



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“La intervención del psicólogo de la salud en una institución sanitaria de primer nivel de atención”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

PAOLA PEÑA TRUJILLO

DIRECTORA: Mtra. Blanca Leonor Aranda Boyzo

DICTAMINADORES: Mtro. Francisco Jesús Ochoa Bautista

Lic. Emiliano Lezama Lezama



Los Reyes Iztacala, Edo. De México, 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## RESUMEN

La Psicología de la Salud es considerada como el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología, la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas

El objetivo del presente proyecto es presentar cual es la función del psicólogo de la salud, en una institución sanitaria de primer nivel de atención. Así mismo el tipo de estudio utilizado para este proyecto fue de tipo investigación-acción. Los participantes del proyecto fue gente de la comunidad que habita en la colonia Prensa Nacional y sus colonias vecinas, considerada una población de nivel socioeconómico medio, donde la mayoría de las familias; son familias disfuncionales o familias muy extensas. El escenario donde se llevó a cabo la intervención, fue en una institución sanitaria de primer nivel de atención en específico nos referimos al Centro de Salud Prensa Nacional, ubicado en la colonia Prensa Nacional; Tlalnepantla, Estado de México.

La atención que se brindó a esta institución constituyo dos niveles de atención; la prevención y promoción de la salud que se manifestó a través de pláticas y material elaborado para la misma; así como el llevar a cabo una intervención a través de la psicoterapia. La población en psicoterapia durante el tiempo de servicio constó de 25 pacientes, de los cuales 10 fueron del sexo masculino y 15 del sexo femenino; en cuanto a la edad, esta oscila entre los 4 y 58 años. Más del 50% de los pacientes concluyeron su intervención de una manera satisfactoria, obteniendo excelentes resultados al llevar a cabo el plan de intervención; siendo los padecimientos más recurrentes en la población, episodios depresivos, trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y trastorno de la conducta no especificado. En la prevención y promoción de la salud se dieron pláticas de diversas temáticas como violencia incluyendo al bullying, intrafamiliar, etc., prevención de adicciones, depresión, ansiedad, etc., teniendo una población total de 1880 personas beneficiadas. En donde la mayoría de la población fue de sexo femenino y particularmente en las pláticas dadas en el Centro de Salud personas mayores a 25 años de edad. En las escuelas la población fue de adolescentes entre 11 y 15 años de edad, así como algunos profesores. En ambos niveles de atención se obtuvieron resultados benéficos para la población.

# INTRODUCCIÓN

El ámbito de las Ciencias de la Salud ha experimentado sustanciales cambios; como el reconocimiento del modelo biopsicosocial tras la evolución del viejo modelo biomédico, la nueva conceptualización del proceso salud-enfermedad y el conocimiento creciente de factores psicosociales asociados a este proceso, la transición en los perfiles epidemiológicos, el desarrollo de los conceptos de calidad de vida y bienestar y su relevancia para las tareas de salud, el fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud, la caracterización de la atención primaria de salud como ámbito integral fundamental para muchas acciones, la relevancia de la incorporación del trabajo en equipo, son hechos que en las últimas décadas han condicionado la inclusión de las Ciencias Sociales en una nueva forma de pensar en salud. Cada día más se demandan nuevos profesionales que, por su formación, sean capaces de contribuir, desde la investigación hasta la propia práctica profesional, a la búsqueda de soluciones adecuadas para los nuevos retos y problemas en el sector salud (Grau y Hernández, 2005).

La Psicología es una ciencia que nos ayuda a conseguir autocontrol y conocimiento tanto de nosotros mismos como de los demás, esto hace que no sea un lujo, sino una necesidad cada vez más demandada que resuelve las dificultades de la vida cotidiana. La visita al psicólogo ya no se oculta, ha llegado a ser un valor añadido, pues ayuda en nuestro crecimiento y desarrollo tanto a nivel personal como profesional. Así mismo podemos encontrar que dentro de nuestro campo de trabajo como psicólogos tenemos diversas áreas dentro de las cuales nos podemos desarrollar, entre ellas se encuentran la Psicología Clínica, la Psicología Educativa, la Psicología Industrial, etc.; y dentro de estas diversas áreas se encuentra también la ahora conocida Psicología de la Salud. Es por ello que en este proyecto nos enfocaremos en dicha área, conociendo desde sus surgimiento, antecedentes, su objetivo, así como las principales funciones que un psicólogo de la salud debe de desempeñar en dicha área.

Es importante reconocer la definición de salud proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964), la cual la define como: "un estado de bienestar completo físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención son parte de nuestro sistema de valores y continuamente se nos invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud como una dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol. Los pensamientos, sentimientos y estilo general de manejo son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física, es lo que podríamos denominar integración mente y cuerpo.

