL ROL PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO

3.1 Formación académica del psicólogo

En México el desarrollo de la profesión de psicología ha sido con diferentes tendencias y modalidades formativas, presentándose en la década de los setenta una masificación de la disciplina, incitando que el proceso de calidad de algunos de los programas de psicología se presentara en bajos porcentajes y en cuanto a la organización del gremio la certificación de los psicólogos ha sido lenta (Valdés y Tamargo, 2015).

Siendo así, en 1960 fue aprobado formalmente por el Consejo Universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) el plan de estudios de la licenciatura en psicología (Ribes, 2011). En un inicio los planes de estudio de las escuelas y facultades del interior del país siguieron un proceso semejante al de la UNAM, y en general las cátedras se iniciaron en las facultades de Filosofía correspondientes, más tarde se creó la carrera de Psicología, que en muchos de los casos eran dependientes de las facultades de Humanidades o Filosofía, y en otros de las de Medicina, el tipo y contenido de materias estuvo influenciada por la composición de la planta docente, entre ellos: médicos, antropólogos, sociólogos y filósofos, y en menor número de docentes lo conformaban psicólogos. Asimismo, la diversidad de profesores con diferentes disciplinas de formación, influyo en la hegemonía de un enfoque teórico particular, en las diferentes escuelas incluyendo la UNAM, respondiendo a las relaciones de poder, reflejada en los diseños curriculares y los contenidos programáticos (Harrsch, 1994; citado en Valdés y Tamargo, 2015). El currículo fue determinado en base a criterios de la propia disciplina y de lo que los académicos consideraron que el estudiante le correspondiera saber.

En lo que representaba al plan de estudios, lo formaban ocho o diez semestres y generalmente su estructura se conformaba mediante un tronco común y uno especializado para profundizar en una determinada área (lo constituía los dos últimos semestres) (Zanatta y Yuren, 2012; citado en Valdés y Tamargo, 2015). Asimismo, en los años 70's hubo un aumento del número de escuelas de Psicología en nuestro país, al inicio de esta década eran once en total, para 1977 lo constituían 54 escuelas de psicología, acelerando el incremento de la población estudiantil en un 600%; de igual forma hubo planes de estudio con formación general o con tronco básico y áreas de semiespecialización, formación general sin

áreas de especialización, otros planes de estudio lo conformaba la especialización a lo largo de toda la carrera en una sola área y de igual forma se observó una gran diversidad respecto a la orientación teórica predominante en el contenido y tipo de materias.

De acuerdo con Castañeda (1995; citado en Valdés y Tamargo, 2015), en las dos últimas décadas del siglo pasado hubo una tendencia a formar psicólogos generales, limitando o eliminando la especialización temprana; asimismo, también en los programas curriculares se dio más peso a lo teórico sobre lo práctico, resultando que los egresados no contaran con el “saber hacer” suficiente para resolver problemas en su área de competencia profesional.

Las universidades públicas han tenido que responder a la demanda creciente de aspirantes que desean ingresar en los diferentes programas de educación, y la masificación, tuvo una gran influencia para la vida académica y en la calidad de la formación de los egresados, repercutiendo principalmente en la formación y entrenamiento del psicólogo, en los índices de deserción, rezago y reprobación y decremento en el índice de eficiencia terminal, no obstante la disparidad en el número de egresados de nivel superior y la capacidad de absorción del mercado de trabajo.

Dentro de la formación de profesionales de la psicología es importante tomar en cuenta las demandas del mercado laboral, pero considerando si se forman psicólogos en base únicamente al mercado laboral, se estarían formando técnicos, por lo que es necesario no deslindarse de la naturaleza disciplinaria de la psicología. De acuerdo con Ribes (2011), con base en el número de programas de licenciatura en México, son alrededor de 400, entre universidades públicas y universidades privadas de toda clase y se estima que existen cuando menos 100,000 psicólogos egresados, aunque no todos estén titulados formalmente. Cifra que representa una proporción de un psicólogo por cada mil habitantes aproximadamente. Aunque la mayoría de estos egresados carece de un empleo fijo a nivel institucional, como puede ser campo educativo, de la salud, organizacional, sector productivo o de bienes y servicios u otro campo en donde pueda desarrollarse potencialmente, o bien ejercen como profesionistas liberales (considerando cómo puede definirse esta práctica y calidad de servicio) y de los psicólogos que trabajan en ocupaciones que no corresponden a su formación disciplinar.

Afortunadamente, en la década de los 90's fueron diseñados programas curriculares en tres o cuatro niveles de formación, reforzándose el sistema de créditos en el marco del currículo flexible, se estructuró el plan a través de ejes

transversales, así como longitudinales, se incluyeron créditos optativos permitiendo la actualización firme del currículo, la formación interdisciplinaria y un diseño centrado en el estudiante. De igual forma, hubo promoción para la movilidad estudiantil y el intercambio de profesores e investigadores; en casos aislados se diseñaron los currículos con un enfoque centrado en competencias. Algunas instituciones implementaron nuevas formas de organización académica-administrativa.

A finales de la década de los noventa y comienzos del nuevo milenio se establecieron nuevas directrices para la innovación curricular, de acuerdo a los planteamientos de la UNESCO, celebrada en París en 1998, así como de ANUIES (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior), se demandaba una formación más pertinente, sistematizada y polivalente, enfatizándose la formación integral del estudiante considerando la formación de valores y el desarrollo personal que coadyuvara en elevar la calidad de vida del estudiante y tener un sistema tutorial como acción estratégica para el logro de todo ello.

Dentro del crecimiento y desarrollo de la historia de la Psicología, los psicólogos mexicanos se han preocupado por la creación de una Psicología propia, científica y socialmente comprometida, considerando diversos aspectos como:

- a) La ciencia de Psicología en su desarrollo de estudio científico, su objeto de estudio y los métodos de su investigación.
- b) La evolución de la enseñanza de la Psicología en los diversos grados académicos (Licenciatura, Maestría, Doctorado). La investigación y los medios de su difusión (Congresos, revistas).
- c) La demanda social de los profesionales de la Psicología, las condiciones de trabajo, los recursos legales, materiales, humanos y económicos, que le afectan.
- d) La generación y vida de organizaciones y federaciones de psicólogos, sus objetivos y los medios para alcanzarlos (Valdés y Tamargo, 2015).

Es así como, la primera Sociedad relacionada con la Psicología fue la "Sociedad Mexicana de Psicoanálisis", fundada en 1956; en los años setentas se constituyen asociaciones de psicólogos con propósitos específicos o paradigmáticas, surgiendo el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación de la Psicología (CNEIP) y la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta en 1976, a finales de la década de los 80's se constituye el Primer Colegio Nacional de Psicólogos (Galindo, 2004; citado en Valdés y Tamargo, 2015), en esta misma década se conforma la Sociedad Mexicana de Psicología Social y la Asociación Mexicana de Psicología Social, en 1951 se forma la Sociedad Interamericana de

Psicología y esta se incorpora como miembro del comité ejecutivo de la Unión Internacional de Psicología Científica (IUPsyS); otra integración de psicólogos a una organización internacional se realizó cuando el Colegio Nacional de Psicólogos, organizaciones regionales de psicólogos de México, se integran en una organización sudamericana llamada la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología (ULAPSI) y en el 2002 el CNEIP, órgano representativo de todas las Instituciones de Psicología y Asociaciones de Psicología en México funda en colaboración con otras instituciones, la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Psicólogos (FIAP) (Valdés y Tamargo, 2015).

El Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP), un organismo asesor en lo académico de las Carreras de Psicología de México y sin fines de lucro determina sus principales objetivos:

- 1) Orientar la enseñanza e investigación de la psicología a la solución de los problemas sociales que plantea la realidad nacional en lo que a esta disciplina respecta.
- 2) Contribuir en el campo de la Psicología, a la implementación de las políticas y normas contempladas en la Ley Federal de Educación de la República Mexicana.
- 3) Impulsar la enseñanza, investigación, difusión y el ejercicio profesional de la psicología científica en las instituciones de enseñanza y/o de investigación de la República Mexicana.
- 4) Otorgar la acreditación a los programas educativos que satisfagan los estándares de calidad en la formación de los profesionales de la psicología, en los niveles de licenciatura y posgrado.

A finales de los años 70's el CNEIP, presento varios caracteres para hacer más eficiente la formación y el entrenamiento de los psicólogos, estableciendo un perfil profesional con los siguientes elementos:

- a) Especificación de las áreas sociales problemas, en donde el psicólogo, como profesional del comportamiento, debe insertar su actividad y tecnología.
- b) Identificación de necesidades prioritarias del país a las que debe responder el perfil profesional, en donde la demanda profesional se inserta en un mercado históricamente deformado.
- c) Definición de los sectores de la población que deben ser recipientes fundamentales de la acción profesional del psicólogo.
- d) Tipificación o Caracterización de las tecnologías y procedimientos, en términos del número de personas que se benefician de los servicios, además de sus características socioeconómicas y culturales (CNEIP, 1977; citado en Piña, 2010).

También, se proyectó el desarrollo de modelos curriculares homogéneos para alcanzar dichos caracteres antes mencionados, tomando en cuenta 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 (en base a la naturaleza de la disciplina y formación de psicólogos);
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, y
6. Formar psicólogos que junto con otros profesionales puedan atacar problemas en todas las áreas sociales prioritarias (CNEIP, 1977; citado en Piña 2010).

Por lo que después de plantearse las propuestas antes mencionadas, el CNEIP señaló en 1978 (Piña 2010), el psicólogo profesional está capacitado para cumplir con cinco funciones fundamentales: evaluación (diagnóstico), planeación, prevención, intervención e investigación, sin embargo dichas funciones han sido definidas de manera ambigua, al no especificar que conocimientos, habilidades y destrezas serían las óptimas para incurrir en los problemas sociales, como articular los dominios teórico y metodológico con las habilidades y destrezas a instrumentar para poder aplicar el conocimiento psicológico.

Así, dentro de la formación del psicólogo se observan diferentes tendencias adoptadas en determinados periodos, tales tendencias requieren de su contextualización en las reformas y transformaciones de las modalidades educativas en las universidades, considerando el perfil profesional, que es siempre el perfil específico de una identidad disciplinaria. La constitución de la identidad profesional y la identidad disciplinar del psicólogo es interdependiente (dependencia recíproca) en la forma o modos de entender e implementar las innovaciones curriculares que se implementa como condición de los procesos formativos (Zanatta y Yurén, 2012).

Por lo que el Consejo Mexicano de Investigación Educativa (COMIE), especifica en las investigaciones referentes a la formación profesional del psicólogo, enfatizan la influencia que tienen ciertos factores como condicionantes de los procesos formativos, entre ellas se tienen, las condiciones institucionales, las características de la disciplina y el desarrollo de esta en el escenario de la

educación superior. De igual forma se mencionan los efectos del crecimiento de la oferta educativa y en la tensión entre la formación en una sola orientación teórica o varias, así como sus implicaciones para la formación del psicólogo. Igualmente, dicha investigación menciona la ausencia de formación que posibilite el trabajo transdisciplinar de los egresados y las limitaciones para el reciclaje y la formación docente en el campo. Y se menciona la necesidad de un proyecto alternativo para la formación del psicólogo (Castañeda, 1995; Ducoing, 2005; Herrera, 1993: citado en Zanatta y Yurén, 2012). Por lo tanto, en la formación del psicólogo, se le debe de proveer de todas las herramientas científicas-metodológicas de la disciplina de psicología, manteniendo una interdependencia con la identidad profesional y la identidad disciplinar que le permita desarrollarse en los diferentes campos, como el organizacional, educativo, deportivo, de la salud.

Enfatizando el ámbito de la salud, un análisis alentador lo mencionan Piña y Robles (2005; citado en Elorza, 2011) referente a la investigación y difusión de la psicología de la salud en México, al referirse que esta disciplina es uno de los campos de actuación profesional que mayor desarrollo ha experimentado en nuestro país en las dos últimas décadas, y menciona cuatro principales indicadores que respaldan lo antes dicho:

1. Las reformas curriculares y la apertura de nuevos programas en los niveles de licenciatura y posgrado
2. La creciente participación de profesionales de la psicología en actos académicos nacionales e internacionales
3. La publicación de trabajos de reflexión teórico-conceptual y de investigación
4. La edición de manuales, compendios, libros y revistas en el área

Aunque las reflexiones teórico-conceptuales, sobre el campo de actuación de la psicología de la salud analizadas, arrojan un desbalance en cuanto a los trabajos teóricos o de investigación y los trabajos en el ejercicio, aplicación, investigación y reporte de la psicología de la salud en diferentes contextos, como un hospital, una clínica o un consultorio, ya sea de una institución pública o privada, dichas investigaciones no impactan en estas instituciones, rezagando el trabajo del psicólogo. De acuerdo con Rodríguez (1998; citado en Elorza, 2011), la psicología ha estado vinculada permanentemente a la salud a través de su colaboración con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, en la unidad de análisis e intervención lo aplica al individuo con trastornos cognitivos, emocionales y/o comportamentales, con o sin base biológica.

Así, especificando el concepto de la Psicología, que de acuerdo con Oblitas (2006), es una ciencia que estudia el comportamiento de los organismos a través del método científico con el propósito de encontrar las variables que influyen en la

conducta de los individuos, ya sea a nivel cognitivo, emocional y motor. Y siendo la psicología simple y sencillamente una disciplina en proceso de consolidación como empresa científica (Piña, Sánchez, García, Ybarra y García, 2013). Entonces, el impulso del desarrollo de la psicología, la determina como: Ciencia, basada en sus conocimientos básicos, y demuestra la utilidad de estos para el bienestar de las sociedades, sobre la naturaleza social de la psicología como disciplina del conocimiento; existiendo entonces dos posibilidades de cualificación de la psicología, como Disciplina científica, con un objeto de conocimiento específico, con el encargo consiguiente de comprensión e investigación del campo de fenómeno correspondiente y la psicología como Profesión, implica por necesidad la carencia de un objeto de conocimiento propio y, por el contrario, un encargo específico en la solución de problemas sociales, su objeto de conocimiento tendría que ver con su práctica social y eficacia, formando parte como todas las profesiones del conjunto de las interdisciplinas (Ribes, 2009c; citado en Ribes, 2011).

Así, las profesiones como psicología y salud, psicología clínica, educativa, ambiental, del trabajo o de las organizaciones, etcétera, no constituyen disciplinas formales, desde el punto de vista del conocimiento son interdisciplinas, por lo que aquí se sitúan, de igual forma, la medicina, la enfermería, el trabajo social, la psicología y salud, entre otras, y en donde todos son campos de actuación profesionales que se integran y sintetizan en un ámbito específico de problemas sociales (Ribes, 2009; citado en Piña, Sánchez, García, Ybarra y García, 2013), por lo tanto, tienen que ver con la práctica social y eficacia, formando como todas las profesiones, del conjunto de las interdisciplinas.

De acuerdo con Garzón (2013), el reformular la formación y competencia profesional de los psicólogos de la salud, implican nuevas tendencias académicas en el nuevo milenio como cambio de visión de la psicología de la salud, y menciona que a partir de la división 38 de la APA se intentó una revisión de los planes de estudio de los futuros psicólogos, enfatizando cuales son las competencias y habilidades que se requieren para la práctica profesional, se mencionan tres dimensiones genéricas que cubren las habilidades básicas para una práctica profesional:

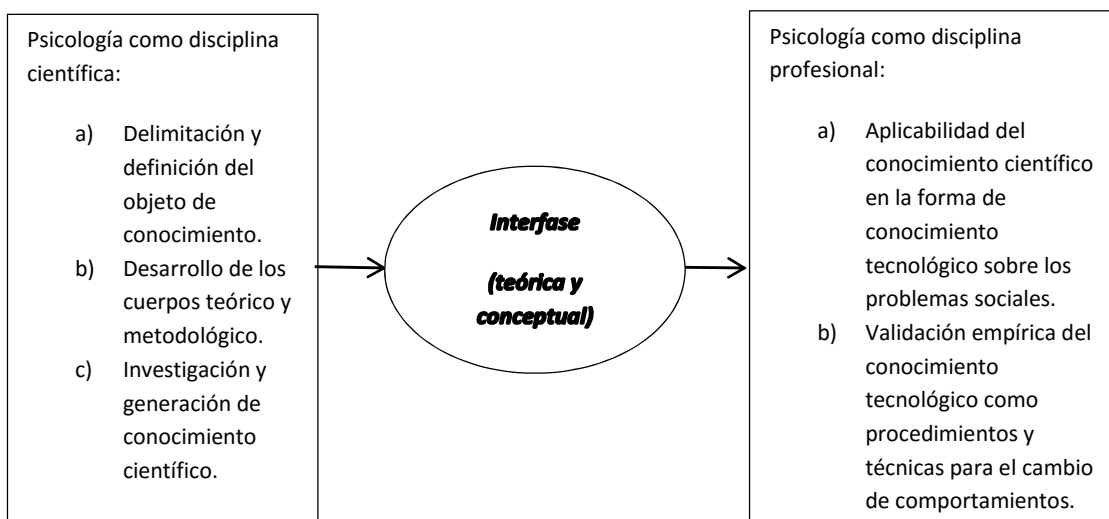
- 1) Una formulación tradicional, teoría, metodología y técnicas de investigación, denominado competencias formales en el sentido de proporcionar a los futuros psicólogos los conocimientos y aptitudes necesarias para el buen desempeño de su trabajo.
- 2) Las habilidades que permite detectar, diagnosticar y programar un plan de actuación ante las necesidades psicológicas y sociales derivadas de un cuadro patológico.

3) La necesidad de que los futuros profesionales aprendan a desarrollar las competencias adquiridas en su formación dentro del contexto de trabajo en equipo, junto a otros profesionales que tienen otras funciones y una sensibilidad diferente. Siendo estas habilidades sociales que se deben inculcar a partir de los primeros años de formación, capacitándolos para saber plantear los problemas y sus soluciones desde perspectivas diferentes, integrando en su visión profesional la psicología, con las perspectivas de los demás profesionistas, como son: los médicos, psiquiatras, oncólogos, enfermeras, trabajador o asistente social, etcétera.

Al margen de los programas de formación y entrenamiento de los psicólogos, Piña (2010), realiza una propuesta para redefinir el rol del psicólogo en el ámbito de la salud, en base en competencias conductuales y se egresen de la universidad psicólogos competentes en los dominios teórico-conceptual y metodológico y en el de la aplicabilidad del conocimiento psicológico desde una perspectiva interdisciplinaria.

Se menciona a la psicología como disciplina científica consolidada o en proceso de ser tal, contrariamente la formación del psicólogo en México se ha justificado en términos profesionales. Por lo que se ha presentado un rompimiento entre lo corresponde en un “orden natural”, primeramente a la psicología como disciplina científica seguida de la psicología como disciplina profesional. Al parecer no hay correspondencia, y en ocasiones se le cataloga a cada una como independientes, siendo así, que la aplicabilidad del conocimiento psicológico solo tiene sentido como conocimiento generado por y desde la disciplina científica (Borja, 2000; Ribes y López, 1985; citado en Piña, 2010). En la Figura 1, se representa dicha relación.

Figura 1. Relación entre la psicología como disciplina y como profesión.

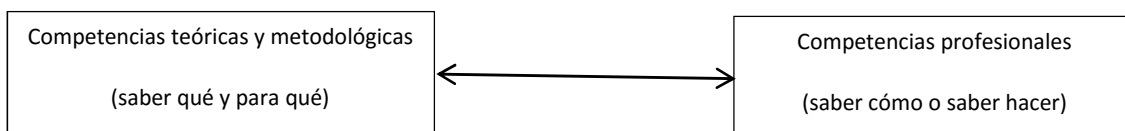


La Figura 1, representa la disciplina científica la cual no se transforma en conocimiento tecnológico automáticamente, para ser utilizado en el nivel profesional, se debe de considerar primeramente una interfase, o extensión del conocimiento que permita adecuar su naturaleza abstracta a las condiciones de especificidad de su aplicación, entre ambas disciplinas.

Por lo tanto, el conocimiento científico se aplica una vez que se “traduce” en la forma de conocimiento tecnológico o práctico y hacerlo extensivo en los escenarios institucionales, como: hospitales, clínicas, centros de salud, etcétera o en contextos naturales, como: comunidades, hogar, etcétera. Para ello es necesario contar con modelos teóricos que permitan “bajar la cortina” y relacionar las categorías generales con su aplicabilidad, a personas, problemas y en circunstancias concretas. Es requisito indispensable contar con un marco teórico que haga posible traducir el conocimiento científico (por definición analítico) en conocimiento tecnológico (por definición, sintético y sintetizador), en categorías conceptuales que son pertinentes a la delimitación de lo propiamente psicológico, entendido éste como el comportamiento de un organismo en interacción con otros organismos, objetos y eventos del ambiente (Ribes y López, 1985; citado en Piña, 2010). De esta manera, en la formación de los psicólogos, va de la mano del conocimiento científico, con el conocimiento potencialmente aplicable; práctica y teoría son una y la misma cosa, es decir, que toda ciencia, tiene una teoría, una metodología y una técnica.

De acuerdo con Ribes (2006; citado en Piña, 2010), nos habla de las competencias que los psicólogos profesionales deben adquirir durante su formación, ya que ser competente supone que se puede hacer algo porque ya se ha hecho antes y porque se tiene el conocimiento de qué es lo que se puede hacer y en qué circunstancias. Por lo tanto, un profesional de la psicología es competente porque dispone de los recursos teóricos, metodológicos y tecnológicos, los cuales son pertinentes para incidir de manera eficiente en los problemas sociales (Figura 2).

Figura 2. Relación entre los diferentes tipos de competencias en psicología y salud.



En la Figura 2, Piña (2010) explica la relación de las competencias en psicología y salud, enfatizando una manera para la formación y entrenamiento de los psicólogos en términos competenciales, y que las funciones sustantivas de

evaluación, planeación, prevención, intervención e investigación son susceptibles de entrenarse a través de la instrucción, la observación directa o el modelamiento, en contextos naturales o artificiales, y es necesario plantear los requisitos para este entrenamiento.

Las competencias conductuales, son habilidades y destrezas tendientes a cumplir con un criterio, eficiencia en una situación social concreta con las habilidades o destrezas que tienen que ejercitarse para cumplirlos (Ribes, 2006; citado en Piña, 2010). En un programa por competencias no hay porcentajes de aprendizaje, o se ha aprendido o todavía no se ha aprendido, por lo que la forma en que el aprendizaje puede ser evaluado es a través de su ejercicio en situación, ya sea de naturaleza práctica (laboratorio o institución) o de naturaleza discursiva, como los argumentos, análisis, críticas, resúmenes, planteamientos, diseños, comparaciones, entre otras, de manera oral, escrito o de lectura (Ribes, 2011).

Los profesionales de la psicología, menciona Piña (2004, citado en Elorza, 2011), deben de hablar de y tratar con la salud, y no hablar de y de tratar con la enfermedad y a su vez deben definir con precisión qué hacer, cómo y porque hacerlo. Puntualizando el qué hacer, es especificar que psicología es la que se pretende aplicar, es decir, con qué base de aproximación teórica y metodológica se abordará la problemática de salud que padece la población y el definir cómo hacerlo y por qué, incluye caracterizar cada situación social en la que se configura determinado problema de salud y llevar a cabo la desprofesionalización (el conocimiento generado por y desde la disciplina básica, el psicólogo transfiere el conocimiento a otros integrantes del equipo de salud y a usuarios del servicio para que sean portadores y hagan uso de dicho conocimiento).

Es importante reconocer que una teoría psicológica general de procesos es importante, para comprender por qué en el contexto particular de la relación psicología y salud es fundamental:

- a) contar con modelos teóricos debidamente articulados en lo conceptual
- b) que sean susceptibles de ser probados y validados en los distintos escenarios sociales
- c) que provean los elementos mínimos para generar conocimiento tecnológico o aplicado e implementarlos en contextos en los cuales se requiere trabajar con la conducta de las personas, en temas como la promoción en el cuidado y mantenimiento de la salud, modificando las conductas de riesgo por las de prevención, facilitando conductas pertinentes para el ajuste a la enfermedad y los tratamientos (Piña, Sánchez, García, Ybarra y García, 2013), entre otros.

Leventhal et al., (2008; Garzón, 2013), menciona que uno de los señalamientos de la trayectoria de la Psicología de la salud radica en plantear, que para los psicólogos de la salud, representa una gran presión al sentirse limitados ante la práctica médica basada en la evidencia (demostración, prueba), y aunque no se niega su eficacia tan bien es verdad los límites de la práctica médica en los procesos de salud-enfermedad, por lo tanto se enfatiza la necesidad de planificar intervenciones basados en modelos teóricos, que integren la práctica basada en la evidencia con el desarrollo de modelos más completos, que ayuden a comprender de manera más eficiente los factores que contribuyen a la salud. De igual forma, la metodología de la investigación se desarrolla y a la par con los modelos tradicionales, se pueden plantear otras estrategias y métodos que arrojen datos valiosos e información a los profesionales de la salud y puedan tomar decisiones asertivas en las intervenciones en temas de salud.

De esta manera, la formación y entrenamiento de psicólogos competentes, que identifiquen qué, por qué, para qué y cómo hacer las cosas, requiere de psicólogos competentes para enseñarles y mostrar cómo se deben ejercitar. Es decir, para formar profesionales competentes, es necesario que los modelos sean competentes (es decir, los profesionales ya insertos en el ámbito de la salud o escenarios institucionales o escenarios naturales), no únicamente deben dominar lo teórico de lo que enseñan, sino también lo metodológico, o sea, en el del saber hacer en instituciones reales, frente a problemas reales y personas reales (Macotela, 2007; citado en Piña, 2010), esto es lo que estudiantes harán una vez que se inserten en dichos ámbitos, ya que las competencias se entrenan en la práctica. De acuerdo con Ribes (2011), menciona, en la formación de psicólogos, es necesario contar con el personal calificado en investigación básica y aplicada y de igual forma entrenado en la aplicabilidad del conocimiento psicológico en los distintos ámbitos o campos sociales: salud, educación, ambiente, organizacional, convivencia social, etcétera.

De acuerdo con Ribes (2005; citado en Piña, 2010), es pertinente conocer cuatro etapas necesarias dentro de la formación y entrenamiento de los psicólogos, como:

1. Identificación de campos de problemas sociales acertados, poblaciones usuarias y funciones profesionales genéricas que ejercitará el psicólogo.
2. Análisis de los niveles y tipos de intersección de la disciplina con las distintas profesiones pertinentes a los campos identificados, así como con los usuarios directos de las poblaciones seleccionadas.
3. La explicitación del paradigma o modelo disciplinar adoptado para formar al psicólogo, con el fin de formular un perfil de competencias profesionales que correspondan a las funciones inicialmente determinadas, y

fundamentar de esta manera los conocimientos y metodología de dicho perfil.

4. Diseñar los contextos de enseñanza-aprendizaje, como circunstancias ejemplares, para la adquisición y ejercicio de los conocimientos teóricos y prácticos dentro del proceso formativo de los psicólogos (Figura, 3).

Figura 3. Interacción entre los dominios teóricos y metodológicos con los problemas sociales en el contexto del quehacer interdisciplinario



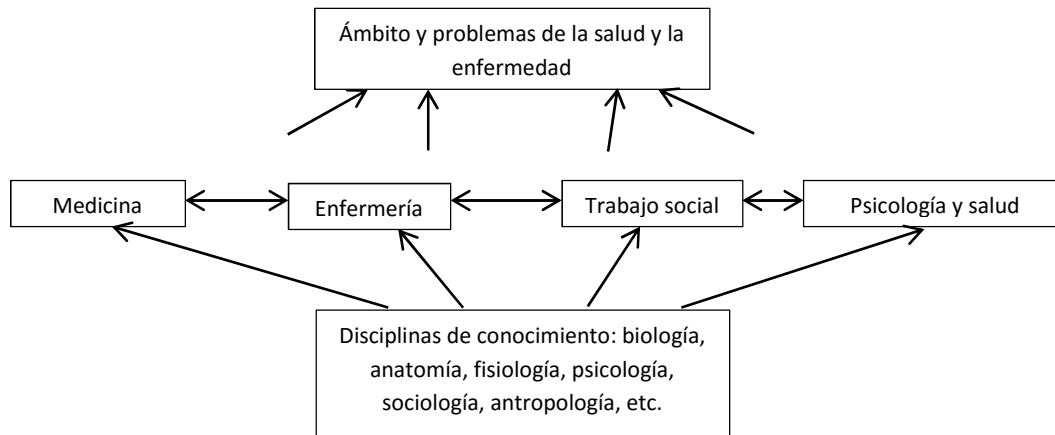
Figura 3, Piña (2010), específica como la convergencia (correlación) interdisciplinaria de la psicología con otras profesiones, se debe de facilitar dentro de los fenómenos en salud y la enfermedad de los individuos, en la formación y entrenamiento de psicólogos competentes

De esta manera, dentro de la formación y entrenamiento de los psicólogos, debe de haber una base sólida en lo teórico y lo metodológico, es decir un conocimiento absoluto de la fundamentación de la psicología como empresa científica o en proceso de consolidación e incidir en una clara propuesta de trabajo interdisciplinario, es decir aprender los distintos tipos de competencias: teóricas, metodológicas y aplicadas.

La Psicología de la Salud, aplica el conocimiento psicológico, como profesión, es una interdisciplina, que comparte con otras disciplinas, con un mismo encargo social, es decir el de la salud y se distingue de todas ellas porque aporta un conjunto de categorías y conceptos para el estudio de la dimensión psicológica (la participación del individuo comportándose) que es pertinente a la salud y la enfermedad, de igual forma un conjunto de procedimientos y técnicas para promover la salud, prevenir que se presente una enfermedad o procurar su rehabilitación, situándose en el mismo plano que otras profesiones y cuyo común

denominador es el ámbito de la salud (Piña, Sánchez, García, Ybarra y García, 2013), como se ilustra en la Figura 4.

Figura 4. Relaciones entre diferentes interdisciplinas en el ámbito de la salud.



Un planteamiento importante que enfatiza Ribes (2005; citado en Piña, Sánchez, García, Ybarra y García, 2013), es que, en la Psicología de la Salud, es comprender que a la par del conocimiento que se aplica está el cómo se aplica, lo cual puede ser de dos formas:

- 1) apoyándose en los profesionales de alguna interdisciplina (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, promotores de salud,
- 2) en los propios usuarios de los servicios (pacientes y sus familiares, grupos de apoyo, líderes comunitarios, en donde la psicología de la salud se inscribe en la salud pública).

Así el rol de psicólogo incluye: a) transmitir el conocimiento a otros profesionales, ya sea que ello ocurra a lo largo de su proceso de formación o en su interacción cotidiana en el contexto de las instituciones del sector salud, como lo son los hospitales, clínicas y centros de salud, principalmente, y b) a los propios usuarios de los servicios, es decir la desprofesionalización. De igual importancia radica en el diseño y evaluación de procedimientos para el cambio conductual y que comprende identificar y evaluar los problemas, plantear las soluciones pertinentes y evaluar posteriormente su idoneidad, efectividad y eficacia (Michie y Abraham, 2004; Ribes, 2009; citado en Piña, Sánchez, García, Ybarra y García, 2013).

Por otro lado, analizar qué y cómo se ha justificado la formación y el entrenamiento de los psicólogos en el ámbito de la salud en México, nos remite en conocer las características de los planes de estudio en el nivel licenciatura. Al

respecto Piña (2010), menciona que la elaboración de planes de estudio de psicología en México se ha justificado sobre la base de criterios de orden técnico y social, dando más peso a este rubro, que a lo propiamente científico.

Así, Silva (2007; citado en Piña, 2010), menciona la premisa, históricamente se inicia, en la forma como se pueden formar profesionales competentes, a través de un conjunto de materias cuyos contenidos, en la forma de parcelas, permiten supuestamente “representar” la dimensión psicológica que es adecuado a los problemas sociales, de salud, de educación, de producción y consumo, de convivencia social y de ambiente. Se considera, en los planes de estudio de nivel licenciatura, de varias instituciones en el país, que los conocimientos adquiridos a lo largo de los primeros cinco o seis semestres, aportarán, y son los conocimientos básicos (teorías psicológicas y metodologías) y que en los siguientes semestres contribuirán para que los estudiantes puedan adaptarlos a los problemas y circunstancias sociales particulares. Y en los últimos semestres, se asegura, que los estudiantes “adquirirán” las competencias (habilidades y destrezas) profesionales para incidir en los problemas sociales a través del conocimiento y posterior “aplicación” se modificarán conductas ya establecidas en el repertorio de los individuos (Piña, 2010).

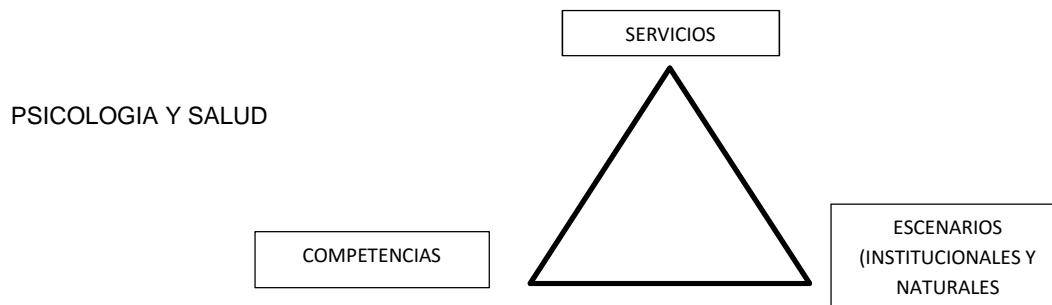
Dentro de la naturaleza del currículo Ribes (2011), considera cuatro aspectos importantes:

- 1) la orientación y lógica curricular, se relaciona con la identidad de la disciplina en la que se pretende formar y explicita un perfil profesional, la filosofía curricular de la psicología mexicana ha sido el eclecticismo (principalmente caracterizada por: a) confundir diferentes posiciones como si fueran complementaria; b) sustentarse en el supuesto de que la información transmitida del docente al alumno es equiparable al conocimiento que se ha acumulado, y c) confundir los campos de conocimiento con los campos de aplicación);
- 2) la inserción social del conocimiento psicológico, es decir de qué manera se va a insertar socialmente él egresado;
- 3) la naturaleza de las condiciones de enseñanza-aprendizaje (especifica las competencias conductuales requeridas como parte del aprendizaje de la disciplina y su ejercicio y especifica las situaciones de enseñanza-aprendizaje que permitan alcanzar dichas competencias) y
- 4) la naturaleza de los lenguajes técnicos inherentes a las diversas funciones propuestas para el psicólogo.

Por lo tanto al contar el psicólogo con una formación disciplinaria sólida en igualdad con un perfil profesional, que garantice el entrenamiento de las competencias pertinentes al ámbito y los problemas de salud, para ello es

necesario una psicología en lo teórico-conceptual, que le haga corresponder con los métodos para el estudio de lo psicológico, como son los procedimientos y preparaciones experimentales, el diseño de sistemas observacionales y de registro, generadora de un cuerpo tecnológico de procedimientos y técnicas y que permitan cumplir con las tareas de evaluación e intervención en los escenarios naturales e institucionales (Piña, Sánchez, García, Ybarra y García, 2013). (Figura 5).

Figura 5. Componentes básicos por considerar en el trabajo del psicólogo en el ámbito de la salud.



En la Figura 5, se describe la disciplina de Psicología y Salud, dentro de los ámbitos de salud, conlleva una psicología teórico-conceptual, una metodología y técnicas, en los cuales el psicólogo es formado y entrenado en estas competencias y se inscribe en dicho ámbito, detectando necesidades en los diferentes escenarios (institucionales y naturales) aplicable a los problemas de interés, como es la salud y cumplir con las tareas de evaluación e intervención.

Se espera del psicólogo en el contexto de las propias instituciones de salud, conocer cuáles son las necesidades más apremiantes de los institutos nacionales de salud, hospitales de zona, hospitales generales, clínicas, centros ambulatorios o centros de salud y las comunidades. Dentro de la formación y del entrenamiento del psicólogo en competencias incluyen la evaluación, planeación, prevención, investigación e intervención- con fines de rehabilitación o para los cuidados paliativos.

Dentro de estas funciones sustantivas mencionadas del psicólogo, está demostrado que en las instituciones cabría la posibilidad de que la evaluación, investigación e intervención adquieran primacía (Inden, Moseley y Erskine, 2005; citado en Piña, Sánchez, García, Ybarra y García, 2013) y en la comunidades lo serían las de evaluación, planeación y prevención, dentro de la prevención primaria o de la atención primaria a la salud (Durán, Hernández y Becerra, 1995; citado en Piña, Sánchez, García, Ybarra y García, 2013).