La Psicología de la Salud, desde los años 70 de la pasada centuria, ha emergido como un campo que, de frente a estos desafíos, puede y debe aportar a la solución de muchos de los problemas de la salud pública contemporánea. Sin embargo, el surgimiento de la Psicología de la Salud no ha sido en el vacío, no se ha debido exclusivamente a la necesidad de contribuir con un conjunto de conocimientos teóricos a la formación integral de los nuevos profesionales de la salud; no surge sin más como resultado de estas demandas. Es también el resultado de multitud de hechos que han ocurrido a lo largo de la historia y que se interconectan entre sí, aparejados al desarrollo de otras disciplinas contribuyentes a la salud pública contemporánea, tales como la sociología y la antropología médicas, la epidemiología y la medicina preventiva.

Así, la primer definición formal acerca de la Psicología de la salud parece deberse a Matarazzo (1980), quien la considero como "el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas". Esta definición se convirtió en la definición oficial de la División de la Psicología de la

Salud de la American Psychological Association (APA), ya que en su reunión anual 1980, fue adoptada como tal con muy pocos cambios.

Los objetivos de la psicología de la salud quedaron definidos en Yale en 1977 y en el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias en 1978, los cuales serían los siguientes:

- Aumento de salud y bienestar de las personas.
- Prevención o modificación de las enfermedades
- Mejor funcionamiento de casos con trastornos

A partir de dicho objetivos es que cada vez el ámbito de aplicación de la Psicología de la Salud abarca nuevas áreas; dentro de las cuales podemos mencionar algunas funciones o roles más específico que le competen, dentro de los que destacan:

- Diseñar, aplicar y evaluar intervenciones psicológicas en personas, familias, grupos o comunidades que se encuentren bajo condiciones de enfermedad física o no, desde un modelo biopsicosocial.
- En organizaciones sanitarias o Servicios públicos, se encarga del diseño, implementación y evaluación de políticas públicas.
- Programas de prevención y promoción de la salud.
- Investigación cualitativa/cuantitativa
- Ética en salud

De acuerdo con la American Psychological Association (1993), las funciones que desempeña el psicólogo de la salud se dividen en:

- La identificación precoz de personas en situación de riesgo.
- Desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables.
- Investigación e intervención en factores que permitan una buena calidad de vida para personas con enfermedades crónicas.
- La inclusión de la perspectiva Comunitaria y de Salud Pública en los esfuerzos de la Psicología de la Salud.

- La necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global.

El lugar de trabajo de un psicólogo de la salud prevalece en hospitales, centros privados, centros asistenciales; siendo esto que la Psicología de la Salud se está haciendo preferentemente en centros privados de formación y/o terapia, así como en hospitales o clínicas generales, pero sobresaliendo el trabajo privado además de que muchos de los psicólogos de la salud o bien, en su mayoría trabajan en dos instituciones (Ardila, 2000).

En cuanto a las instituciones donde puede ejercer un psicólogo de la salud nos encontramos con los Centros de Salud (CS) o Centro de Atención Primaria (CAP), se refiere a una institución la cual atiende a población en un primer nivel asistencial sanitario; es decir, prevención y promoción. Los servicios que ofrece son consulta externa, odontología, nutrición y psicología. En cuanto al personal con el que se cuenta en dichas instituciones encontramos al médico general, enfermeras, odontólogos, y técnicos en atención primaria de la salud (taps); sin embargo en algunas instituciones se cuenta también con nutriólogos, pediatras, ginecólogos y psicólogos.

Hablando específicamente de las funciones que le competen al psicólogo de la salud en una institución de primer nivel de atención; se encuentran como foco principal la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Contando con varios ejes como son línea de vida, que se trabaja en conjunto con los médicos; otro eje como son las comunidades saludables en el cual el trabajo consta de la realización de talleres o pláticas; el eje escuela y salud en el cual se trata de acudir a las instituciones de educación a dar talleres y pláticas; la prevención de adicciones, en la cual se realizan talleres que constan de sesiones comunitarias pero con una atención de primer nivel. Y la atención en salud mental, el cual juega un rol fundamental dentro de las funciones del psicólogo de la salud porque la atención en salud mental incluye desde pláticas sobre temáticas específicas como son la depresión, esquizofrenia, epilepsia, psicopatologías, trastorno por déficit de atención, etc.; así como el servicio de psicoterapia.

Así el objetivo del presente proyecto es presentar cual es la función del psicólogo de la salud, en una institución sanitaria de primer nivel de atención.



# PSICOLOGÍA DE LA SALUD

El siglo XXI se ha convertido en el preámbulo para el denominado ámbito de las Ciencias de la Salud ya que sus características y el modo de desarrollar sus conocimientos han experimentado sustanciales cambios. Dentro de los cuales destacan el reconocimiento del modelo biopsicosocial tras la evolución del modelo biomédico; la nueva conceptualización del proceso salud-enfermedad y el conocimiento del que ahora se considera como un factor importante en el proceso del mismo que son los factores psicosociales asociados a este, la relevancia de la incorporación de un trabajo en equipo se han convertido en hechos fundamentales que en las últimas décadas han condicionado la inclusión de las Ciencias Sociales a una nueva forma de pensar la salud.

Más allá de la ausencia o presencia de enfermedad, hoy en día la salud es entendida de una manera más amplia; incluyendo de forma dinámica diversos grados de afectación. Así la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “el estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. Ante esta problemática se presenta una interrogante sobre qué es lo que causa dicha enfermedad lo cual se podría responder a partir de dos cuestionamientos; el primero es que la enfermedad proviene de elementos externos al cuerpo que lo invaden y generan cambios físicos dentro del mismo como pueden ser las bacterias, los virus, parásitos, etc. Y la segunda que la enfermedad se origina a partir de cambios físicos internos y además involuntarios, a que nos referimos con esto, a cambios en el balance químico, predisposición genética, etc. Así que, ya que la enfermedad se origina a partir de cambios biológicos o elementos externos que van más allá del control de la persona los individuos así no se perciben responsables de la enfermedad.

A partir de este cuestionamiento el tratamiento tendría como principal objetivo el cambio en el estado físico del cuerpo humano y el responsable del tratamiento para esta situación se considera que debe ser el experto en el estudio del funcionamiento físico del cuerpo; es decir, el médico. Así se propone el ya utilizado y ambiguo modelo biomédico, el cual sitúa tres puntos básicos como su principal metodología. El primero en ser mencionado es el dualismo; ya que considera a mente y cuerpo como entidades separadas; el segundo, el materialismo y reduccionismo, es decir; lo que no se puede explicar cómo procesos celulares y moleculares no es válido. Por último la objetividad, la cual no considera el papel del observador en la construcción de la realidad. Vemos a la enfermedad a partir de este modelo puramente de naturaleza física, con tratamientos dirigidos solamente a síntomas físicos y desempeñando un rol significativo el ámbito médico. Sin embargo anteriormente se mencionaba una naturaleza biopsicosocial de la salud, donde el rol del psicólogo juega un papel fundamental; porque la enfermedad puede generar consecuencias psicológicas, sin embargo no se han estudiado dichas causas. Así bien, un cáncer puede causar tristeza o enojo pero no se percibe que estas emociones puedan influenciar en el origen de tal cáncer.

Es así que a partir de un modelo biopsicosocial del individuo, damos cuenta; que los seres humanos somos vistos como sistemas complejos y es así que la enfermedad será causada por múltiples factores y no solo por un único factor causal; es decir si bien retomando el modelo biomédico la enfermedad puede ser causa de factores biológicos como algún virus también factores psicológicos y sociales pueden ser determinantes. A partir de que la enfermedad se origina por la combinación de una serie de factores que incluyen al propio individuo, éste ya no es considerado como un ser pasivo sino activo. Ya que la conducta o los pensamientos interactúan en el desarrollo de una enfermedad, el individuo es ahora responsable de su salud y del origen de sus padecimientos. El tratamiento entonces no es puramente médico, sino incluye también la modificación de todos los elementos dentro del modelo y esto dependerá de la problemática presentada. Ya que el fenómeno de transición epidemiológica como

son considerados el predominio de enfermedades crónicas degenerativas, accidentes, suicidios, drogadicción, alcoholismo y efectos de la contaminación ambiental sobre las enfermedades infectocontagiosas y por carencias nutricionales han ido cambiando las políticas y las perspectivas de salud, ya que como se ha visto no son suficientes las medidas sanitarias tradicionales y los avances tecnológicos para luchar contra sus determinantes.

Ni siquiera el enfoque de riesgo, el desarrollo de programas locales de atención primaria y el perfeccionamiento de los recursos biomédicos serán efectivos por sí solos. A partir de ello un porcentaje altamente significativo de responsabilidad en dicho tratamiento es del individuo y el otro porcentaje por supuesto se comparte con un equipo de salud, donde se incluyen; médicos, enfermeras, psicólogos, etc. Ya que se han destacado importantes cuadros de morbimortalidad que están directamente asociados a estilos de vida, a los efectos del estrés y las emociones que resultan de ellos, a estilos de afrontamiento y patrones conductuales, a creencias y atribuciones los cuales van a constituir un verdadero agente multiactuante en la etiología de las hoy conocidas enfermedades aprendidas. Pero no solo se consideran los accidentes cerebrovasculares, o el cáncer y la diabetes; si no también los altos índices de violencia, accidentes, problemas relacionados con la salud reproductiva.

Estos padecimientos van a mantener un gran reto a la implementación adecuada de los servicios de salud que tiene denominadores comunes en los ya conocidos factores psicosociales. También es indispensable considerar elementos como el entorno, los estilos de vida, o el sistema sanitario de cada individuo y/o comunidad serán elementos determinantes ante la calidad de vida, morbilidad y mortalidad en el individuo, grupo o sistema social; lo cual genera un impacto en la salud que es de vital interés para la dicha Psicología de la Salud.