Actualmente, en nuestro país la SEP convoco a grupos disciplinarios para realizar la “Certificación de los psicólogos en México” a raíz de esta se creó el Colegio Mexicano de Psicología (COMEPSI) auspiciado por la Sociedad Mexicana de Psicología y quienes han iniciado un arduo trabajo para la Certificación de profesionales de manera formal, de la misma manera dentro del trabajo de certificación se han unido el Colegio Nacional de Psicólogos (CONAPSI) en colaboración con CNEIP. Por otro lado, solo existe actualmente el registro de la Dirección General de Profesiones en México de Cédulas Profesionales expedidas a Licenciados en Psicología, sin considerar la actualización de los mismos. Asimismo, la organización gremial es muy importante, por el apoyo que las organizaciones existentes han dado a la academia y a la investigación, a través de la realización de congresos y la publicación de revistas científicas (Alcaraz y Bouzas, 1998; citado en Valdés y Tamargo, 2015). Por otro lado, se ha enfatizado que la psicología mexicana carece de una tradición corporativa, que los colegios no tienen un impacto real en la sociedad mexicana comparado con el trabajo realizado por otras organizaciones gremiales de otras disciplinas, ya que muchas organizaciones tienen una corta vida y las que se han mantenido plenamente consolidadas no cuentan con una base de miembros estable y participativa, la organización gremial es muy importante, por el apoyo que las organizaciones existentes han dado a la academia y a la investigación, a través de la realización de congresos y la publicación de revistas científicas (Alcaraz y Bouzas, 1998; citado en Valdés y Tamargo, 2015).

Por otro lado, es importante que la psicología en México, se trabaje en la legislación de artículos que permitan la regulación y un adecuado manejo de la formación de recursos humanos en psicología, de igual forma la regulación de la práctica profesional (Valdés y Tamargo, 2015).

3.2 Funciones profesionales del psicólogo

Urbina (1992, citado en Valdés y Tamargo, 2015, p.88), definió al psicólogo como “un profesionista universitario cuyo objetivo de estudio es el comportamiento humano individual y social, partiendo de la investigación de los procesos cognoscitivos-afectivos y de su interacción con el entorno, además el psicólogo es un promotor del desarrollo humano, es consciente de sus responsabilidades éticas para consigo mismo y la sociedad, siendo su función genérica la de intervenir como experto del comportamiento en la promoción del cambio individual y social desde una perspectiva interdisciplinaria”. Siendo así, que su inserción profesional compete en varios contextos, en lo que respecta, en el presente trabajo, es en relación a la salud.

El ejercicio profesional del psicólogo es arduo, por lo que de acuerdo con Reynoso y Seligson (2005) es de gran relevancia que este profesional de la salud se enfoque en el cumplimiento de las siguientes premisas básicas que competen a su función:

- 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.

De acuerdo con el Colegio Oficial de Psicólogos (1998, citado en García, Piqueras, Rivero, Ramos y Oblitas, 2008), las funciones que un psicólogo clínico y de la salud puede cumplir, son las siguientes:

1. Evaluación: reunir la información necesaria con la que más tarde se efectuará una intervención o planificación. (a través de: cuestionarios, entrevistas, observaciones, registros psicofisiológicos, tests, prevalencia de enfermedades, características de la población, etcétera).

2. Diagnóstico: identificación y categorización del problema concreto del paciente, grupo o colectivo, posterior al análisis e interpretación de resultados de pruebas previamente aplicadas, el psicólogo debe decidir: a) si se trata de su competencia la actuación sobre ese paciente en concreto o si debe compartir con otros profesionales la ayuda que se precise; b) decidir sobre la severidad del problema y la rapidez de la intervención; c) efectuar un diagnóstico y d) diseñar el tratamiento.

3. Tratamiento: se efectuarán tratamientos e intervenciones, las cuales pueden ser individuales o de grupo, con base en las diferentes escuelas psicológicas y la intervención se enfatiza a programas de prevención de la salud y programas diseñados para acompañar procesos de enfermedad (ejemplo: control del dolor, reducción de estrés en los tratamientos de quimioterapia, etcétera).

4. Asesoramiento, información y coordinación: asesorar a un paciente a la hora de elegir una alternativa de solución para determinado problema, poner a disposición del paciente interesado sus conocimientos y que este alcance su demanda y coordinar las actuaciones de los diferentes profesionales que participan en una determinada intervención.

5. Promoción de la salud/prevenición de la enfermedad: la función del psicólogo es comunitaria, debe de analizar las problemáticas que llevan a generar "riesgos" para la salud, difusión de estudios relacionados con la problemática e implementar

recomendaciones que lleven a la prevención de una enfermedad determinada. Incrementa los conocimientos a la población comunitaria en riesgo, fomenta hábitos saludables para una patología específica, fomenta la accesibilidad a instrumentos preventivos y promoviendo los recursos materiales y humanos disponibles y que estos sean extensivos para toda la sociedad.

6. Investigación: las investigaciones se realizan principalmente en los propios contextos aplicados o en los laboratorios. El trabajo investigativo puede realizarse en equipo, por la relación directa que tiene la disciplina de la psicología con la medicina en el ámbito de la salud y la facilidad de la financiación de la misma investigación.

7. Enseñanza: la transmisión de conocimientos es parte esencial para los profesionales de la salud, el psicólogo puede intervenir en la enseñanza directa, supervisión de prácticas o residencias o elaborar material docente, como son los manuales, publicaciones en general, entre otros.

8. Dirección, administración y gestión: es una función importante del psicólogo en la administración en el sistema sanitario y su gestión del recurso humano, en donde la labor de dirección, coordinación, supervisión, etcétera. se implementa en todos los niveles de atención (ejemplo: atención primaria, ámbitos hospitalarios, etcétera). Es importante conocer la intervención en tópicos, como: Solución de Problemas, Relaciones Humanas, Interacción Personal, Dinámica de Grupos, etcétera.

Todas estas funciones sustantivas del psicólogo, su inscripción en el ámbito de la salud debe de ser más significativa, ya que desafortunadamente en México aún no se puede lograr el completo reconocimiento de la labor de este profesional en el campo de la salud. Ahora bien, es importante mencionar la carencia de los psicólogos profesionales que, siendo competentes, se hallen en la posición de fungir como supervisores calificados, y que desgraciadamente se presume los estudiantes harán una vez que se inserten en las instituciones del sector salud. La mayoría de las veces desafortunadamente los profesionales de la psicología fungen como simples espectadores que hacen las veces de “ayudantes” del personal médico (Piña, 2010), lo que ocasiona que se siga adoptando una visión clínica o una visión médica-asistencial de las enfermedades, lo cual debe de ser en pro de la salud, es decir abordar la problemática de salud y fomentando la prevención.

En México, desafortunadamente la psicología y los psicólogos carecemos de representación formal en los marcos normativos de salud, ya que en la Ley General de Salud únicamente hace referencia una sola ocasión a la psicología,

para mencionarla como una profesión (artículo 79), pero en ningún artículo se menciona las finalidades, materias y servicios propios de esta profesión, pero si es explícita en relación a la profesión médica (Piña y Rivera, 2006; citado en Elorza, 2011).

Existe un raquitismo del que podríamos llamar “mercado” profesional del psicólogo, ya que no se le ha concedido al psicólogo una clara ubicación en el sistema sanitario, pero se le reconoce su importante papel en el desarrollo de programas de prevención, promoción e intervención efectivos. Se pretende que el psicólogo se inserte en el sistema sanitario como agente participativo y cuya labor va más allá de las intervenciones clínicas, ya que busca alcanzar una mayor comprensión del fenómeno de salud y su relación con diversos aspectos psicológicos (Londoño, 2006; citado en Elorza, 2011).

La realidad en nuestro país que se presenta como psicólogos, es que no existe un espacio social para que los psicólogos desplieguen su saber profesional en conjunto con integrantes del equipo de salud como: médicos, enfermeras, trabajadores sociales y administradores orientados a problemas de salud, desde la prevención hasta el bien morir, a diferencia de otros países que cuentan con plazas para psicólogos en cada servicio de salud hospitalaria. Alfonso Grau, psicólogo cubano, menciona que “en México la Psicología de la Salud no acaba de salir de las universidades”, la explicación es, no existe suficiente gente preparada en el campo porque no hay plazas de trabajo y no hay plazas en las instituciones de trabajo porque tampoco se percibe en los medios de las instituciones de salud pública que existan psicólogos de la salud que puedan intervenir en la resolución de problemas de salud (Camacho y Galán; 2015).

Este círculo vicioso empieza a romperse de forma inicial, por medio de programas de formación y entrenamiento en psicología y salud, algunos a nivel de pregrado y otros de posgrado (ejemplo: el programa de licenciatura en Psicología de la Universidad de Sonora, residencias de medicina conductual en la UNAM, en el Centro de Estudios de Investigación en Comportamiento de la Universidad de Guadalajara, en las facultades de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, Autónoma de Nuevo León y Autónoma de San Luis Potosí, así como en la Unidad de trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas)(Piña, Sánchez, García, Ybarra y García; 2013) y Universidad Veracruzana, y acoplamientos particulares en la intervención de protocolos al problema de la obesidad en el IMSS, epidemia que crece en nuestro país y que ha obligado a la apertura de plazas en esta institución de salud (Camacho y Galán; 2015).

Favorablemente, cada vez hay más instancias educativas que forman con mayor calidad a profesionales en psicología de la salud y en el medio social, se da énfasis la perspectiva multidisciplinaria, es decir, la colaboración en los equipos de salud es necesaria. Pero el reto de ganar espacio social es alto y “hacernos necesarios”, en coordinación con los equipos médicos, que tienen reconocido que el ámbito de la salud es su campo, en función de los resultados obtenidos (por ejemplo: el control de las enfermedades virales y bacterianas durante el siglo XX en nuestro país).

Es importante ver el camino que ha recorrido la psicología de la salud, es decir, en las intervenciones de los psicólogos de la salud, en su necesidad de ratificar el modelo biopsicosocial, se han visto obligados a exagerar la medida y cuantificación de la experiencia de la enfermedad y percepción de la salud. Es necesario defender la necesidad de repensar el camino que está tomando la Psicología de la Salud en cuanto se aleja precisamente de su aportación más específica: la orientación subjetiva y social de las personas hacia los temas de salud y enfermedad (Crossley et al., 2001; citado en Garzón, 2013).

Otro señalamiento, lo menciona Suls y Swain (1993; citado en Garzón, 2013), señala las ventajas de utilizar el meta-análisis para los investigadores, teóricos y profesionales. Es decir, se pueden integrar los datos cuantitativos derivados de diferentes estudios empíricos para superar las limitaciones de la investigación más convencional. Es de vital importancia valorar y difundir los métodos más apropiados e incorporarlos a la investigación en la práctica dentro de la enseñanza y formación de los futuros profesionales; la enseñanza y la práctica profesional de la atención sanitaria basada en la evidencia empírica que muestre la eficacia de la intervención de los psicólogos de la salud (Geddes & Carney, 2009; citado en Garzón, 2013).

Suls y Rothman (2004; citado en Garzón, 2013), realizan una valoración del modelo biopsicosocial adoptado por la Psicología de la Salud, y señalan que en un futuro próximo se pueda establecer una relación más clara entre aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales: la investigación, la formación, la práctica y la implementación de modelos deben estar actualizados. De igual forma, abogan por que exista una mayor colaboración entre disciplinas, el desarrollo de modelos teóricos y de investigación integradores y de igual manera el desarrollo de políticas de formación para los futuros psicólogos.

Por lo tanto, se considera que en la medida en que las intervenciones y colaboraciones de los psicólogos en nuestro país tengan aportes significativos en la solución de problemas de salud, es decir, que den resultado, habrá un mayor espacio social. Siguiendo esta línea, en la prevención y la promoción de la salud,

los psicólogos cuentan con un gran campo importante de aportación profesional (Camacho y Galán, 2015).

En resumen, la formación y entrenamiento académico de los psicólogos ha pasado por varias tendencias adoptadas, es necesario la eficiencia de los programas de las instituciones docentes y en consecuencia los egresados, cuenten con las herramientas básicas para llevar eficazmente sus funciones sustantivas (evaluación, planeación, intervención, docencia, investigación, gestión) y se puedan insertar en los diferentes contextos de trabajo, como: salud, organizacional, educativo, entre otros y que estos a su vez continúen su actualización continua. Asimismo, el aumento de la matrícula estudiantil y la demanda de la carrera de psicología, origina varias pendientes, entre ellas, la elaboración de planes de estudio, que se han justificado en criterios de orden técnico y social, que, en lo propiamente científico, dentro de esta línea, la orientación y lógica curricular, se relaciona con la identidad de la disciplina y explícita un perfil profesional del psicólogo.

Existe una preocupación por elevar la calidad del desempeño de los egresados, y el facilitar la inserción de ellos en instituciones públicas o privadas, como son los ámbitos sanitarios, forma valiosa por las repercusiones que un mal desempeño tiene en campos de la salud; cada vez hay más instancias educativas que forman con mayor calidad a profesionales en psicología de la salud en pregrado y posgrado. Piña (2010), hace referencia a la formación y entrenamiento de los psicólogos en el ámbito de salud de forma interdisciplinaria, y da una posible opción en lo que se refiere al rol del psicólogo en esta área y enfatiza, el entrenamiento en competencias necesarias al ámbito y los problemas de salud, contando con una psicología en lo teórico-conceptual, que le haga corresponder con los métodos para el estudio de lo psicológico y que genere un cuerpo tecnológico que implemente en ámbitos sanitarios, como clínicas, hospitales generales, hospitales de especialización, de rehabilitación, comunidad, entre otros.

Capítulo 4.

EL ÁMBITO HOSPITALARIO Y LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD.

Diversas razones permitieron la incorporación de la psicología a los servicios de salud, como clínicas, centros de salud, hospitales generales y hospitales de especialidad. Aunque ha estado presente la psicología en este ámbito de la salud (psicología clínica, salud mental, psiquiatría), han pasado varios acontecimientos significativos, que le han precedido, antes de incorporarse definitivamente como una psicología aplicada, como lo es la Psicología de la Salud. Entre ellos tenemos los avances teóricos, técnicos y de investigación médica, a finales del S XIX y primeras décadas de S XX, el desarrollo científico de la medicina permitió el control de enfermedades predominantes, como las infecciosas, hasta ese entonces. Contrariamente a finales del S XX, aparecen otras enfermedades, asociadas al componente comportamental y a las creencias que afectan el estilo de vida, es decir, una nueva forma de estar enfermo y un desplazamiento hacia las enfermedades crónicas-degenerativas (articulares, respiratorias, cardiovasculares, endocrinas, SIDA, etcétera), se alarga la vida de las personas y envejecen las sociedades, pero a la vez, permite formular sistemas de afrontamiento de la salud y para los sistemas de salud (de organizaciones nacionales e internacionales). La consolidación de la Psicología de la Salud, se enfatiza por las limitaciones del modelo biomédico, y por necesidades de la propia psicología, factores sociales, económicos y políticos, especialmente las políticas sanitarias de las sociedades desarrolladas, los cambios culturales, las nuevas formas de entender y afrontar los problemas derivados de salud y la enfermedad, entre otros (Garzón, 2013).

La psicología de la salud, ha logrado su desarrollo en el modelo de atención que ofrece una cobertura en el los tres niveles de atención a la salud, el primer nivel lo representa los centros de salud, intervine en la promoción y mantenimiento de la salud; el segundo nivel representado por los hospitales generales, las intervenciones se realizan para controlar la enfermedad o disminuir su impacto; en el tercer nivel de atención se encuentran las subespecialidades, se prestan servicios de salud especializados y programas en acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, Gómez (2007) menciona un cuarto nivel de atención a la salud, lo representa una atención compleja en donde se atiende enfermedades catastróficas (cáncer, enfermedades cardiovasculares, trasplantes de órganos, insuficiencia renal crónica, entre otros).

La relevancia de los aspectos psicológicos, en el manejo de enfermedades que prevalecen en hospitales generales o de especialidad, es a través de la intervención del trabajo profesional del psicólogo de la salud con la persona enferma, la familia, el equipo de salud y la institución hospitalaria (Gómez, 2007), las patologías prevalentes, representan características de la transición epidemiológica y con ello su repercusión en la morbi-mortalidad de la población.

Cabe mencionar, que el referirse a la psicología de la salud, también se refiere a la persona en su proceso de enfermarse, ya que la enfermedad no se puede explicar únicamente como fenómeno mecánico o fisiopatológico, en toda enfermedad implican aspectos psicológicos que incluyen varios factores, que el psicólogo de la salud debe evaluar, como los estilos de vida, hábitos, cultura, mitos familiares, etcétera (Nunes, García y Alba, 2006).

Por otro lado, dentro de la participación de profesiones que se fueron enmarcando en el campo de la salud, tenemos a la medicina conductual y la conducta de salud, posteriormente se establece una colaboración más general entre psicología y medicina, en los años 90 del siglo pasado, las alianzas entre estas dos disciplinas tienen cambios, ya que nuevos factores sociales favorecen y refuerzan un cambio en la manera de pensar e interpretar los temas de salud, es decir, son los cambios culturales que convierten salud y enfermedad en algo más que condiciones biológicas, se convierten también en concepciones psicosociales (Cockerham, 2004; Taylor, 2010; Twaddle, 2004; citado en Garzón, 2013).

Los cambios experimentados, más específicamente en la psicología, tenemos el desarrollo de la proliferación de temas y áreas psicológicas en las que intervienen la psicología aplicada a la salud, permitiendo una diversificación de áreas y ha dado como resultado un abanico de cuestiones y temas que tratan actualmente los psicólogos de la salud, y que van desde la fertilidad asistida a los estados terminales, los servicios oncológicos o cardiovasculares a los relacionados con las unidades de dolor, desde los modelos y creencias legas sobre la salud hasta las conductas de salud y experiencia de la enfermedad.

Una forma de ordenar la pluralidad de enfoques, teorías, temas y cuestiones específicas y que en la actualidad dan forma a la Psicología de la Salud, es la especificación de tres tipos de sensibilidad práctica (Seoane, 2005; Seoane y Garzón, 2010; citado en Garzón, 2013). La sensibilidad sanitaria radical, enfatiza la preocupación por las enfermedades y por su intento de acoplarse a los profesionales de la medicina; la sanitaria existencial habla del enfermo, de su experiencia y sus problemas y la sanitaria solidaria, afronta los temas de salud

desde la diversidad y particularidad de los grupos humanos y sus formas de pensar.