Así la participación de la psicología en el campo de la salud ha venido cobrando vital relevancia a las definiciones del concepto de salud; pretendiendo explicar las interacciones del organismo, el ambiente y los fenómenos psicológicos; los cuales marcan la conceptualización de la salud como algo más

que solo la ausencia de enfermedad, más allá que eso implica sentirse bien consigo mismo así como con las relaciones con el entorno social y ambiental. La conceptualización de salud antes mencionada ha generado buscar numerosos intentos desde una perspectiva psicológica y social para crear un nuevo concepto de salud que sea operativizable y medible. Así, Piña (1991) indica que si estos esfuerzos se hacen desde la Psicología, sería conveniente resaltar el importante papel que juegan los aspectos psicológicos en la salud y en la enfermedad, lo cual no significa pasar a un segundo plano los aspectos biomédicos o socioambientales. Piña la define como una condición especial de vulnerabilidad del organismo, al interactuar con el ambiente modulado por procesos psicológicos y el ejercicio de competencias conductuales que cada individuo desarrolla.

Por su parte Ribes (1990) enfatiza la dimensión psicológica de la salud sobre la consideración de que, en última instancia, la prevención, la curación, la rehabilitación o el inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando. Entonces el balance de salud sería el proceso o estado de equilibrio dado por dimensiones positivas que si bien podrían ser el bienestar físico, psíquico y social; y negativas como la ausencia de enfermedades, trastornos o síntomas o necesidades de todo tipo, con indicadores que podrían ser tan complejos como se quisiera. El potencial de salud se refiere así a cualquier tipo de interacciones entre el sujeto y el medio para mantener el balance de salud y restablecerlo.

Si bien nos enfocamos a la psicología como tal damos cuenta que si durante mucho tiempo se ha considerado como la ciencia del comportamiento interesada en analizar las interacciones de los fenómenos cognitivos, emocionales y por supuesto conductuales del individuo. Así damos cuenta de cómo las personas piensan, sienten y actúan en sus vidas y como es que diferentes estilos de vida se relacionan con una mayor o menor frecuencia a enfermar. Es así que los hábitos de las personas van a conformar un determinado estilo de vida y su comportamiento se convertirá en un factor de relevante importancia en el proceso de salud enfermedad. Las condiciones negativas, tales como conductas de riesgo, estilos de vida inadecuados, hábitos nocivos, etc.; son considerados aspectos

psicosociales que coexisten en el desarrollo de nuestra sociedad y que se pretende deben ser minimizados a partir de una promoción de la salud desde la propia psicología.

Empero como hemos dado cuenta la psicología no se consideró como un área de dicha importancia en cuestiones de salud, es así que la llamada Psicología de la Salud desde los años setentas ha sumergido como un campo que frente a estos desafíos puede y debe aportar a la solución de muchos de los problemas de la salud pública contemporánea. Sin embargo el surgimiento de la Psicología de la Salud no ha nacido del vacío, no ha decidido crearse debido a la necesidad de contribuir con un conjunto de conocimientos teóricos a la formación integral de los nuevos profesionales de la salud; no es que surge sin más como resultado de estas demandas; surge también como resultado de múltiples hechos que han ocurrido a lo largo de la historia y que se interconectan entre sí.

Aunque de manera formal el reconocimiento de la Psicología de la Salud como disciplina o profesión de la salud es un hecho relativamente nuevo, se debe decir que el desarrollo de esta nueva disciplina no se encuentra ajeno al desarrollo de la propia Psicología; esto a partir de los constantes progresos científicos, el perfeccionamiento del aparato conceptual, los descubrimientos en los factores psicológicos del ya conocido proceso salud-enfermedad, el desarrollo de modelos que han devenido fuentes teóricas como la Psicología Clínica, la Psicología Comunitaria y la Medicina Conductual han permitido ir forjando este nuevo campo de trabajo. Los recientes avances en los servicios de salud, a su vez, sostienen y refuerzan la idea de que, al incorporar los descubrimientos científicos y las técnicas modernas de la Psicología en la práctica cotidiana, puede producirse un mejoramiento significativo en la promoción de salud y en la prevención y tratamiento de las enfermedades.

La literatura disponible y la opinión de la mayor parte de los profesionales interesados, concuerda en situar los orígenes de la Psicología de la Salud en los Estados Unidos, en la década de los años setenta del siglo pasado. Desde 1974, la Universidad de Minnesota propuso un programa doctoral en Psicología con el

nombre de Health-Care Psychology, mientras que en California en esa misma fecha George Stone proponía un nuevo curriculum en Psicología, aludiendo a los términos de Health Psychology (Stone, 1990). Es una tarea difícil establecer con suma precisión cuando fue que se utilizó por primera vez el término Psicología de la Salud. Así es que varios autores coinciden en señalar que el término de Psicología de la Salud surge en la American Psychological Association (APA); esto debido al producto de una serie de sucesos. Dentro de los cuales se puede destacar la publicación de un artículo de William Schofield en el año de 1969 publicado en la revista American Psychologist, que precipito de alguna forma el surgimiento organizado de lo que después se denominó como Psicología de la Salud.

Debido a que en dicho artículo Schofield afirmo que sólo el 9% de 4700 artículos publicados entre los años de 1966 y 1967 de la Psychological Abstract eran referidos a tópicos que no se incluían dentro del campo de la salud mental; esto quiere decir que dentro de dicho periodo se habían publicado muy pocos artículos sobre temas de aplicación de la psicología en el campo de la salud. En el mismo el autor señala que hay una presencia, que él llama “anémica” de la psicología en el campo de los servicios de la salud, esto frente al de otros profesionales sanitarios. Es decir; el rol del psicólogo dentro del campo no era incluyente debido a muy poca evidencia de sus aportaciones en el área a comparación con profesionales como médicos, enfermeras, etc. Sin embargo también se indicaba la posibilidad de que esa presencia de la participación de los psicólogos dentro del campo de la salud que apenas estaba incursionándose, pudiera hacerse mayor, e incrementar de una manera significativa para verse más tarde presente; considerando esta posibilidad a partir de las medidas convenientes en la inclusión del área que dependía de una buena parte de las decisiones y de los propios intereses de los psicólogos.

A partir de la publicación de dicho trabajo, la American Psychological Association (APA) organizó en el año de 1973 un grupo de trabajo sobre investigación en salud, que fue coordinada por supuesto por el propio Schofield.

Se realizaron una serie de análisis exhaustivos de los Psychological abstracts entre los años de 1966 y 1973; llegando a la conclusión de que los psicólogos no se habían sentido atraídos por los problemas de la salud y la enfermedad, por lo cual no se percibían los beneficios que entrañaba esto a su trabajo para conseguir una mejora en el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y el sistema de prestación de cuidados. A partir de esto es que en el año de 1974 solamente 52 psicólogos eran considerados como psicólogos de la salud (Martín, 2003). Sin embargo para agosto de 1975, el grupo de psicólogos interesados en la investigación en salud era de alrededor de 500.

En ese mismo año se discutió una propuesta para organizarse como Sección dentro de la División 18 con 150 miembros (Rodin y Stone, 1987). Para el año 1978 y tras una serie de reuniones coordinadas por Stephen M. Weiss, Joseph D. Matarazzo y Gorge C. Stone; se llevó a cabo la petición de poder alcanzar el estatus de división y aprobarse así la constitución de la división de Psicología de la Salud lo cual pretendía considerar una serie de objetivos fundamentales dentro de los cuales se considera:

- Promover las contribuciones de la psicología como una disciplina interesada en la comprensión de la salud y la enfermedad a través de la investigación básica y clínica.
- Alentar la integración de la formación biomédica acerca de la salud y la enfermedad con el conocimiento psicológico actual.
- Informar a la comunidad científica y profesional, así como al público en general de los principales resultados de la investigación y de las actividades y servicios en esta área.
- Facilitar y promover la formación de profesionales y la creación de servicios especializados en psicología de la salud.

En poco tiempo y debido al crecimiento de miembros de dicha sección se fomentó el interés de convertirse en una División dentro de la propia APA, lo cual se logró en el verano de 1978; es así que surge la División 38 (Health Psychology)

de la APA siendo Matarazzo su presidente y Clayman como secretario. A partir de ellos se comienzan a presentar una serie de sucesos importantes para el ámbito de la psicología en esta área dentro de los cuales destacan el discurso presidencial pronunciado por Matarazzo el cual es publicado en el *American Psychologist* en 1980 (Matarazzo, 1980). Para 1979 Stone, Cohen y Adler publican el primer libro de Psicología de la Salud y en 1982 comienza a editarse la revista *Health Psychology*. A partir de ello es que se ha llevado a pensar que la mayoría de psicólogos de la salud tuvieron su origen en Estados Unidos entre los años 1978-1980. En 1980, el número de psicólogos dedicados a la aplicación de la psicología en el campo de la salud es de 1500 profesionales y en 1988 será ya de 3500; es decir se nota un incremento considerable de los profesionales de la psicología dedicados a dicha área, lo cual hace referencia a la importancia que se le va dando al campo de la psicología en el área de la salud.

En Europa el desarrollo de la Psicología de la Salud fue más tardío, ya que hasta la década de 1980-1990 es que comienza a crearse secciones de Psicología de la Salud en las sociedades británicas. En España apareció en 1989 la revista de Psicología de la Salud dirigida por Jesús Rodríguez Marín, quien junto con otros colegas españoles ha hecho valiosas contribuciones en el campo investigativo y editorial; el Colegio Oficial de Psicólogos de España en 1996 elaboró un documento llamado "El perfil del psicólogo clínico y de la salud" en el que se abordan cuestiones de definición y delimitación del campo y de la formación y acreditación profesional (COP, 1996).