La sensibilidad sanitaria radical, integra al psicólogo en el campo de la salud, partiendo de la clasificación de las enfermedades y destacando en cada una de ellas los factores psicológicos implicados. La orientación existencial, enfatiza a los psicólogos que se centran más en enfermos que en enfermedades, más en las personas y su enfermedad. Hacen referencia a los modelos de creencias de salud que están a la base de las cuestiones de diagnóstico y tratamiento; estudian la dinámica de las relaciones entre médico y paciente y sus formas diferentes de interpretar y procesar la información que comparten; de igual forma las implicaciones emocionales y adaptativas de la enfermedad, el tratamiento y la hospitalización. Es decir, realizan todo un proceso completo de la experiencia de la enfermedad, desde los síntomas iniciales de malestar, pasando por el proceso del tratamiento hasta la recuperación. De esta forma cobran importancia las teorías relativas a las concepciones de la salud y la enfermedad, la percepción del control, el estrés y las estrategias de afrontamiento, junto con las características de personalidad. Por consiguiente, en el mismo tiempo, el psicólogo analiza las conductas que facilitan y promueven la salud (ejercicio físico, dieta equilibrada, etcétera, y de igual forma analiza las conductas y hábitos de riesgo (tabaco, alcohol, drogas, etcétera). La orientación solidaria, el psicólogo al enfrentarse al enfermo, este se mueve en distintos grupos de pertenencia, haciéndolo más vulnerable a determinados estilos y situaciones de vida relacionados con la salud, por lo tanto, presenta diferentes formas de enfermar y de afrontar individual, social y económicamente dicha situación. Kato y Mann (1986; citado en Garzón, 2013), en esta orientación abordan desde los problemas de desigualdad social a los específicos de salud en función de edades, sexo, orientación sexual, situación laboral, minorías, etnia, países, etcétera.

Así, dentro de este contexto se aborda la Institución Hospitalaria, en donde la psicología de la salud juega un papel importante y en donde el psicólogo de la salud se inscribe en conjunto con otros profesionales en la preservación de la salud, campo muy prolifero, en donde el psicólogo crece y se desarrolla profesionalmente.

4.1 La Institución hospitalaria al cuidado de la salud

Un hospital es una unidad de cuidado, un centro de tratamiento, una institución de enseñanza, un centro de investigación y un laboratorio (Taylor, 2007). El estigma de la institución hospitalaria, ha ido desapareciendo poco a poco, hace unos 60 o 70 años, los hospitales eran considerados como lugares en los que las

personas iban a morir solamente, o el lugar donde habitualmente se va a nacer, a ser diagnosticado y tratado de múltiples enfermedades.

La dinámica de los hospitales, como instituciones sanitarias, se han modificado hasta cierto punto, acuden los pacientes para ser hospitalizados, para que se les realicen pruebas diagnósticas, para tratamientos que exigen equipo sofisticado y algunos pacientes acuden al hospital debido a una causa de la naturaleza impredecible o grave de una enfermedad. El paciente, ingresa a una “institución-tipo”, en donde su organización es compleja y cuya meta organizacional es proporcionar cuidado médico a sus pacientes. El hospital representa una “subcultura” de la sociedad, representada con valores propios, creencias, normas y símbolos, poco comprendidos por los pacientes (León, 2006).

Dentro de la estructura organizacional que representa un Hospital, en reglas, roles, rutinas, comunicación, etcétera, y en donde el paciente empieza a formar parte de esta, repercutirá en las relaciones que establezca dentro de ésta. De cierta manera se efectúa una dirección de las vidas de los pacientes, al no preocuparse de sus deseos, mediante el control de su comportamiento, la estructuración de sus actividades de acuerdo con las necesidades de la organización, el tratamiento impersonal, la separación del resto de la sociedad, lo cual conlleva una ética científica y profesional y permite facilitar el trabajo del personal sanitario de acuerdo a las metas organizacionales.

La estructura de los hospitales se determina en función de los programas de atención a la salud bajo los cuales ofrezcan sus servicios, por ejemplo: sistemas de atención médica con hospitales propios, organizados jerárquicamente, con una administración principalmente de médicos (directivos), enfermeras y técnicos como empleados; hospitales privados, en donde existen dos líneas de autoridad: una línea médica que está basada en capacidades técnicas y en la experiencia, y una línea administrativa que se ocupa de los negocios del hospital; los médicos representan la cabeza de la línea médica de autoridad y se les concede un alto estatus, el personal de enfermeras, en ocasiones está al mando de estas dos líneas de autoridad, que a veces produce enojo y descontento, igual que a camilleros (Taylor, 2007).

Los hospitales tienen varios niveles de mando: médico, enfermería y administrativo, que implica una comunicación dentro de la organización, y puede ser compleja, además, los integrantes del equipo de salud de un hospital tienen objetivos distintos, lo cual a veces crea conflictos. Así, el médico es responsable principal del tratamiento del paciente, esta fundamentalmente encargado de llevar a cabo cualquier acción de tratamiento que pueda restablecer la salud del

paciente; el equipo de enfermeras se orienta básicamente al cuidado del paciente, implicando el aspecto más humano del tratamiento y el cuerpo administrativo del hospital, cuyo objetivo principal es asegurar el buen funcionamiento y la disponibilidad de recursos, servicios y personal (Mauksch, 1973; citado en Taylor, 2007), aunque a veces se presenta incompatibilidad con los objetivos de cada uno de ellos. Asimismo, dentro del equipo de salud en algunos hospitales, se considera de gran relevancia el trabajo profesional del psicólogo, ya que, al laborar en instituciones sanitarias, realizan intervenciones con pacientes con enfermedades agudas o crónicas, proporcionándoles recursos psicológicos eficientes y poder afrontar asertivamente su enfermedad y la situación de la hospitalización.

Los alcances y áreas de oportunidad de las intervenciones psicológicas de la Psicología de la Salud en las instituciones hospitalarias se apuntado en casi todos los países de América Latina y en otras partes del mundo. Pero actualmente, en la mayoría de los países latinoamericanos, son pocos los hospitales que cuentan con psicólogos nombrados en su plantilla, y que respondan integralmente a las necesidades psicológicas del paciente enfermo, sea este agudo o crónico, ya sea al encontrarse hospitalizado o se le realice algún seguimiento cuando egresa. Algunos hospitales cuentan con psicólogos que generalmente, están integrados al equipo de salud mental, proporcionan atención a los pacientes psiquiátricos, en los hospitales psiquiátricos, o consultas psiquiátricas, y cuyos objetivos se limitan principalmente al diagnóstico, implementando diferentes técnicas y con escasas funciones terapéuticas o de investigación y cuando se llevan a cabo son con intereses psiquiátricos. (Grau, 1996; citado en Duque, Grau, Hernández y Werner, 2005)

Afortunadamente, la inserción de la psicología de la salud en el área hospitalaria, se ha establecido, eficientemente en países como Cuba y Brasil, y en donde el trabajo del psicólogo hospitalario es reconocido. El éxito en la intervención psicosocial se basa en acciones bien coordinadas y realizadas al detectar necesidades y establecer objetivos claros y alcanzables de la intervención psicológica. No obstante, el trabajo profesional del personal sanitario conlleva, una segregación ocupacional de los diferentes gremios (médicos, enfermeras, administradores, etcétera), el trabajo multidisciplinario en un hospital es fuerte. De acuerdo con Zas (2011), cuando un psicólogo se inserta a trabajar como profesional en una institución hospitalaria debe considerar varios aspectos, como: no se ha tenido como base una formación o adiestramiento previo en hospitales; en los hospitales desde su organización y estructura física no se planeó establecer servicios de psicología, el hospital es un espacio institucional que ofrece “resistencia” al psicólogo, era un profesional que no estaba previsto en un inicio, el

psicólogo es considerado como otro especialista, con el cual a veces o en casos extremos se demandan sus servicios, pero no imprescindible para garantizar las principales acciones de un hospital y finalmente no siempre necesitan los servicios del psicólogo, por lo tanto, la producción de necesidades del rol del psicólogo, debe generarlas el mismo y demostrar asertivamente.

Por ello, el psicólogo debe conocer en primera instancia: la institución hospitalaria, Bleger (1994, citado en Zas, 2011) menciona, el psicólogo debe de concebir a la institución hospitalaria, como: "...una institución no es sólo un lugar donde el psicólogo puede trabajar, es un nivel de su tarea. Cuando ingresa a trabajar en una institución...lo primero que debe hacer es no abrir un gabinete, ni laboratorio, ni consultorio para la atención de los individuos enfermos que integran la institución. Su primera tarea es investigar y tratar la institución misma; ese es su primer cliente, el más importante. Se debe examinar la institución desde el punto de vista psicológico: sus objetivos, funciones, medios, tareas, etcétera; los liderazgos formales e informales, la comunicación entre los status...En este orden de cosas el psicólogo es un especialista en tensiones de la relación o comunicación humana, y éste es el campo específico sobre el que debe actuar." (p.38). El conocer la dimensión de la institución hospitalaria, determina una visión de la intervención psicosocial de la salud, factor determinante, en donde se debe conocer, estudiar y tener en cuenta por parte del psicólogo al planear su trabajo de intervención profesional.

En el contexto hospitalario, el trabajo profesional del psicólogo es determinante en la agilidad de toma de decisiones, la precisión en el tipo de intervenciones y de diagnóstico, la capacidad de comunicación con los demás profesionales de la salud entendiendo y utilizando sus códigos, pero sin renunciar a los del propio psicólogo, el conocer las dinámicas hospitalarias, entre otros, son competencias que el profesional de la psicología debe ir trabajando.

Asimismo, cada uno de los integrantes del equipo de salud conoce sus funciones, y están involucrados en la atención a los pacientes, se entiende que, en caso de una emergencia, cada uno de ellos, debe desarrollar e implementar las tareas que mejor desempeñe, permaneciendo flexible y responder de manera efectiva a la situación cambiante y demandante que cada situación lo necesite, aunque sus objetivos son distintos debe de establecerse una comunicación efectiva entre todos los integrantes del equipo de salud, incluyendo al psicólogo.

Siendo así, cuando los pacientes ingresan a una institución hospitalaria llegan inquietos por su enfermedad, alterados ante el internamiento de la hospitalización, sus actividades cotidianas y obligaciones son suspendidas, existe un

desconocimiento, impredecibilidad, falta de control o ambigüedad. En muchos de los casos, en los hospitales hacen poco, o casi nada, por tratar de calmar esta inquietud y la exacerbaban en muchos casos. Asimismo, el paciente con alguna patología sometido a exigencias del hospital, en donde intervienen numerosas variables de personalidad, puede provocar a ser víctima de estrés y directamente producido al ingreso del hospital. Zas (2011), menciona que las reacciones psicológicas más generales que presentan los pacientes en situaciones de hospitalización son: ansiedad, depresión, ira, miedos, fantasías, entre otros.

Zas (2011) menciona que dentro del análisis que debe enfatizar el psicólogo que se inscribe en el contexto hospitalario son los cambios y riesgos de la hospitalización, y son:

- Observar con detenimiento las situaciones que se presentan en la institución hospitalaria, e identificar las que favorecen o entorpecen para una mejor adaptación del paciente hospitalizado.
- Conocer las reacciones psicológicas más frecuentes y necesidades del paciente hospitalizado para su cuidado y prevención.

La hospitalización crea una dependencia del paciente, afectando su autoimagen, degrada su autovaloración y aumenta su estrés. De acuerdo con Gore (1985; citado en León, 2006), los pacientes al poder decidir, a veces en situaciones cotidianas, parecen mostrar una mejoría más rápida, un sentido de bienestar y una mayor supervivencia; frecuentemente el personal sanitario lleva todo el control sobre los medios y recursos, tanto los físicos como los recursos de información y conocimiento del paciente.

El ingreso al hospital del paciente, generalmente es realizado por una recepcionista, la cual se asegura del seguro y que el pago sea correcto, después el paciente es conducido a una habitación extraña, se le proporcionan ropas extrañas, se invade su intimidad e independencia y se encuentra con compañeros de cuarto desconocidos. El paciente es sujeto de exámenes peculiares, es obligado a ponerse en manos de personas extrañas, en un ambiente desconocido en el que todo lo que le ocurre le es nuevo.

Asimismo, del paciente se espera que sea dócil y cooperativo sin demandar una atención excesiva, pero el paciente percibe y se da cuenta que el hospital está organizado a conveniencia del personal, más que a conveniencia del paciente y esta físicamente confinado. La hospitalización crea dependencia y el nivel de independencia o autonomía es un recurso psicológico (del que se carece en el hospital), indispensable para enfrentar diferentes tipos de situaciones (León, 2006). En este contexto los pacientes hospitalizados pueden presentar diversos

síntomas psicológicos, como la ansiedad y la depresión. Por otro, lado el nerviosismo por los exámenes médicos y por las intervenciones quirúrgicas puede producir insomnio, pesadillas y una incapacidad general de concentración. En otros procedimientos, es necesario que a los pacientes se les aisle o inmovilice y ello también representa alteración psicológica.

Sin olvidar otros de los acontecimientos perturbadores para los pacientes en el hospital, es que la atención suele estar tremendamente fragmentada, es frecuente que asistan diariamente hasta 30 elementos del personal del hospital, por la habitación del paciente, personal que realiza exámenes, que toma muestras de sangre, personal que lleva los alimentos, que realiza la limpieza, en muchas ocasiones dicho personal apenas puede tener tiempo para intercambiar un saludo con el paciente. El paciente sufre de una total despersonalización al ser hospitalizado, de tal manera, que con frecuencia se refiere a los pacientes por sus síntomas, enfermedad, hablar de él como si no estuviera presente, reducido a un número o a un diagnóstico, devaluando a la persona e influyendo en su autoimagen y autoestima, necesarios para poder afrontar el estrés (Taylor, 2005).

Los pacientes manifiestan amargamente la falta de comunicación en relación a sus padecimientos y a su tratamiento, existe falta de información, se sienten amenazados, ya que “no sabe qué va a pasar”, y se potencia y agrava la respuesta de ansiedad, y puede ocurrir un efecto inmovilizante sobre los procesos anticipatorios de afrontamiento. La relación médico-paciente, debe de ser satisfactoria, en lo que se refiere a la comunicación, empatía, claridad y las informaciones médicas deben ser efectivas (Zas, 2011). De acuerdo con Millán (1977, citado en León, 2006) “mantener al paciente desinformado y cerrar filas con respecto a la información son dos de las formas mediante las cuales los médicos limitan el poder y autonomía de los pacientes” (p.65), o por otro lado el efecto es similar al dar información poco clara y confusa o con lenguaje técnico.

Aunque, de acuerdo con León, (2006), la sociedad no es un elemento estático y actualmente presenciamos un cambio encubierto en cuanto a las respuestas del paciente, un cambio de actitud, adoptando una posición más activa y luchadora como paciente de los servicios de cuidado de la salud, pueden los pacientes plantear cuestiones referentes a la evolución de alguna intervención, el tiempo de hospitalización, el tratamiento recibido, evaluando alternativas, y minimizando por lo tanto los estados ansiosos crónicos.

Por otro lado, el impacto de la hospitalización, provoca la separación de la familia y sus efectos repercutirán en el estado emocional y la conducta intrahospitalaria del paciente y sobre su vida familiar, los roles familiares se

paralizan lo que determina una necesidad de reajuste de los mismos. Durante la hospitalización, las reacciones psicológicas las presenta el paciente y con ello hay que tomar en cuenta las reacciones de la familia, ya que esta funciona como un sistema, y ante la falta de uno de sus integrantes, entra en estado de desequilibrio, pues pierde uno de sus puntos de sustentación. Por lo tanto, la familia se moviliza, presentando comportamientos ante el paciente y el personal de salud del hospital. Tavares y Sebatiani (1996; citado en Zas, 2011), enfatiza tres tipos de reacciones familiares:

- El sistema familiar se moviliza con la finalidad de rescatar su estado anterior: la recuperación del paciente es el objetivo primordial de la familia, jugando un papel activo y coopera.
- El sistema familiar se paraliza frente al impacto de la crisis: la familia entra en shock, comportamiento muy negativo para el paciente; predominan los sentimientos de desamparo, desesperanza, miedo, ansiedad, entre otros.
- El sistema familiar identifica los beneficios de la crisis y se moviliza para mantenerla: la enfermedad y la hospitalización puede desencadenar una condición emergente familiar patológico.

En la actividad asistencial, Yurss (2002; citado en Jiménez, González, Olivares y Godinez, 2014), menciona las siguientes premisas dentro del enfoque de la familia:

1. Este tipo de abordaje se basa en el modelo biopsicosocial, concediendo a los factores de esta índole una importancia similar en la salud y la enfermedad a la de los factores biomédicos.
2. El foco principal de la atención sanitaria es el paciente considerado en su contexto familiar, lo cual no significa enfrentar el enfoque individual con el familiar, sino entender a la persona como entidad biológica y emocional, explorando los factores familiares para ver hasta qué punto incide en la génesis de la enfermedad.
3. La familia es la fuente principal de las creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud, las tensiones que sufre a través de su ciclo evolutivo se pueden manifestar como síntomas, los cuales pueden ser la expresión de procesos adaptativos del individuo y ser mantenidos por las conductas familiares. Estas son un adecuado recurso de apoyo para el tratamiento de la enfermedad.
4. El paciente, la familia y el profesional sanitario son co-responsables de los procesos asistenciales, sustituyendo el enfoque “diádico” (profesional-individuo) por el “triangular” (profesional-individuo-familia).
5. El profesional es una parte integrante del sistema, no está ajeno a él, así se ha podido observar que la manera de interaccionar del médico con el

paciente y su familia pueden mejorar o agravar el proceso de la enfermedad y, cambiando la forma de actuación del profesional, se puede interactuar de otra forma y obtener mejores resultados.

Es importante identificar las reacciones de la familia cuando tienen un paciente hospitalizado, es necesario detectar necesidades e intervenciones psicológicas necesarias ya que estas influyen en la salud del paciente.

De la misma manera se debe de reconocer el trabajo del equipo de salud (médicos, enfermeras, recepcionistas, camilleros, técnicos, médicos administrativos, entre otros) junto con el paciente y la familia, mejorar el flujo de trabajo con el equipo de salud, proporciona la participación más activa y positiva del paciente y su familia. Mejora la sensación de seguridad, confianza, la información continua permite que todas las intervenciones tanto del paciente como la familia vayan mejorando y adaptando mecanismos de enfrentamiento más adecuados y saludables. Alcanzar estos resultados por parte del equipo de salud implica un proceso de formación y preparación continua, trabajar como grupo, el desarrollo de los valores éticos, una dedicación a la relación, y a la humanización de su práctica. El psicólogo de la salud o psicólogo hospitalario tiene un trabajo activo, como observador y de formador del equipo de salud y prevenir los efectos secundarios que afecten al paciente y familia (Zas, 2011).