Es de llamar la atención que en pocas obras se haga referencia a la aparición y desarrollo de este campo en Latinoamérica. Ya que la Psicología de la Salud nació en América Latina para ser exactos en Cuba a finales de los años sesenta, con el desarrollo de recursos profesionales para la atención primaria de salud y con la ocupación de posiciones en el nivel de política centro en el Ministerio de Salud Pública. La verdad histórica radica entonces en reconocer el surgimiento de la Psicología de la Salud en Latinoamérica; así además de Cuba, Brasil fue uno de los primeros países donde comenzaron a insertarse psicólogos



de la salud con vital importancia en el área hospitalaria siendo Mathilde Neder una pionera en el campo.

En México y Colombia los primeros trabajos en Psicología de la Salud aparecen en 1982-1983, en Colombia se consolida el equipo de trabajo del Hospital Militar, con fuerte orientación en Medicina Conductual hacia 1983 y más adelante ocurren eventos importantes que desarrollaron fuertemente la Psicología de la Salud. Hasta donde se sabe el primer libro escrito en español sobre Psicología de la Salud apareció en México en 1986 (Torres, Beltrán, 1986); mientras que en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y en coordinación la Secretaría de Salubridad se abría en esa misma fecha una maestría con el modelo de residencias médicas. En 1991 en México aparece la revista *Psicología y Salud*, en 1990 tiene lugar el Congreso Internacional *Psicología y Salud* auspiciado por la UNAM y el Hospital General de México y comienza una Residencia en Atención Integral a la Salud.

En 1996 tiene lugar la Conferencia Latinoamericana sobre Psicología y Salud en la UNAM y comienza el postgrado regional norte-occidente con salidas en maestría y doctorado en Psicología de la Salud con sede en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud en Guadalajara. En México la Psicología de la Salud ha seguido difundándose muy intensamente por numerosos psicólogos los cuales han mantenido un permanente intercambio con psicólogos de otros países además del desarrollo en diversos aspectos que como se ha mencionado han destacado en el área.

Al hablar ya del término de Psicología de la Salud por lo general se trae la definición de Matarazzo (1980) como el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y al análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias. En esta formulación de Matarazzo se distinguen cuatro orientaciones fundamentales de trabajo como son: la promoción

y mantenimiento de la salud; prevención y tratamiento de la enfermedad; se centra también en el estudio de la etiología y correlatos de la salud, la enfermedad y las disfunciones; y además se atribuye como competencia del psicólogo de la salud, el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud.

Muchas otras definiciones de Psicología de la Salud han sido dadas. Stone (1988) decía que era la aplicación de cualquier concepto, aspecto o técnica psicológica a la problemática de la salud. Bloom (1988) la enfoca como es el estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad. Sarafino (1990) la ve como un campo de la Psicología introducido a finales de la década de los 70 para examinar las causas de las enfermedades y estudiar vías para promover y mantener salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario.

Por su parte, León y Jarana (1992) consideran que es la aplicación de los conocimientos teórico-prácticos de la Psicología para lograr los objetivos que el sistema de salud plantea en un contexto socio-cultural determinado, partiendo de que la salud no es solamente un estado, sino un recurso para la vida. Carrobles (1993) la conceptualiza como el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta humana constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad.

Simón (1993) dice que es la confluencia de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico tanto a la promoción y mantenimiento de la salud, como a la prevención y tratamiento de la enfermedad. El psicólogo inglés contemporáneo D. Marks (1995) la concibe como la aplicación de la Psicología a la salud, los problemas de la salud y cuidado de la salud para la

promoción, mantenimiento y restauración de la misma. Y así hay un sin fin de autores que definen a la Psicología de la Salud; sin embargo las definiciones antes descritas convergen en verla como la disciplina relativa al conjunto de aportaciones psicológicas al campo de la salud.

Aún existen controversias en lo que se entiende por Psicología de la Salud, sin embargo hoy en día emerge como un campo integrativo de conocimientos procedentes de la Medicina Comportamental, la Psicología Clínica, la Psicología Social Comunitaria, la Psicología Sanitaria, la Medicina Psicosomática, etc. Sin embargo algunos autores coinciden en señalar a la Psicología Clínica, la Psicología Social Comunitaria y la Medicina Conductual como los grandes encuadres de partida; a pesar de ello se pretende exponer las contribuciones de cada una de ellas a la Psicología de la Salud.

Así la Psicología Clínica se ha entendido como el conjunto de posibles actuaciones sobre sujetos que presentan problemas o trastornos psicológicos a través de la dimensión de una relación profesional de ayuda (Godoy, 1999). La APA la define como forma de la Psicología aplicada que pretende determinar las capacidades y características de la conducta de un individuo recurriendo a métodos de medición, análisis y observación, y que, con base en una integración de estos resultados con los datos obtenidos a través del examen físico y de las historias sociales, ofrece sugerencias para la adecuada adaptación del individuo (Kendall y Norton-Ford, 1982). Es decir; la Psicología Clínica trata de identificar y aplicar los principios de la psicología para prevenir y tratar problemas psicológicos del individuo, empero se observa que le da más peso al concepto de enfermedad y no al de salud, y tiene un enfoque individualista aunque trabaje con grupos; está asociada a un trabajo hospitalario y de consultorio.

La Psicología Comunitaria está destinada a la comprensión, explicación y solución de los problemas desde el punto de vista supraindividual, enfocando su atención preferentemente en el cambio y la mejora del entorno social. En definitiva la Psicología Comunitaria surge como alternativa a la Psicología Clínica, orientando a comprender y resolver ciertos problemas con un fuerte componente

socioambiental dentro de los cuales se encuentran la drogadicción, la delincuencia por ejemplo; esto a partir de metodologías de nivel supraindividual o comunitario, teniendo como objeto de actuación la mejora de ambientes y recursos sociales; así como el aumento de habilidades personales para mejorar el ajuste y la calidad de vida en la comunidad. Hace énfasis en la prevención y actúa en base al modelo de competencia de los sujetos para resolver sus problemas; se caracteriza por un acercamiento proactivo y preventivo a la comunidad, con principios en la adopción de una perspectiva ecológica, la búsqueda del cambio social, el énfasis en la prevención, el enfoque sobre la intervención en crisis y la creación de una sensación psicológica de bienestar en la comunidad. Se aplica a la prestación de servicios humanos, al desarrollo de los recursos humanos, al cambio social y comunitario en el grupo; a lo personal-compartido más que a lo personal-individual, con estrategias basadas en la educación para la salud, la intervención en crisis, el apoyo de profesionales y para profesionales, la mejora del entorno, las comunidades terapéuticas y la creación de escenarios alternativos (Costa y López, 1986; Mann, 1978; Sánchez, 1991; Godoy, 1999).

En cuanto a la Medicina Conductual es un campo más amplio de integración de conocimientos provenientes de diferentes disciplinas biomédicas y psicosociales que se encuentran dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud; por una parte a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y por otra parte tiene como característica fundamental la interdisciplinariedad (Godoy, 1999). La mayoría de los autores coinciden en que surge en 1977 a partir de la conferencia de Yale, y que su desarrollo ha estado muy vinculado al del biofeedback o biorretroalimentación y a la aplicación de las técnicas de modificación de conducta para resolver los problemas de salud-enfermedad. Así su principal aporte es la imbricación de factores psicosociales al explicar el origen, curso y manifestaciones de las enfermedades, ampliando el modelo biomédico tradicional en un marco más amplio, su contribución al manejo de síntomas físicos de las enfermedades, utilizando preferentemente técnicas conductuales y el desarrollo de investigaciones básicas y aplicadas; pero su abordaje es preferentemente individual y no cubre todo el abordaje psicológico de

los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad (Morales, Ascaño, 1987; Morales, 1997, 1999; Grau, 1996; Grau, Morales, Pérez Lovelle, 1990).

Además de las disciplinas antes mencionadas existen otras que han contribuido al desarrollo de la Psicología de la Salud como son la Psicología Médica y la Medicina Psicosomática. A la primera Asken (1979) la definía como 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. En cuanto a la Medicina Psicosomática basada en el psicoanálisis ponía de relieve el papel que podrían jugar en el desarrollo de las enfermedades ciertos determinantes psicológicos sobre la base de rasgos o patrones de la personalidad o conflictos psicosexuales no resueltos. De acuerdo a algunos autores el término fue debido a Heinroth en 1918 para así englobar las relaciones entre los procesos psicológicos y las estructuras somáticas; utilizando las observaciones clínicas. Según Lipowski (1986) la Medicina Psicosomática tuvo dos momentos: el primero, entre 1935 y 1960, caracterizado notablemente por la influencia del psicoanálisis, y un momento posterior, que buscaba una base científica más sólida de conocimiento equiparable a la de la medicina y se planteaba la necesidad del desarrollo de terapéuticas eficaces para las enfermedades psicosomáticas.

Es así que consideraremos a la Psicología de la Salud como un área interesada en los aspectos psicológicos que van a determinar el estado de salud objetivo, la salud subjetiva, el riesgo a enfermar, la condición de la propia enfermedad así como la recuperación. Es por ello que vale la pena distinguir entre el objeto de estudio de la Psicología de la Salud y su material de trabajo que puede ser conformado por personas sanas, personas con riesgo a enfermar o personas ya enfermas, así como también pueden ser grupos o comunidades. Entonces si la Psicología de la Salud intenta estudiar las regularidades psicológicas y los factores psicosociales que se encuentran presentes en el proceso salud-enfermedad, lo más conveniente sería partir de las distintas fases

de este proceso para tener una visión global de cuales pudieran ser los fenómenos que constituyen su objeto de estudio (Grau, 2002).