De igual forma, dentro de la intervención con el equipo de salud se tiene, conformación de grupos multidisciplinarios asertivos, entrenamiento en habilidades para el enfrentamiento y prevención del estrés (Zas, Martión, Rial, Grau, 1995; Chiattonne, 2000; citado en Zas, 2011); diagnóstico y prevención de enfermedades profesionales, ya que las diferentes categorías del equipo de salud dentro de los ambientes hospitalarios, han sido clasificados como actividades laborales con alta demanda emocional, que puede generar estrés; investigaciones en cómo se organizan las percepciones, presunciones y decisiones de los individuos en relación a los riesgos a los que se exponen a otros en el lugar de trabajo; el Síndrome de Burnout en el personal de salud, por los efectos que repercuten en la calidad de la prestación de los servicios de salud (Hernández, 1995; Grau, Chacón 1999; Román, 2003; citado en Zas, 2011), la salud mental del mismo psicólogo de la salud inmerso en contextos hospitalarios. Es así como la psicología de la salud incide en el ámbito hospitalario, como una disciplina aplicada en: a) intervención con pacientes y familiares y b) intervención con el equipo de salud.

La forma en que el paciente reacciona al hecho de encontrarse hospitalizado y de su enfermedad es única, su comportamiento se observa, dependiendo de la personalidad del paciente, del médico, de los cuidadores, considerando la etapa del desarrollo psíquico en que se encuentre el paciente, el género, el tipo de

hospital, la situación socioeconómica del paciente, la patología que se padece, las expectativas de curación, el ambiente físico, entre otras (Zas, 2011), variables que el psicólogo debe identificar durante su trabajo profesional en una institución sanitaria.

4.2 El hospital como ámbito de trabajo profesional e intervención del psicólogo de la salud

La Institución como el Hospital es un medio tan complejo, en donde están vigentes las políticas, reglas, normas (rotación de personal, citas programadas, políticas de enfermedades nosocomiales, control de infecciones, etcétera), su terminología técnica, exámenes, interacciones, tensión, dolor, miedo, y en donde se encuentra inmerso el psicólogo de la salud, que dentro de su formación profesional en la ciencia de la psicología, investiga, aprende, enfrenta y trata de comprender temas médicos complejos, tales como la implicación del paciente que padece una patología o enfermedad (determinadas enfermedades, procedimientos médicos, aparatos médicos complejos, entre otros), pero el psicólogo tiene áreas específicas de intervención, tanto en lo individual como comunitario, trabajando la prevención (por ejemplo: un enfermo debe ser tratado y prevenido; un paciente puede ser rehabilitado y prevenido), cuando se previenen complicaciones se realizan acciones terapéuticas, la rehabilitación y la promoción de la salud, tanto con el paciente enfermo, la familia y el equipo de salud (Gómez, 2007).

Enfatizando al paciente, la situación de hospitalización, conlleva a que el individuo asuma el rol de paciente durante su estancia en ésta, y resulta de sus comportamientos de adaptación o desadaptación ante la situación de la hospitalización y de la manera de afrontar la enfermedad que se padece. Cada individuo responde de acuerdo a la forma como perciba los síntomas y el proceso de enfermar desde su subjetividad, su historia y los contextos que lo involucran (Mucci & Bernaim, 2005). Siendo así, la hospitalización del paciente, le repercute en varias reacciones psicológicas, que según Polaino (1990, citado en Zas, 2011), existen comportamientos adaptativos o desadaptados ante la enfermedad, como:

- Comportamientos adaptativos a la enfermedad: a) Agrupar la frustración que se presenta ante una enfermedad, para la profundización en la significación de la propia existencia, b) Elevación de la patología que es mucho más que la propia resignación, c) Una entrega realista a los límites que la enfermedad le impone y los tratamientos necesarios, d) Una conducta de ajuste, es decir de adaptación a la enfermedad que se padece, asignando todo lo positivo que se pueda a esta experiencia (los cambios conductuales son importantes para la prevención de enfermedades crónicas).

- Comportamientos desadaptados a la enfermedad: a) Conductas de oposición: el paciente rechaza y se opone a la enfermedad, se presentan con frecuencia reacciones depresivas, ideas suicidas, abuso de sustancias tóxicas, etcétera, b) Conductas de negación: el paciente niega la patología que padece, continua con su vida diaria, no renuncia a sus hábitos nocivos, no se adhiere al tratamiento médico, c) Conductas de sobreinclusión: el paciente se entrega tanto a su enfermedad, que queda incluido en ella. El paciente vive para su enfermedad y ésta en él.

Así, en el trabajo sistemático de la psicología de la salud, una de sus principales aplicaciones, lo es, el trabajo con pacientes que padecen enfermedades crónico-degenerativas, como: enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, enfermedad coronaria); en el aparato digestivo (gastritis, colitis, úlceras), enfermedades renales (insuficiencia renal aguda o crónica), enfermedades endocrinas (diabetes mellitus) entre otras; por lo que la enfermedad crónica influye psicológicamente en el paciente que la padece, generando estrés y repercute en la cronicidad de la patología del paciente, ya que el estrés se va generando ante el diagnóstico inminente, la manifestación de signos y síntomas de la enfermedad, la incertidumbre del pronóstico de la patología, falta de conocimiento del paciente respecto a las alternativas de tratamiento, las creencias, temores y actitudes del paciente ante la misma enfermedad y el tratamiento. Siendo así, el psicólogo de la salud debe proporcionarle herramientas al paciente para que afronte la enfermedad. Zas (2011) menciona, dentro del rol del paciente hospitalizado, las características que se esperan de un “buen paciente” en nuestra actualidad, son:

- Tener un rol activo en su proceso salud-enfermedad: cuente con información de la enfermedad, pregunte, reconozca síntomas y comunicarlos, conozca su tratamiento médico, etcétera.
- Cooperar con el equipo de salud que presta sus servicios: aprenda a aceptar ayuda cuando es necesario, participar activamente cuando su estado físico se lo permita sin afectar su recuperación (el paciente debe aprender a tener la sensación de control sobre su enfermedad, su tratamiento y sensación de control del medio, a través de técnicas de la terapia conductual como, la relajación, manejo de contingencias, detención del pensamiento, planeación de actividades placenteras, entre otras).
- Conservar favorables redes sociales de apoyo y cooperación con cuidadores y familiares, que beneficie su tratamiento médico.

Considerando la importancia de la intervención del psicólogo de la salud en un hospital, es necesario observar con detenimiento las necesidades presentes en los

enfermos, que padecen de las más diversas enfermedades y de la atención psicológica desde una concepción biopsicosocial, así, el trabajo profesional del psicólogo, va ganando terreno en las instituciones hospitalarias, por el hecho real y objetivo de que los aspectos psicológicos cumplen un papel determinante y vital en estos pacientes (Duque, Grau, Hernández y Werner, 2005)

Zas (2011) señala que, las principales tareas que un psicólogo debe implementar en instituciones hospitalaria, son: a) conocer del paciente las condiciones intelectuales de personalidad, intereses, aptitudes, habilidades específicas, y que el equipo de salud conozca dichas habilidades, potencialidades y limitaciones; b) el psicólogo colabora con los integrantes del equipo de salud, definiendo, qué aporte podría dar cada uno de ellos para un mejor trabajo psicológico con el paciente; c) asistencia psicológica a los pacientes y acercamiento con la familia del paciente, para esclarecer sobre las condiciones del mismo; d) investigaciones psicológicas; e) entrenamiento de otros psicólogos; f) instrucción y asistencia psicológica a diferentes especialidades médicas (equipo de salud); y, g) trabajo personal del psicólogo en su formación y autoreconocimiento de límites.

Sin embargo, actualmente existen limitaciones a las que se enfrenta el psicólogo de la salud en un hospital, y son un legado reduccionista de la psicología clínica tradicional a la actual psicología de la salud. Algunos países priorizan el trabajo que desempeña el psicólogo profesional en hospitales, dentro de los principios de la psicología de la salud.

Tal es el caso en Estados Unidos, entre los avances importantes relacionados con la atención hospitalaria se encuentra la creciente participación de los psicólogos. En la actualidad el número de psicólogos en los hospitales va en aumento, así como las funciones que desempeñan. Actualmente los psicólogos participan en el diagnóstico a través de pruebas de personalidad, intelectuales y neuropsicológicas, determinan el nivel general de funcionamiento del paciente, investigan fortalezas y debilidades del paciente, las cuales pueden ayudar a formar la base para la intervención terapéutica (Taylor, 2007).

Los psicólogos también participan en el diseño de programas de intervención, como: la preparación preoperatoria y postoperatoria, en el control del dolor, en intervenciones para la adherencia terapéutica y en programas conductuales de enseñanza sobre los cuidados que debe tener en casa el paciente al ser dado de alta (Enright, Resnick, De León, Sciara y Tanney, 1990; citado en Taylor, 2007), programas preventivos de complicaciones de patologías, reducción del estrés, cambio de estilos de vida (que puede ser generador de enfermedades graves),

aceptación de nuevas condiciones cuando se padece enfermedades crónicas; de igual forma diagnostican o evalúan y tratan problemas psicológicos que puedan complicar la atención del paciente.

Por otro lado, en Latinoamérica, dentro de los avances, el psicólogo de la salud se va abriendo paso en el trabajo en hospitales, en países como Cuba, Brasil (Psicología Hospitalaria) y en determinadas instituciones de México, Colombia, entre otros países, muchos reconocidos y otros menos.

En Cuba, hubo un gran avance en la psicología, con los cambios sociales vividos en los años sesenta, impulsando a la Dirección del Ministerio de Salud Pública, a aportar las condiciones para que la psicología, como ciencia y disciplina independiente, creciera y se desarrollara profesionalmente y contribuyera a la salud de la población. El avance alcanzado de los psicólogos se observó al vincularse a todas las especialidades médicas, sin dejar el campo de la psiquiatría, y se ubicaron en otros niveles del Sistema de Salud, más específicamente en el Policlínico del nivel de atención primaria y se formularon las bases teórico-metodológicas de la psicología de la salud (Morales, Grau, 1989; Grau, 1996, 1997, 2000; citado en Duque, Grau, Hernández y Werner; 2005).

La nueva disciplina de psicología de la salud, permitió a los psicólogos laborar de manera creciente en el segundo y tercer nivel de atención de la salud, como los hospitales e institutos de investigación. Paulatinamente la atención fue cada vez más integral a diversos pacientes, gracias a la introducción de la psicología en el trabajo asistencial, institucional, docente e investigativo del hospital. La búsqueda del rol del factor “humano” en el surgimiento y desarrollo de muchas enfermedades, contribuyó eficazmente el trabajo psicológico en el hospital.

De igual forma, muchas investigaciones impulsaron el desarrollo de la psicología de la salud, como la psicología de la personalidad, investigaciones dirigidas a enfatizar el papel específico de la personalidad como mediatizador de influencias extremas en la aparición de alteraciones psíquicas, estudios sobre el llamado “cuadro interno” o perfil del padecimiento de muchas enfermedades, el conocimiento acerca de la modulación psicológica de respuestas inmunológicas y neuroendocrinas, la caracterización de los estados emocionales en el contexto del proceso de estrés y su influencia en el proceso de desarrollo de una enfermedad, los estilos de afrontamiento, introducción de las terapias cognitivo-conductuales y otras, permitiendo el gran avance en varios países del trabajo de los psicólogos en diferentes tipos de hospitales a partir de la década de los ochentas del siglo pasado.

Tanto en Cuba y Brasil, la introducción creciente de los psicólogos en la atención hospitalaria, se ha debido en gran parte en la definición metodológica-organizativa del objeto, de las funciones y tareas en este tipo de instituciones. Específicamente en Cuba, la creación de servicios independientes de psicología (relacionados al servicio de psiquiatría de un hospital general o clínico-quirúrgico), contribuyó a dar especificidad en los años ochenta a la psicología de la salud, favoreciendo la introducción rápida y fructífera en las grandes instituciones hospitalarias (Grau, Cunill, Martín, Mas, Duque, Zas, 1996; citado en Duque, Grau, Hernández y Werner; 2005). Igualmente, se han reforzado los servicios de psicología o salud mental de hospitales pediátricos, hospitales gineco-obstétricos, ortopédicos, de rehabilitación, etcétera.

La investigación psicológica en Cuba tuvo un gran auge en el periodo de 1970-1990, relacionada a problemas concretos de salud en grandes institutos de investigación cubanos, como los de endocrinología, neurología, oncología, gastroenterología, nefrología, hematología y angiología. Tales acontecimientos, permiten que actualmente, en este país, cualquier institución hospitalaria cuente en su plantilla con psicólogos, variando en número, de acuerdo al nivel del Sistema de Salud donde se inserten estos profesionales. El fortalecimiento del trabajo psicológico lo realizan los técnicos medios en psicología o “psicometristas” (trabajan junto con los psicólogos), graduados en institutos tecnológicos de salud, realizan actividades de orientación y tratamiento, generalmente como coterapeutas. Se mantiene en los hospitales la proporción de un técnico medio por cada dos o tres psicólogos profesionales y trabajan tanto en la atención primaria como en el área hospitalaria y sus funciones son:

- Dominar y aplicar las técnicas psicológicas para el estudio psicológico de los pacientes de consulta y de pacientes hospitalizados.
- Llevar a cabo entrevistas estructuradas.
- Realizar observaciones dirigidas
- Participar en la conducción de grupos educativos de pacientes con diferentes patologías.
- Participar junto con el psicólogo en la protocolización y conducción de algunas investigaciones.
- Aplicar con relativa independencia encuestas, inventarios, cuestionarios y participar en su procesamiento.
- Visitar hogares, escuelas y centros de trabajo para complementar indicaciones del psicólogo.

En Cuba, casi el 40% del total de psicólogos del Ministerio de Salud Pública atiende a la población en más de 280 centros hospitalarios generales o clínico-

quirúrgicos, materno-infantiles o ginecobstétricos, pediátricos, psiquiátricos y en 11 institutos de investigación y otros hospitales altamente especializados (Duque, Grau, Hernández y Werner, 2005).

En Cuba, los psicólogos que forman parte de las plantillas de las facultades de Ciencias Médicas del país (más de 100) están inmersos en el trabajo docente-asistencial, en atención primaria o en hospitales de base de estas facultades y donde forman parte de la plantilla de dicho hospital, permitiendo el intercambio docente con alumnos de medicina, además fortalece que estos últimos tengan la posibilidad de aprender cómo evaluar a un paciente desde un enfoque biopsicosocial, aprenden también la técnica de la entrevista, la importancia de la relación médico-paciente, las consecuencias de la iatrogenia, influencia de las consecuencias negativas del estrés en las más diversas enfermedades, técnicas sencillas del manejo de la ansiedad y del propio estrés en los pacientes atendidos (apoyo psicoterapéutico y algunas técnicas de relajación). Esta integración conjunta del trabajo médico-psicológico, y la influencia recíproca entre ambos, fomenta que el médico integre a sus conocimientos los aspectos psicosociales y posteriormente siente la necesidad de manejar estos aspectos en la práctica diaria e interioriza al psicólogo, como los demás integrantes del equipo de salud y que son valiosos dentro del equipo del hospital.

Por otro lado, el trabajo del psicólogo, está centrado en los aspectos psicológicos de los pacientes, para su manejo integral por parte del personal de salud (médicos, enfermeras, asistente médica, etcétera), por lo tanto, de manera recíproca el psicólogo asimila conocimientos sobre las características y desarrollo de las enfermedades en cada uno de los pacientes, sus síntomas, la secuencia y etapas de desarrollo de las enfermedades, así como las secuelas y el pronóstico, o el deceso del paciente.

Por consiguiente, al psicólogo le permiten estos conocimientos, conocer sobre los aspectos biomédicos, valorar los efectos psicológicos en los pacientes, las reacciones emocionales que en la mayoría de las veces acompañan a la hospitalización y los eventos desagradables, la aceptación de su "rol" de enfermo, la posible colaboración o no ante investigaciones y tratamiento, la denominada "toma decisional", etcétera, por lo tanto la reacción ante la enfermedad como evento estresante, le posibilita al psicólogo, ir trazando paso a paso las intervenciones psicológicas necesarias para un mejor afrontamiento a las enfermedades. Es importante enfatizar, que estas actividades mencionadas, se pueden llevar a cabo cuando el psicólogo está inmerso en un hospital, en una sala del mismo y al pie de la cama del enfermo.

El trabajo profesional de los psicólogos en hospitales, que debe desarrollar sus funciones asistenciales, docentes e investigativas, actividades de asesoría y administrativas. Duque, Grau, Hernández y Werner (2005), hacen referencia a los lineamientos de trabajo del psicólogo en un hospital y mencionan:

- Conocer los aspectos motivacionales y de comportamiento preventivo del individuo en su estado de salud: creencias, valores, hábitos, estilos de vida que fomenta la salud o la perjudican, las redes de apoyo.
- Estudiar los aspectos psicosociales que intervienen en la aparición de la enfermedad “somática”, (reacciones emocionales ante el estrés).
- Conocer las respuestas psicológicas ante la enfermedad y la hospitalización, reacciones ante situaciones de larga estadía, incapacidad y muerte.
- Manejar la historia clínica de los pacientes, como fuente indirecta de información de diagnósticos, procedimientos médicos y observaciones del equipo de salud. El psicólogo reflejara el diagnóstico e intervención psicoterapéutica de manera comprensible.
- Realizar la evaluación y el diagnóstico psicológico de pacientes con las más diversas patologías o enfermedades.
- Realizar las entrevistas necesarias a pacientes y familiares (investigar creencias, motivaciones, actitudes) y favorecer la empatía: con enfermos y familiares. También entrevistar a personal del equipo de salud.
- Dirigir y participar en actividades de atención psicológica mediante manejo psicoterapéutico de diferente tipo (individual, grupal, de pareja), con las más variadas modalidades terapéuticas.
- Realizar grupos educativos con determinados enfermos, para lograr una adecuada adaptación a la enfermedad y disminuir el riesgo.
- Participar en las discusiones colectivas de los pacientes en los servicios.
- Participar en el proceso de rehabilitación de pacientes, con limitaciones en la capacidad de trabajo, secuelas de enfermedades incapacitantes, dirigiendo y evaluando constantemente las acciones médico-psicológicas.
- Desarrollar tareas de evaluación psicológica con fines de peritaje (laboral, judicial, etcétera).
- Participar en la evaluación del curso de determinados procedimientos terapéuticos o en el seguimiento de casos.
- Participar en estudios y tareas de educación para la salud que requieren de la asesoría del psicólogo.
- Atender las dificultades emocionales del personal médico y de enfermería que trabaja con pacientes críticos, terminales o de difícil manejo.

- Conocer los factores psicosociales que intervienen en la utilización de los servicios de salud, preventivos, curativos y el nivel de satisfacción con los servicios recibidos, los cuales evaluará.
- Conocer los factores psicosociales que intervienen en la prestación de los servicios de salud, respecto con la comunicación y la relación médico-paciente, relaciones del equipo de salud y su vínculo con la satisfacción laboral.
- Identificar las variables que favorecen y las variables que limitan la adherencia terapéutica.
- Participar en la selección del personal, tanto de médicos como enfermeras, en aquellas áreas de trabajo que lo requieran.

Es así, como de acuerdo con Averasturi (1985; citado en Nunes, García y Alba 2006) Cuba logró integrar la práctica psicológica a los servicios de salud en todos los niveles de atención (primario, secundario y terciario), en las prácticas asistenciales, áreas de investigación y entrenamiento de recursos humanos. La psicología de la salud alcanzó su objetivo, abarcando procesos psicológicos, psicopatológicos, integro el conocimiento de los procesos socio-psicológicos para el mantenimiento de la salud y la comprensión del origen y del desarrollo de la enfermedad, aspectos de la práctica médica (relación médico-paciente), la satisfacción y utilización de la población con los servicios de salud y la participación de la comunidad en su evaluación.

De esta forma en Brasil, la psicología de la salud tuvo un gran desarrollo, en la década de 1980, principalmente con la consolidación de la psicología hospitalaria, el psicólogo se integra en el Hospital Escola Pública, dando asistencia a los pacientes y familiares generalmente de nivel socioeconómico bajo o medio bajo, persiguiendo un objetivo, el de superar el tradicional dualismo mente-cuerpo y fortalecer los tratamientos con la adhesión terapéutica (Felicio, 1998; Neder, 1992; citado en Nunes, García y Alba, 2006).

En Brasil la implementación de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario, contó con el empeño de profesionales, como Mathilde Neder, por su inserción en 1954 en la Clínica Ortopédica y Traumatológica del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la USP (Universidad de Sao Paulo), iniciando la Dra. Neder su trabajo de seguimiento de pacientes sometidos a cirugía de columna, desarrollo experiencias e investigaciones que engrandecieron la psicoterapia breve, la consultoría, la interconsulta psicológica y la terapia familiar. Otros trabajos de la Dra. Neder, fue su participación en la creación de la División de Psicología en el Instituto Central y también dirigió las Actividades de los

Psicólogos del Hospital de Clínicas en 1987 (Felicio, 1998; citado en Nunes, García y Alba, 2006).

A raíz de dichos acontecimientos, en Brasil, la institucionalización de servicios de psicología hospitalaria se incrementa, destacando el Instituto del Corazón del Hospital de Clínicas de la USP, con la colaboración de la Dra. Belkiss Romano Lamosa en 1974 y organizó el primer evento nacional de psicología en el país. Dentro del producto de las investigaciones destacan los significados emocionales que surgen en el proceso de enfermar, además se destacan los aspectos psicológicos de los enfermos coronarios, el niño enfermo crónico, la persona internada y el intento suicida.

En Brasil, laboran en el campo de la psicología hospitalaria más de diez mil profesionales de acuerdo con investigaciones del Consejo Federal de Psicología de Brasil (CFP; 2001; citado en Duque, Grau, Hernández y Werner, 2005). En este país, se cuenta cientos de miles de psicólogos con diferentes orientaciones teóricas, desarrollando trabajos en el campo de la salud, y se tienen 126,000 psicólogos registrados en el Consejo Federal de Psicología, 16% labora en el área de la psicología de la salud.

En Brasil, a partir de los años cuarenta las políticas de salud, avanzan en las inversiones como a las acciones de salud, hacia un modelo centrado en la institución hospitalaria. Siendo así, que las actividades y programas de salud pasan a ser desarrolladas desde los hospitales, en donde el modelo enfatiza las acciones de salud desde la atención secundaria (modelo clínico-asistencialista) y existe una división de otras acciones relacionadas con la salud colectiva, como lo es las inversiones y trabajos en salud pública y en epidemiología (modelo sanitarista) (Cohn y Elías, 1996; citado en Duque, Grau, Hernández y Werner, 2005). Asimismo, los cursos de formación profesional en ciencias de la salud optan por un enfoque curativo, y los cambios y crisis sucesivas en los sistemas gubernamentales de asistencia a la salud y seguridad social subrayan e incentivan inversiones de la iniciativa privada al modelo hospitalario.

En los 90s, los movimientos de la psicología hospitalaria en Brasil, y de la psicología de la salud tuvieron otras direcciones de los psicólogos, entre ellos, trabajos en psicooncología, psicología aplicada a la cardiología, cuidados paliativos, programas para enfermedades de transmisión sexual y sida, en áreas de neuro-psico-endocrinología y los proyectos gubernamentales de salud materno infantil. Y el psicólogo de la salud fue encontrando poco a poco la vocación interdisciplinar de su especialidad y de otras especialidades en el área de la salud. Y en el siglo XXI, se logró el reconocimiento de la psicología hospitalaria y de la

salud como especialidad en psicología formalmente certificada por el Consejo Federal de Psicología en Brasil (Duque, Grau, Hernández y Werner, 2005).

Siendo así, en México el desarrollo de la psicología de la salud ha experimentado un avance progresivo, inicio su surgimiento a nivel académico y continúa abriéndose camino, buscando diversos escenarios para su aplicación en diferentes instituciones de salud, asimismo, es reconocida la actividad profesional del psicólogo, que proporciona servicios en diversas áreas de la psicología, pero en los hospitales gubernamentales no ha conquistado una participación plena (Domínguez, Olvera, Zaldívar y Hernández, 2005), desafortunadamente no es considerada como una necesidad prioritaria la asistencia del psicólogo, no lo consideran como parte del sector salud y por lo tanto su cobertura conlleva serias implicaciones. Generalmente su trabajo es parte de las líneas de investigación de los programas de enseñanza, pero a veces no forman parte del personal contratado por el sector salud, lo que ha ocasionado un gran desarrollo en instituciones de salud para la enseñanza, pero las plazas para el sector salud y el ámbito hospitalario son limitadas, o son contratados los psicólogos limitando su autonomía, o desarrollando otras actividades diferentes a su formación profesional.

De acuerdo con Piña (2004; citado en Nunes, García y Alba, 2006), en México, los psicólogos que trabajan en el sector salud no determinan una categoría descriptiva identificable como recursos humanos y que están incluidos en el Sistema Nacional de Salud. Dentro de sus recursos humanos en el área de la salud, en el año 2000, se registraron 143 018 trabajadores en el área de la salud que pertenecían al cuadro administrativo, 140 629 eran médicos, 273 096 paramédicos (enfermeras y otros), 36 388 eran auxiliares de diagnóstico y tratamiento y 367 082 sin otra especificación. Por lo tanto, no existe una categoría independiente y conocer cuántos son los psicólogos que trabajan en el campo de la salud o si han sido contratados como tales. Ribes (2011) señala que, en nuestro país existen cuando menos 100, 000 psicólogos egresados (no todos formalmente titulados), cifra que representa una proporción de un psicólogo por cada mil habitantes aproximadamente, frente a esta situación, es relevante que aún existe mucho qué hacer y obtener un área en el sector salud.

De los psicólogos que trabajan en ámbitos sanitarios, su trabajo profesional en ocasiones es limitado, en algunos planes de salud son excluidos, ya que tradicionalmente son de dominio médico, y como consecuencia los psicólogos quedan ubicados como personal subordinado, por disciplinas que entienden poco o nada de la práctica clínica psicológica, además no se le reconoce el estatus

como especialista de la salud independiente, como personal activo del equipo de salud hospitalario, entre otros.

El psicólogo de la salud, al abrirse espacio en el ámbito hospitalario, debe dar a conocer dentro de las políticas institucionales de salud, la perspectiva conductual de la salud de los psicólogos, fomentando su inscripción en el ámbito sanitario, siendo así, al prestar sus servicios psicológicos, es dar a conocer, que estos se implementan en servicios efectivos, no invasivos y menos costosos. Generalmente las intervenciones de los psicólogos en hospitales representan: pacientes con desórdenes mentales severos y que requieren cuidados las 24 horas, pacientes con problemas psicológicos (pánico, ansiedad), pacientes con enfermedades cardíacas, pacientes con depresión progresiva asociada a diálisis renal, manejo del dolor, entre otros.

En el contexto de nuestro país, Domínguez, Olvera, Zaldívar y Hernández (2005) mencionan los roles y responsabilidades de los psicólogos en la práctica hospitalaria:

- Evaluación psicológica: la entrevista diagnóstica, la revisión de expedientes, fuente de datos de otros cuidadores de la salud, implementación del enfoque conductual: observación directa (enfoque conductual, el psicólogo observa al paciente en varios escenarios anotando la frecuencia de comportamientos particulares), contingencias de reforzamiento, entrevista a cuidadores o familiares acerca de las funciones de los pacientes. El psicólogo determina el tipo de evaluación que puede determinar, cognitiva, educacional, vocacional y personal.
- Tratamiento: Como integrante del equipo de salud el psicólogo puede participar en el tratamiento multidisciplinario como: líderes de equipo, miembros de éste o asesores.
- Intervenciones clínicas: la constituyen la terapia individual, familiar, de grupo, asesorías conductuales para problemas de salud, retroalimentación biológica (biofeedback), terapia psicoeducacional, etcétera. Implementación de la terapia cognitivo-conductual (intervención en el manejo del dolor, rehabilitación psicosocial, adhesión terapéutica, etcétera).
- Admisión, diagnóstico, tratamiento y alta: el psicólogo participa en la ejecución de evaluaciones de pacientes dirigiendo conferencias, sugiriendo tratamientos, preparando a los pacientes para su egreso, etcétera.
- Investigación específica: como parte de su entrenamiento el psicólogo produce investigación, es decir la producción, renovación o selección de conocimiento especializado.

- Manejo y administración: los psicólogos intervienen en todos los niveles de manejo, administración en servicios de pacientes internos y externos, servicios de neuropsicología, rehabilitación, salud mental, pediatría, urgencias, etcétera.

Desde la psicología de la salud la intervención psicosocial en el ámbito de la salud, estudia los factores que intervienen en los individuos para que se mantengan saludables, las acciones que fomentan las conductas sanas, o contrariamente los factores por lo que se adoptan conductas y hábitos de riesgo, y se asocian con padecimientos patológicos en cada una de sus fases, como: etiología, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de la enfermedad y aplicar tratamientos coadyuvantes a los tratamientos médicos, con la intención de mejorar las condiciones de curación, rehabilitación y adaptación de la enfermedad; asimismo en la intervención de esta disciplina, se ocupa de los aspectos psicosociales en los programas de promoción a la salud y prevención de la enfermedad y los factores que determinan la participación en el desarrollo de estos programas (Flores, 2007, citado en Jiménez, González, Olivares y Godínez, 2014).

Vila (1999, citado en Jiménez, González, Olivares y Godínez, 2014), menciona como las aportaciones de la psicología social de la salud o psicología de la salud, se ocupa de estudiar la percepción de los síntomas de los pacientes, así como la construcción social de la enfermedad y de la salud de la población, los efectos de las actitudes de los profesionales de la salud al dar a conocer un diagnóstico, implementar un tratamiento o intervención en la rehabilitación, y la actitud de pacientes y familia de estos procesos.

Asimismo, se desarrollan procedimientos terapéuticos para intervenir en el impacto psicosocial de la hospitalización, mejorar la adaptación psicosocial a la enfermedad, comunicación paciente-profesional sanitario, la adherencia terapéutica, dar información adecuada al paciente, redes sociales, desarrollo de estrategias de afrontamiento, intervenir en el ajuste y la adaptación del enfermo crónico a su medio, diseñar intervenciones psicosociales en la preparación de pacientes con tratamiento quirúrgico e intervenir en la mejora del entorno social de los enfermos en situación terminal (Jiménez, 2003; citado en Jiménez, González, Olivares y Godínez, 2014). Reconociendo la etiología multifactorial de la enfermedad, siendo un producto de la interacción entre predisposiciones individuales, influencias ambientales, vulnerabilidad orgánica, estilos de vida y procesos emocionales, implicando que el manejo de la enfermedad debe ser integral (Gómez, 2007).

En el proceso salud-enfermedad, es necesario hacer referencia a las relaciones funcionales entre los factores físicos, psicológicos (conductuales) y sociales-ambientales, es decir cada uno de éstos intervienen en cierta medida en los diferentes problemas que se encuentran en la práctica médica y que requieren atención para satisfacer las necesidades de los individuos sanos o enfermos. La psicología de la salud, utiliza conocimientos científicos de la ciencia psicológica e interviene en el contexto hospitalario, tomando modelos de salud que combine entre otras a la ciencia médica y conductual y la relación conducta y salud (la conducta puede ser alterada por la enfermedad o la enfermedad resulte de la conducta) en problemas psicofisiológicos, enfermedades físicas y sus consecuencias y médicos.

La psicología de la salud utiliza el manejo de técnicas para mejorar el apego de los pacientes a los tratamientos médicos o conductuales, así puede alterar las conductas de enfermedad relacionadas con el paciente (ejemplo adherencia al tratamiento, seguir una dieta específica, cambiar los patrones de conducta que causan estrés, etcétera) y también se persigue intervenir en la prevención de la enfermedad y la intervención en enfermedades crónico-degenerativas o enfermedades terminales.

El trabajo del psicólogo de la salud y las características de su intervención en el proceso salud-enfermedad en un hospital, determina la prevención de la enfermedad, es decir, maneja las situaciones de riesgo psicosocial que aumenten la probabilidad de la enfermedad, evitando que la enfermedad ocasione discapacidad o secuelas que interfieran en la calidad de vida y funcionalidad de las personas. También, da énfasis en la humanización en la atención a la salud, lo que implica un nuevo y mejor manejo de las reglas, roles, rutinas y comunicación médico-paciente en el hospital, fomentando la adherencia terapéutica, estilos de vida saludables y mayor percepción de calidad de vida (Gómez, 2007).

Asimismo, la psicología de la salud en México, interactúa con las instituciones de salud por medio de la investigación-intervención que se han ido creando en los diferentes institutos nacionales de salud, como los programas de residencia de la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), a través de los psicólogos de la salud.

Dentro de los programas de formación y entrenamiento en psicología de salud, ya sea en el nivel de licenciatura (nivel de tesis) o posgrado, destaca la maestría en psicología de la UNAM, esta consta de 12 programas de residencias en las áreas de salud, educación y social (Plan de Estudios de Posgrado en Psicología de la UNAM, 2003). En el área de la salud, la residencia en Medicina Conductual

forma parte del posgrado en Psicología de la UNAM, inició actividades desde 1999 con un enfoque del marco teórico cognitivo-conductual, a la luz de la metodología científica y una implementación de relación docencia-servicio-investigación.

Siendo así, con los avances en la investigación en psicofisiología se estableció la relación entre los factores emocionales-cognitivos y los procesos fisiológicos facilitando el desarrollo de la medicina conductual (Gómez, 2007). La Medicina Conductual es el campo interdisciplinario que integra tanto los conocimientos que proceden de las ciencias de la conducta, psicosocial y biomédica para entender la salud y la enfermedad, aplicando este conocimiento y las técnicas derivadas de los mismos en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación y explicar y manejar el proceso salud-enfermedad. La medicina conductual se fundamenta en los cambios en el comportamiento y en el estilo de vida y que pueden mejorar la salud, prevenir la enfermedad y reducir sus síntomas (Reynoso, Hernández, Bravo y Anguiano, 2011).

La finalidad que persigue el programa de residencia en Medicina Conductual, radica en que el estudiante implemente en la práctica los conocimientos adquiridos, bajo el principio de aprender haciendo y desarrolle las competencias necesarias en ámbitos sanitarios, principalmente en hospitales de segundo y tercer nivel de atención, con una duración de dos años, contando con 2,800 horas de práctica y son becados por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT).

En las instituciones hospitalarias los alumnos se enfrentan a problemas psicológicos derivados del problema médico del paciente, como: a) preparación de pacientes para procedimientos médicos invasivos; b) Manejo de la depresión causada por la estancia hospitalaria; c) Manejo del miedo a lo desconocido en el hospital; d) Manejo del dolor; e) Comunicación de noticias a pacientes y familiares; f) Intervención en crisis; g) Manejo de la adherencia terapéutica; y, h) Derivar a pacientes de casos que no son competencia del psicólogo, entre otros. De igual forma en el hospital, dentro de las actividades de los alumnos, se encuentra el diseño y desarrollo de programas de intervención para coadyuvar con el personal médico en el manejo de las enfermedades crónico degenerativas, y el psicólogo implementa la evaluación, elabora el diagnóstico, la instauración de plan de intervención, así como la aplicación de diferentes técnicas y procedimientos y finalmente realiza la evaluación de los resultados.

Dentro del ámbito hospitalario el residente en Medicina Conductual estudia y modifica el comportamiento del paciente enfermo, ya que el comportamiento del enfermo es en relación a la enfermedad, identificando sus creencias, sentimientos

y pensamientos de la patología que padece, de la idea de su curación, posibles complicaciones o de alguna posibilidad de deceso y de la participación de la familia en la enfermedad. De igual forma identifica en el paciente si tiene pensamientos, sentimientos y creencias respecto al médico, los efectos benéficos o adversos de los medicamentos, de los procedimientos invasivos o no invasivos, del personal de salud, del hospital mismo, etcétera, por lo tanto, el psicólogo o residente colabora en la curación del paciente junto con el equipo de salud y trabaja directamente en la mejora de calidad de vida con patologías crónicas o terminales. El residente en medicina conductual lleva a cabo su trabajo profesional en base en un marco teórico cognitivo conductual, utiliza metodología científica, de igual forma evalúa las condiciones del paciente antes y después del tratamiento; los diseños de investigación se enfocan en el individuo o en el grupo; realiza seguimiento del paciente; las técnicas implementadas para el tratamiento pueden derivarse de la experimentación en el laboratorio o de investigación. Al finalizar su formación realiza un reporte de experiencia profesional, un examen, para obtener el título con el grado de maestría.

Es importante mencionar que dentro de la Psicología de la Salud se ha propuesto un modelo integral de evaluación al paciente, tomando como referencia la conceptualización biopsicosocial del sujeto, ya que es necesario contar con información fisiológica (biológica), psicológica y sociológica, al abordar el proceso salud-enfermedad (Engel, 1977; citado en Osorio, 2014). El modelo Biopsicosocial usado por los psicólogos de la salud originalmente propuesto por Belard, Deardoff, y Kelly (1987 citado en Osorio, 2014).

El modelo enfatiza dos tipos de objetivos: 1) Los objetivos del Paciente y 2) Los objetivos del Medio Ambiente. (ver Figura 1).

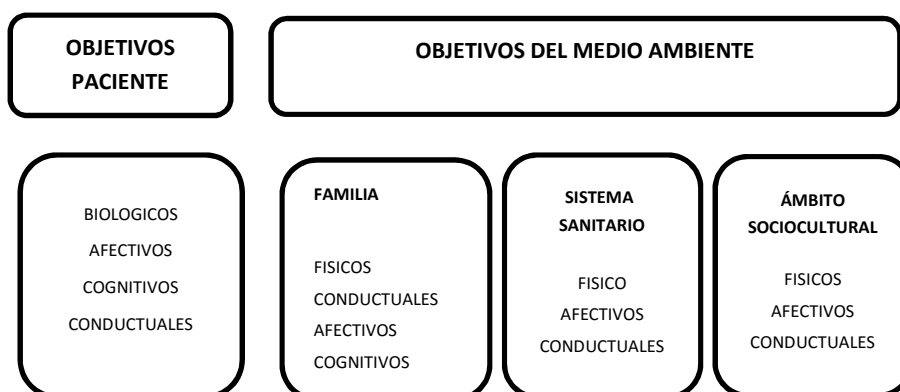


Figura 1, esquema del modelo Biopsicosocial usado por los psicólogos de la salud originalmente propuesto por Belard, Deardoff, y Kelly (1987).

El modelo plantea evaluar de forma integral al paciente y a su medio ambiente, especificando los aspectos biológicos, afectivos, los cognitivos y conductuales de cada uno de los integrantes del proceso.

Al evaluar al paciente, se anotan datos de identificación del paciente y datos de su historia clínica (entender signos y síntomas de enfermedad, tratamientos pasados y presentes, cirugías pasadas, etcétera).

Área afectiva: determinar los afectos, estado de ánimo, sentimientos sobre la enfermedad, tratamiento, proveedores del cuidado de la salud, apoyo social futuro y apoyo personal.

Área cognitiva: Conocer nivel educativo del paciente, inteligencia, conocimientos de la enfermedad y su tratamiento, actitudes hacia la salud y la enfermedad, estilos cognitivos, filosofía de vida y creencias religiosas.

Área conductual: Se enfatiza lo que hace el paciente (acción) y la manera cómo lo hace (estilo), hábitos previos de salud (fumar, práctica de ejercicio, regímenes alimenticios). Utilización y efectividad de los servicios de salud.

Medioambiente

La familia: Evaluar el dominio físico del medio familiar, como disponibilidad de los recursos económicos, características físicas de casa (como escenario), conocer patologías de otros miembros de la familia. En el área conductual identificar el grado en que cada uno de los miembros de la familia participa en el cuidado de la salud del paciente. En el área afectiva, identificar tipos de vínculos existentes entre sus miembros y en el área cognitiva, el conocimiento que la familia tiene sobre la enfermedad y tratamiento (procedimientos médicos).

El Sistema del cuidado de la salud: El psicólogo debe de conocer las características físicas del lugar donde el paciente será tratado. En el afectivo, identificar cómo se sienten los proveedores del cuidado de la salud referente a los problemas del paciente, su patología y como se transmite la información de esta, tratamiento. Al evaluar la conducta, es importante razonar en la organización de la institución sanitaria.

Medio sociocultural: Este medio se caracteriza por: los requerimientos físicos y flexibilidad del oficio y lugar de trabajo del paciente y los recursos sociales, financieros y los servicios disponibles en pro del paciente; círculo social del paciente, ambiente natural del paciente por salud ecológica; en el área afectiva, conocer sentimientos culturales del estilo de vida y enfermedad; en el área cognitiva, conocer en qué consiste el modelo de salud en dicha cultura y en la conducta, identificar costumbres étnicas relacionados o no con la patología y utilización de las instituciones de salud. En este modelo holístico, parte de que en

la evaluación se identifican los problemas y se activan los recursos disponibles y se fortalece el medio ambiente del paciente.

Terminada la evaluación, se planean las estrategias de intervención propias de la Psicología y se delimitan los tratamientos para cada paciente e implementarlos. En este modelo holístico de atención a la salud, el trabajo multidisciplinario es indispensable, por lo que se debe de hacer una delimitación clara de la participación de cada profesionista (por ejemplo: el médico enseña sobre determinada enfermedad; el rehabilitador colabora con las secuelas de dicha enfermedad; el psicólogo: intervienen en conductas de riesgo y de protección, planes de vida, etcétera) (Osorio, 2014).

La inscripción del psicólogo de la salud en ámbitos hospitalarios, es bajo todavía en nuestro país, pero se sigue trabajando para alcanzar un status profesional en el área sanitaria, de acuerdo con Oblitas (2006; citado en Elorza, 2011), en México como en España se han implementado programas innovadores para formar estudiantes en psicología de la salud y en donde el conocimiento que reciben esta entregado al conocimiento en ciencias biomédicas necesarias para la comprensión de la sintomatología clínica patológica y fundamentos biológicos.

Por otro lado, el aporte de publicaciones en la materia, se dan a conocer, la Universidad Autónoma de México en la Universidad de Sonora y la Universidad Veracruzana, de donde se derivan publicaciones de libros, manuales, investigaciones, se dedican a la docencia en el nivel superior, dirigen grupos para la práctica investigativa y como una de las mayores prácticas del país. La Universidad Veracruzana cuenta con el Instituto de Investigaciones Psicológicas y edita la revista "Psicología y Salud", única en su género en Latinoamérica (Piña y Robles, 2005; citado en Elorza, 2011).

De esta forma la psicología de la salud en nuestro país, es basta a un nivel académico, pero no llega realmente a una práctica total y generalizada a toda la población que requiere o demanda el servicio psicológico. El producto de las investigaciones de la psicología de la salud y la aplicación de esta en el contexto real tal vez es poco significativo, y las instituciones de salud pública son ajenas a esta, es necesario creación de políticas que incluyan a la psicología de la salud como parte fundamental y básica de atención a la par con la atención médica.

De acuerdo con Chiattonne (2000; citado en Jiménez, González, Olivares y Godinez, 2014), dentro del trabajo profesional del psicólogo, para inscribirse en ámbitos sanitarios, podría realizar adaptaciones teórico-prácticas, que pueden inducir al profesional a correr riesgo por ser minoría, pero puede adaptarse

satisfactoriamente al modelo médico. Es importante mencionar, que siendo la psicología de la salud un campo aún en desarrollo, requiere de investigaciones y evaluar la efectividad de técnicas de intervención en todos los espacios involucrados, asimismo los nuevos modelos teóricos y prácticos deben ser mejorados dentro del proceso de salud-enfermedad.

En nuestro país la participación del psicólogo en contextos sanitarios, tiene un gran camino todavía, existe un camino ya recorrido y alcanzar la consolidación del reconocimiento del psicólogo y el alcance para trabajar con otros profesionales en el área de la salud, siendo así, es necesario fomentar la formación de competencias para psicólogos hospitalarios para que puedan desarrollarse teniendo como base un esquema de trabajo colaborativo. El contexto de trabajo del psicólogo en la salud es específico y diferente, en relación a los programas de aprendizaje en la formación psicológica, el psicólogo al ejercer sus funciones debe estar donde se presentan los acontecimientos y pueda adquirir aprendizajes en estos nuevos espacios favoreciendo la calidad de su trabajo profesional (Jiménez, González, Olivares y Godinez, 2014).

4.3 El trabajo multidisciplinario en el ámbito hospitalario y el psicólogo de la salud

Las técnicas médicas tradicionales, en nuestros días requieren del uso de conceptos y técnicas de otras disciplinas, en relación al cuidado de la salud de los individuos y que puedan sugerir otras alternativas de solución, cuando se promueve la salud o en caso de padecer alguna enfermedad. El modelo de salud que combine a la ciencia médica y conductual, es una opción, en el análisis de la relación entre conducta y salud (Osorio, 2014).

Se han abierto puertas en relación a esta opción, como el aporte en el ámbito de la salud, de la disciplina aplicada de la psicología de la salud, y su intervención en el modelo de atención que ofrece una cobertura en los tres niveles de atención de salud y en los niveles de prevención, e implementadas intervenciones, además del trabajo conjunto con otros profesionales de la salud. Siendo así, las acciones destinadas para mejorar los niveles de salud de la población en general no pueden seguir desarrollándose en términos unidisciplinarios. Por lo que la psicología de la salud, ha empleado el modelo biopsicosocial (Engel, 1977; citado en Osorio, 2014) y el cual proporciona las bases teóricas para la participación de varias disciplinas que participan al tratamiento holístico del proceso salud-enfermedad.

La psicología de la salud, cuenta con un equipo teórico-metodológico, por ejemplo: un marco teórico para los fenómenos psicológicos dentro del fenómeno

de enfermedad, marco conceptual que explica la relación entre salud y estilos de vida, trabaja la relación del papel del estrés en la salud, enfatiza la existencia de conductas relacionadas con la enfermedad, estudia la importancia de la representación de la gente en cuanto a su estado de salud, especifica el papel de afrontamiento en la enfermedad, así como la adaptación de las personas a la enfermedad, entre otras, y permite el trabajo activo del psicólogo de la salud para que desarrolle su trabajo profesional en diferentes instituciones, áreas y grupos de trabajo.

Para ello es necesario delimitar varios conceptos, que explicitan la relación de conexión entre disciplinas que caracterizan las relaciones multi, inter y transdisciplinaria: la multidisciplinariedad, que se entiende como la actividad práctica de diferentes disciplinas sobre un mismo problema u objeto, actuando en diferentes características del mismo (Guevara, 2012), en ocasiones implica generar un nuevo objeto de estudio a través de la conjugación del conocimiento de dos o más disciplinas, pero estas pierden su especificidad al combinar un enfoque teórico general y una metodología particular durante el proceso de la formación de la nueva disciplina, por ejemplo: Bio-Química o Psico-Fisiología (Ribes, 2010; citado en Camacho, Arrollo y Serrano, 2011); la interdisciplinariedad, se refiere al intercambio y la integración recíproca entre varias ciencias que da como resultado el enriquecimiento mutuo (Guevara, 2012), la vinculación entre dos o más disciplinas ya sea con fines tecnológicos o profesionales en el plano de la colaboración e intercambio de información, colabora relevantemente en la solución de problemas, como en el área de la salud y la transdisciplinariedad es el uso que una disciplina hace del conocimiento y desarrollo de otra con objetivos sólo adecuados en la solución de problemáticas internas de la primera, ejemplo: Psicología Médica, en donde el conocimiento de la psicología se utiliza para la prevención de los problemas iatrogénicos en el ejercicio de la medicina (Camacho, Arrollo y Serrano, 2011).

En el campo de estudio de la psicología de la salud se conjuga una amalgama de interacción multidisciplinaria e intermultidisciplinaria (por ejemplo con la medicina, la sociología médica, la antropología cultural, la psiquiatría, la enfermería, trabajo social y ciencias biológicas, entre otras). Durante la práctica profesional, el profesionista de una disciplina en particular se aboca al estudio y atención de problemas que presente un paciente, pero se percata que puede requerir de ciertos conocimientos de otras disciplinas afines, y determinar si dicho paciente requiere de la intervención de más de un profesional. Zas (2011), menciona que en la década de los 80's del siglo pasado, en México, se desarrolla el trabajo multidisciplinario en la educación para la salud, prevención y promoción y se desarrolla la psicología hospitalaria.

Dentro de la multidisciplinariedad de las áreas, es relevante considerar si existe o no un tratamiento integral del paciente, si se conoce qué puede aportar cada especialista al objetivo común del trabajo con el paciente, ya que la relación entre las distintas disciplinas, pone en juego la salud y se enfrentan a la enfermedad. Cada disciplina aporta desde su formación, en la solución de un problema, sin que el actuar junto con otras disciplinas, se promuevan cambios necesariamente. La participación colaborativa de las distintas profesiones no es una tarea fácil, cada profesional es formado en el marco exclusivo de una disciplina, lo que puede limitar el desarrollo de una perspectiva más amplia (Varona, 2005; citado en Guevara, 2012). Dichas intervenciones se pueden dar en los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. Siendo así, la multidisciplinariedad no construye un código en común, aun cuando cada profesión transmite su propio código desde su disciplina y entienda el originario de cada disciplina que interviene.

Cuando la salud es abordada desde un modelo biopsicosocial, es necesario abordarla desde una perspectiva interdisciplinaria, como un modelo de trabajo, una metodología, un modo de aplicar conocimientos y la forma de intervención, es decir, es una forma de conocer, analizar y abordar un fenómeno o problemática, que supone entre las distintas disciplinas una apertura recíproca y comunicación, en donde no tienen cabida los absolutismos, mandatos o reduccionismos (Mucci y Benaim, 2005).

El trabajo interdisciplinario aparece como necesidad y forma organizada para una eficaz intervención, ante las prácticas autónomas e inconexas. De acuerdo con Mucci y Benaim (2005), sintetizan el trabajo interdisciplinario en:

- Fruto del desarrollo científico.
- Su construcción deriva de la convergencia de conocimientos.
- No demandan un mismo equipo o institución
- Promueve un respeto de los límites del saber propio y los campos de conocimiento de los demás.
- En una situación en donde se interactúa, se parte de la idea que una sola disciplina es insuficiente para abordarla.

En relación al enfoque holístico en donde interviene lo propiamente psicológico, debe de haber una interacción con las dimensiones biológica y social, de acuerdo con Piña (2010), se advierte una premisa fundamental, es preciso hacer converger esas dimensiones y dar cuenta de todo lo relacionado a los problemas de la salud y la enfermedad, es decir realizar un quehacer interdisciplinario, como un ejemplo paradigmático, de cómo entre disciplinas es posible alcanzar acuerdos, aunque

cada disciplina cuenta con un rango de generalidad distinto y promover la prevención de las enfermedades y su rehabilitación. De esta forma dentro de la psicología de la salud, el abordar el proceso salud-enfermedad, enfatiza una convergencia interdisciplinar, así como un objetivo común, el trabajo compartido, la fortaleza del compromiso y la fortaleza de la participación. Aunque, ese equipo de trabajo debe de trabajar de manera coordinada y conjunta, en nuestro país está muy lejos de alcanzarse, ya que en las instituciones de salud la atención que se brinda es por un profesional a la vez.

Siendo así, la inserción del psicólogo en la institución hospitalaria, ha tenido una historia, desde la colaboración con la psiquiatría, la psicopatología, las enfermedades mentales hasta la salud mental, en donde el psicólogo de la salud, delimita su espacio e implementa su intervención y se inscribe en espacios patrimonios de la medicina. A través de las intervenciones, la psicología asiste, media, favorece en colaboración con otras disciplinas a la humanización de la práctica médica. Por lo que el trabajo del psicólogo de la salud en ámbitos sanitarios, junto con médicos y otros profesionales de la salud favorecen las estrategias de intervención.

Aunque en el trabajo del psicólogo de la salud y el equipo sanitario, actúa la “resistencia” de estos profesionales, que tal vez desconocen la función del psicólogo, además de que su intervención tiene una distancia de los parámetros tradicionales, tanto en psicología como en medicina, por lo que el actuar del psicólogo se da en un mayor o menor “distancia” profesional. Es decir, al psicólogo se le han atribuido falsas funciones, que de acuerdo con Zas (2011) son:

- Transmitir “malas noticias” (hechos desagradables, operaciones, amputaciones o la muerte de un paciente)
- Reducir la enfermedad a lo psicológico (después que un paciente fue visto por diez especialistas en diez días y no le encontraron nada, derivan al enfermo, que no tienen algo orgánico o de esperanza que la medicina pueda modificar o curar, el día once es remitido al psicólogo, para que previo a su alta, que es el día doce, él psicólogo descubra que su problema es psíquico), es decir funcionar como “el tacho de los desperdicios”, el último de los Mohicanos.
- El apaga fuego, función de bombero (el psicólogo es llamado en una situación conflictiva, para calmar los ánimos, controlar pacientes demandantes, familiares molestos).

Por lo tanto, el rol del psicólogo de la salud, delimita un conjunto de acciones necesarias para atender problemas de salud, es decir, se orienta tanto hacia las

intervenciones clínicas como estrategias preventivas. El psicólogo dentro de su formación profesional, demanda además aptitudes, habilidades, conocer los aspectos objetivos y subjetivos de las enfermedades médicas; intervenir en el contexto de la relación médico-paciente-familia-institución-comunidad; es necesario que desarrolle destrezas preventivas e identificar precozmente factores de riesgo; aptitudes terapéuticas para incrementar la eficacia de la intervención e intervenir en la gestión del sistema de salud.

El psicólogo evalúa y selecciona recursos adecuados a la situación a través de:

- Análisis cognitivo-comportamental.
- Observaciones comportamentales.
- Métodos psicofisiológicos.
- Cuestionarios estandarizados, entre otros.

En las enfermedades médicas, los correlatos psicológicos deben considerarse en sus particularidades por el equipo de salud y diseñar y aplicar intervenciones de acuerdo a la patología orgánica, cuyo objetivo es curar y proporcionar una calidad de vida mejor de la persona. El papel del psicólogo de la salud en una institución hospitalaria, conlleva la evaluación y asistencia; preventiva, clínica, intervención en crisis; en enfermedades médicas agudas y crónicas; intervención psicosocial; orientada al paciente, vincular, familiar, comunitario, equipo de salud.

La integración de la Psicología y la Medicina, es promover una “oferta” psicológica, desde emergencias y no solamente en la interconsulta, la oferta se da desde el contacto, el encuentro, el intercambio, la apertura, para Godoy (1999; citado en Mucci y Benaim, 2005), la oferta, son promover y acrecentar la salud; prevenir; evaluar y tratar/rehabilitar; analizar y mejorar el sistema y atención sanitaria y la formación de profesionales y realizar investigación. Por lo tanto, la relación interdisciplinaria permite modificar la perspectiva de la asistencia psicológica en los pacientes con enfermedades orgánicas o problemas orgánicos, al proporcionar herramientas para afrontar los síntomas psicológicos que acarrea la hospitalización y los actos médicos, con los pacientes que padecen alguna patología.

En resumen, el desarrollo de la psicología de la salud en el proceso salud-enfermedad, le ha permitido inscribirse en el campo hospitalario, no de manera fácil, pero si abriendo camino, en donde este ámbito de la salud cobra una gran resistencia a esta disciplina, pero las estrategias de intervención y recursos técnicos al campo de las enfermedades patológicas en un hospital, permiten una visión integral del enfermar. El trabajo del psicólogo de la salud, no evade lo

psicopatológico, sino que se extiende a la promoción y prevención de la salud, tratamiento, rehabilitación. El enfoque holístico de la psicología de la salud, al emplear el modelo biopsicosocial, enfatiza que una sola perspectiva de abordar la complejidad de los fenómenos que atraviesa el proceso salud-enfermedad no es suficiente, por lo que es imprescindible el abordaje desde el trabajo interdisciplinario. Así, el psicólogo de la salud en un hospital se orienta hacia las intervenciones clínicas y estrategias preventivas, en áreas, como: cardiología, cirugía, hemodiálisis, oncología, urgencias, preparación e intervención en procedimientos de alta complejidad e invasivos, aversivos, entre otros, e intervenir con el paciente, familia, equipo de salud e institución hospitalaria.

CONCLUSIONES

Con los cambios que se dieron en la definición de salud, en su enfoque holístico, el carácter multicausado del proceso salud-enfermedad, la limitación del modelo médico, han impulsado a la psicología y a la psicología de la salud, más específicamente a intervenir en los problemas de salud con un trabajo interdisciplinario (médicos, enfermeras, sociólogos, trabajadora social, antropólogos, entre otros). Actualmente, las intervenciones de la psicología de la salud, abarca todos los niveles de atención a la salud y niveles de prevención; en el presente trabajo se especifica más el ámbito de la psicología sanitaria y su intervención en el Hospital. En la Institución Hospitalaria las intervenciones psicológicas son muy significativas, para el funcionamiento de este, ya que estudia la esfera subjetiva y el comportamiento (conducta) del ser humano en los problemas de salud, dentro del área subjetiva (la salud se relaciona con un sentimiento de bienestar) y el área objetiva (relacionada con la capacidad del buen funcionamiento del individuo), además de hacer intervenciones con el paciente, lo hace con la familia, el equipo de salud y la institución como tal, enfatizando la importancia del comportamiento, en la evaluación, diagnóstico y tratamiento y rehabilitación de las enfermedades que se tratan en los hospitales de diferentes especialidades médicas.

Siendo la psicología de la salud una disciplina en desarrollo, se va abriendo camino poco a poco en la Institución Hospitalaria, en México, esta disciplina tiene sus inicios en instituciones académicas, más recientemente va interviniendo e investigando con los psicólogos que le dan y le siguen dando auge a este área de la psicología, como lo es el trabajo de tesis o maestrías de residencia en salud, pero es importante enfatizar que estas intervenciones no llegan a la mayoría de la población en general, ya que no existe un espacio social para que los psicólogos implementen su saber profesional en colaboración con los integrantes del equipo de salud, desde la prevención hasta el bien morir, en contraste en otros países, donde cuentan con plazas para psicólogos en cada servicio de salud hospitalaria. Entre las razones encontradas tenemos, que tal vez los productos finales de las tesis y de los trabajos e investigaciones de las residencias en psicología en salud, quedan archivadas sin valorar los resultados por las instituciones hospitalarias, no impactan los resultados obtenidos y sobre todo la importancia en la mejora de salud de los pacientes; la disciplina no sale de lo académico a la práctica real; mejor preparación del psicólogo en formación en áreas de salud; no existe suficiente gente preparada en el campo de la salud porque no hay plazas de trabajo; en las Instituciones de salud no hay plazas de trabajo porque no se percibe que existan psicólogos de la salud que puedan intervenir en la resolución de los problemas de salud; tal vez continúa una representación de la mayor parte

del público que tiene de la disciplina y profesión de la psicología que se orienta principalmente a las enfermedades mentales; rol subordinado de los psicólogos que trabajan en instituciones sanitarias (generalmente son psicólogos clínicos) o desempeñando funciones diferentes de su formación profesional.

Es importante mencionar que las universidades públicas han tenido que responder a la demanda creciente de aspirantes que tienen el deseo de cursar una profesión universitaria, pero la masificación ha repercutido en la vida académica, de la formación de egresados, en la calidad y el entrenamiento de los psicólogos egresados, deserción, rezago, reprobación. Asimismo, el número de programas de licenciatura en México son alrededor de 400 entre universidades públicas y universidades privadas. Los psicólogos académicos se han preocupado por la mejora de la formación académica de los psicólogos y voltean a ver el plan curricular y darle ajuste, para que los psicólogos adquieran las competencias que se deben adquirir durante su formación curricular. De esta forma el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP), menciona que el psicólogo profesional está capacitado para cumplir con cinco funciones: evaluación (diagnóstico), planeación, prevención, intervención e investigación.

En México aún no se logra el completo reconocimiento de la labor de este profesional en el campo de la salud, existe un raquitismo del “mercado” profesional del psicólogo, el psicólogo no se contempla como elemento del equipo de salud, y solamente se demanda su trabajo profesional cuando así lo consideran, el papel del psicólogo en los hospitales, tienen muchas limitantes. En un hospital debería estar presente un departamento de psicología, que coordinara a su gremio, en donde se debe de promover una “oferta” psicológica donde se perfila de observables emergentes, el contacto, el encuentro, el intercambio, la apertura, en donde la intervención del psicólogo no se quede únicamente en la interconsulta, es decir promover y prevenir la salud, evaluar, tratar/rehabilitar, analizar y mejorar el sistema de salud y mejorar la asistencia sanitaria, investigar, formar profesionales y humanizar la atención sanitaria.

Durante mi vida laboral como profesional de la salud en hospital y cercana al área de la psicología de la salud, ésta no estaba presente, es la psicología clínica por la plaza que se contrata al psicólogo, y observé que el psicólogo no tiene presencia directa con el paciente, generalmente se canaliza al paciente hasta donde se encuentre el lugar físico de trabajo de este profesionista, algunos psicólogos independientemente de su corriente psicológica, son adiestrados en el psicoanálisis por el psiquiatra y está subordinado a este profesionista, si el psicólogo requiere alguna evaluación psicométrica de alguna batería se canaliza con un psicólogo externo y espera el resultado para realizar un diagnóstico, realmente es demasiado poco el acercamiento que se tiene con el psicólogo,

generalmente el tratamiento se enfoca principalmente a la patología física del paciente, no se cubren las necesidades psicológicas de los pacientes.

La intervención del psicólogo en el contexto hospitalario como miembro del equipo de salud es la de intervenir o coadyuvar en los tratamientos médicos biológicos o mediante tratamientos psicológicos asertivos de diferentes enfermedades, es decir, intervención psicológica como coadyuvante del tratamiento médico. El trabajo que desempeña el psicólogo profesional en hospitales, enfatiza los principios de la psicología de la salud.

La psicología de la salud como disciplina aplicada, interviniendo en los hospitales, con la psicología hospitalaria, enfoca un gran desarrollo, es necesario seguir con la lucha para que el psicólogo tenga un lugar en el sector salud, y su trabajo profesional sea reconocido, los pacientes necesitan demasiada atención psicológica para superar la enfermedad física, desde necesidades personales, con la relación con la familia, con el equipo de salud y la institución. Las implicaciones de ansiedad, depresión, miedo a la incertidumbre, entre otras por la que los pacientes experimentan al ingresar al hospital, muchas veces no son verbalizadas y cuando lo hacen a veces el personal de salud, no conoce cómo abordarlos aunque quiera; o en la adherencia a los tratamientos muchos pacientes terminan con complicaciones de una enfermedad, porque tal vez no consideran la importancia de los medicamentos prescritos, estos son algunos de los muchos otros acontecimientos que se pueden ver en un hospital diariamente. Así, la psicología de la salud al ocuparse del comportamiento humano e intervenir en el hospital con el trabajo profesional del psicólogo de la salud, se enfrenta con un entramado de redes comportamentales o de conductas y sociales, en los cuales el psicólogo debe de identificar e implementar las intervenciones psicológicas necesarias en pro de la salud

REFERENCIAS

- Amar, J., Martínez, M. & Utria. L. (2013). *Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia* (124-133). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 29(1). Obtenido el 12 de diciembre del 2015, desde: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4186/3270>
- Amigo, I. (2012). *Manual de Psicología de la Salud* (21-29). Madrid, España: Pirámide.
- Camacho, E. y Galán, S. (2015) *Perspectivas futuras de la psicología de la salud en México* (279-281). En Camacho, E. y Galán, S. (2015) *Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud*. Universidad Nacional Autónoma de San Luis Potosí, Universidad de Guadalajara. México. Manual Moderno.
- Camacho, I., Arroyo, R. & Serrano, M. (2011). *Psicología y Lógica: Una relación transdisciplinaria* (Pp.221-230). Interdisciplinaria 28(2). Obtenido el 30 de Enero del 2016, desde: <http://www.scielo.org.ar/interd/v28n2/v28n2a04.pdf>
- Cardozo, I. & Rondón, J. (2014). *La salud desde una perspectiva psicológica*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 17(3), 1079-1107. Obtenido el 12 de diciembre del 2015 desde: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol17No3Art10.pdf>
- Domínguez, B., Olvera, Y., Zaldívar, I. y Hernández, M. (2005). *Regulación cognoscitiva y emocional del dolor crónico en la psicología hospitalaria mexicana* (Pp.397-418). En *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. Grau, J. & Hernández, E. (Coords.). Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. México.
- Duque, A., Grau, J., Hernández, E. & Werner, R. (2005). *La psicología de la salud en la atención hospitalaria* (Pp.295-321). En *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. Grau, J. & Hernández, E. (Coords.). Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. México.
- Elorza, H. S. (2011). *Psicología de la Salud en México*. Tesis de Licenciatura. FES Iztacala. UNAM

- García, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V. & Oblitas, L. (2008), *Panorama de la Psicología Clínica y de la Salud* (70-93). Revista CES Psicología, 1(1).
Obtenido el 29 de diciembre del 2015,
desde: <http://www.revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/64/53>
- Garzón, A. (2013). *Transformaciones y nuevas perspectivas profesionales y académicas de la Psicología de la Salud* (241-252). Revista Latinoamericana de Psicología. Vol.45, No.2.
- Gómez, M. (2007). *La psicología de la salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad* (159-179). Psychologia. Avances de la disciplina. Vol.1, núm.2. Universidad de San Buenaventura. Bogotá, Colombia. Obtenido el 29 de Diciembre del 2015,
desde: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/2972/297224996003.pdf>
- Grau, J. y Hernández, E. (coordinadores) (2005). *Psicología de la Salud, fundamentos y aplicaciones* (pp.33-84). México: Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Guevara, Y. (2012). *Trabajo multidisciplinario para la atención de personas con necesidades educativas especiales* (pp.949-968). Revista Electrónica de Psicología Iztacala 15 (3). Obtenido el 16 de enero del 2016,
desde: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Estadísticas por tema*.
Obtenido el 10 de septiembre del 2015, desde:
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx2t=mdemo107&=est&c=23587>
- Jiménez, D., González, C., Olivares, M. & Godinez, C. (2014). *La intervención psicosocial de la salud en contextos hospitalarios* (Pp.1525-1537). Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 17(4). Obtenido, 17 de febrero del 2015,
desde: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin>
- Juárez, F. (2011). *El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud* (p.72). International Journal of Psychological Research. Universidad de San Buaventura, Medellín, Colombia. Vol.4 Núm 1. Obtenido el 12 de diciembre del 2015, desde:
<http://www.redalyc.org/pdf/2090/299022819009.pdf>

- Labiano, M. (2006). Capítulo uno: *Introducción a la psicología de la salud*. En Oblitas, L.(coordinador): *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: International Thomson
- León, M. (2006). *Psicología y hospitalización. Atención en urgencias* (Pp.15-38). Editorial: Formación Alcalá.
- Libreros, L. (2012). *El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad* (622-628). *Revista Cubana de Salud Pública*. 38(4). Obtenido el 10 de junio del 2015, desde: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n4/spu13412.pdf>
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C., (2008). *Psicología de la Salud. Teoría, investigación y práctica*. México: Manual Moderno.
- Montiel, L. (2013). *Cuadernos de Derechos Humanos. La Salud en México: una perspectiva de Derechos Humanos* (12-24). México. Universidad Iberoamericana.
- Morales, F. (2012). *Psicología de la Salud, realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo* (98-107). PSIENCIA. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica. Buenos Aires, Argentina. Vol.4, núm.2. Obtenido el 22 de Diciembre del 2015, desde: <http://www.redalyc.org/pdf/3331/333127382005.pdf>
- Morrison, V. & Bennett, P. (2008). *Capítulo1. ¿Qué es la salud? En: Psicología de la Salud*. Madrid, España: Pearson Educación.
- Mucci, M. & Benaim, D. (2005). *Psicología y salud: calidoscopio de prácticas Diversas* (123-137). *Psicodebate*, 6. Obtenido el 22 de diciembre del 2015, desde: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico6/6Psico%2009.pdf>
- Nunes, M., García, C. & Alba, S. (2006). *Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales* (138-161). *Estudios Sociales*. Coordinación de Desarrollo Regional. Hermosillo, México. Vol.15, núm.28. Obtenido el 22 de diciembre del 2015, desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41702805>

Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud. Teoría y Práctica* (15-56). México: Plaza Valdés

Osorio, M. (2014). *Escenarios de aplicación de la psicología de la salud relevancia del trabajo multidisciplinario* (Pp.291-300). En Orozco, M. & Caballero, K. (compiladores). *Psicología Latinoamericana: experiencias, desafíos y compromisos sociales*. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A.C. México. Obtenido el 18 de septiembre del 2015, desde: <http://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2014/10/LIBRO-Psicologia-Latinoamerica-Experiencias-desafíos-y-compromisos-sociales.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Las 10 causas principales de defunción en el mundo-2000-2012*. Nota descriptiva N.310. Mayo de 2014. Obtenido 10 de septiembre, desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>

Perea, R. (2009). *Capítulo 1. Promoción y educación para la salud. Alguno pilares básicos*. En Perea, R., *Promoción y Educación para la Salud: tendencias innovadoras* (pp.3-26). España: Ediciones Díaz de Santos.

Pérez, A., Lara, G. y Romero, J. (2008). *Historia Universal. De los orígenes de la modernidad a la crisis del mundo globalizado*. México: Oxford University Press.

Piña, J. & Rivera, B. (2006). *Psicología de la Salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué* (Pp.669-679). Univ Psychol, Bogotá (Colombia) 5(3). Obtenido el 22 de diciembre del 2015, desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a19.pdf>

Piña, J. (2010). *El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las Competencias profesionales* (233-255). Enseñanza e investigación. Vol.15, Número2. Obtenido el 29 de diciembre del 20 desde: http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_15_2/JulioAlfonso_PinaLopez.pdf

Piña, J., Sánchez, C., García, I., Ybarra, J. & García, C. (2013). *Psicología y Salud en México: algunas reflexiones basadas en el sentido común y la experiencia* (347-360). Diversitas: Perspectivas en Psicología Universidad Santo Tomas. Bogotá Colombia. vol.9, núm.2. Obtenido el 22 de Diciembre del 2015 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67932397008>

- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque conductual* (14-18). México. El Manual Moderno.
- Reynoso, L., Hernández, M., Bravo, M. & Anguiano, S. (2011). *Panorama de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM* (Pp.43-49). Revista de Educación y Desarrollo. Obtenido el 20 de diciembre del 2015, desde:
http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/17/017_Reynoso.pdf
- Ribes, E. (2011). *La psicología: Cuál, cómo y para qué* (85-982). Revista Mexicana de Psicología. Vol.28, núm.1. Obtenido el 29 de diciembre del 20015, desde: http://www.uv.mx/psicologia/files/20.14/11/RibesLa_Psicologia1-1.pdf
- Rodríguez, M., García, J., Rentería, A. & Nava, C. (2013). *Efectos de una intervención psicológica en los niveles de glucosa en pacientes con Diabetes Tipo 2* (Pp.1262-1282). Revista Electrónica de Psicología Iztacala. UNAM. 16(4). Obtenido el 22 de diciembre del 2015, desde:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep>
- Rodríguez, G. (2010). *Desarrollo de la Medicina Conductual en México* (5-12). Revista Latinoamericana de Medicina Conductual. Vol.1 Num 1. Obtenido el 22 de diciembre del 2015, desde: <http://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975002.pdf>
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud*. México: McGrawHill
- Torres, I., Beltrán, F. & Martínez, G. (2013). *La Psicología de la Salud. Algunos Apuntes Históricos* (1-18). Revista Electrónica. Medicina, Salud y Sociedad. Vol.3, No.2. Obtenido el 22 de diciembre del 2015, desde: <file:///C:/Users/juan/Downloads/117-435-1-PB.pdf>
- Valdés, R. y Tamargo, A. (2015). *La Psicología Mexicana en el contexto de Iberoamérica* (86-96). *informaciopsicológica*.109, 86-96. Obtenido el 29 de Diciembre del 2015, desde: [file:///C:/Users/juan/Downloads/223-1765-1-PB:2\(3\).pdf](file:///C:/Users/juan/Downloads/223-1765-1-PB:2(3).pdf)

- Vergara, M. (2007). *Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad* (41-50). *Hacia la Promoción de la Salud*. V.12. Obtenido el 12 de diciembre del 2015, desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12nl/v12n1a03.pdf>
- Vinaccia, S. & Quinceno, J. (2006). *Salud y enfermedad desde el modelo mágico al bio-psico-social de la Psicología de la Salud* (165-174). AGO.USB. Medellín, Colombia. V.6 No.2. Obtenido el 12 de diciembre del 2015, desde: [http://web.usbmed.edu.co/usbmed/elagora/docs/agora10/Agora%20Diez%20\(Tema%201%20Salud%20y%20Enfermedad%20desde%20el%20modelo%20magico\).pdf](http://web.usbmed.edu.co/usbmed/elagora/docs/agora10/Agora%20Diez%20(Tema%201%20Salud%20y%20Enfermedad%20desde%20el%20modelo%20magico).pdf)
- Zanatta, E. y Yurén, T. (2012). *La Formación Profesional del Psicólogo en México: trayecto de la construcción de su identidad disciplinar* (151-170). *Enseñanza e investigación en psicología*. Vol.17, Núm.1. Obtenido el 29 de diciembre del 2015, desde: <http://www.cneip.org/documentos/10.pdf>.
- Zas, B. (2011). *Experiencias en Psicología Hospitalaria*. La Habana: Facultad de la Habana