Sin embargo la Psicología de la Salud como disciplina y como profesión están en constante cambio; ya que los marcos teóricos se desarrollan, se transforman, se modifican en función del avance de la ciencia psicológica, pero también como resultado de los logros de la práctica social y de las necesidades que surgen en las nuevas condiciones, de las exigencias y reclamos que las nuevas realidades le hacen a la ciencia y a la profesión. Ya que la Psicología de la Salud integra fuentes que tienen sus encuadres teóricos derivados del conductismo, del psicoanálisis, del estructuralismo, y de la psicología humanista. La multidisciplinariedad de la Psicología de la Salud se refiere sobre todo a su proyección en el marco institucional en salud pero no niega su pertenencia psicológica, su derivación de las ciencias psicológicas y esa es su principal diferencia con la Medicina Conductual cuya naturaleza en sí misma es transdisciplinaria.

Admitir que la Psicología de la Salud tenga un contenido científico, no debe de significar que sea una disciplina científica constituida, con objeto y métodos propios, aunque se debe de considerar como un gran campo de aplicación de los conocimientos psicológicos a la solución de los problemas del proceso salud-enfermedad, al proceso de gestión de salud. Por ello es importante reconocer los métodos generales básicos de la Psicología de la Salud, ya que se ha dicho que dichos métodos básicos son el clínico, el sociopsicológico y el epidemiológico.

El método clínico fue heredado de la Psicología Clínica y del desarrollo de la Medicina Conductual; con las repercusiones sociales de la Psicología Aplicada a la salud han cobrado especial relevancia los métodos sociopsicológico y epidemiológico, el condicionamiento social de los fenómenos psíquicos impone la incorporación de estos métodos para la solución de tareas concretas. La epidemiología conductual o psicosocial que intenta estudiar si las modificaciones de factores psicosociales de riesgo pueden alterar la incidencia o curso de una enfermedad permite introducir procedimientos concretos para evaluar el efecto de

programas y facilita incluso, el diseño de intervenciones para modificar estos factores de riesgo asociado. No hay dudas de que el conocimiento de la incidencia y prevalencia de las distintas enfermedades o disturbios en áreas de salud nos facilita determinar posibles factores causales y tomar medidas preventivas, y en este contexto, el método epidemiológico es válido para las acciones psicológicas en torno a la salud (Grau, 1996).

Obviamente, los métodos ya mencionados como el sociopsicológico y epidemiológico no pueden convertirse en los métodos únicos para la investigación y las acciones psicológicas en salud. Al actuar sobre familias, grupos o comunidades, el psicólogo de la salud se vincula también con individuos, personas y esta es una particularidad psicológica específica que hace que el método clínico no pueda ser olvidado en el armamentarium de los procedimientos de trabajo del psicólogo, no siquiera en sus acciones promocional preventivas en la atención primaria. Sin embargo; aún está por determinar el peso específico que tienen cada uno de estos métodos en la construcción de los procedimientos propios de la Psicología de la Salud, ya que probablemente cada uno de ellos juegue un papel diferente en diversos ámbitos y ante distintas acciones.

Un aspecto particularmente importante en el análisis que se lleva a cabo es el de los instrumentos y las medidas apropiadas en Psicología de la Salud. Los investigadores y psicólogos prácticos usan a menudo instrumentos desarrollados en otros contextos, con una población muy particular y desde diferentes situaciones de evaluación. El resultado es que se emplean a menudo medidas incongruentes, extrapoladas desde otros entornos socioculturales, cuando lo que se pretende evaluar son precisamente factores psicosociales ligados a características idiosincráticas. Se hacen con frecuencia inferencias diagnósticas en determinados tipos de pacientes con instrumentos validados en estudiantes universitarios o con cuestionarios que no responden a lo que realmente se quiere medir (Grau, 1996).

Todo esto ha dado premisa a desarrollar los siguientes objetivos más específicos sobre la Psicología de la Salud definidos en Yale en 1977 y en el

Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias en 1978; los cuales serían:

- Aumento de salud y bienestar de las personas
- Prevención o modificación de las enfermedades
- Mejor funcionamiento de casos con trastornos

A partir de dichos objetivos es que cada vez el ámbito de aplicación de la Psicología de la Salud va abarcando nuevas áreas, dentro de las cuales se pueden mencionar roles más específicos que les compete en dicha área. Dentro de las cuales se encuentran:

- Diseñar, aplicar y evaluar intervenciones psicológicas en personas, grupos o comunidades que se encuentren bajo condiciones de enfermedad física o no a partir de un modelo biopsicosocial.
- En organizaciones sanitarias o servicios públicos se encarga del diseño, implementación y evaluación de políticas públicas.
- Programas de prevención y promoción de la salud.
- Investigación cualitativa y cuantitativa.
- Ética en la salud.

Sin lugar a dudas, el de Psicología de la Salud es uno de los campos de actuación profesional que mayor desarrollo se ha experimentado en México en las dos últimas décadas; alcanzando un vital desarrollo, ya que se encuentra no solo en condiciones de elaborar tácticas de trabajo para la solución de los más diversos problemas concretos, sino estrategias generales, globales, para el enfrentamiento de estos problemas y el logro de beneficios en los sistemas y servicios de salud,



estas estrategias pueden convertirse en motor autopropulsor del desarrollo posterior de la disciplina.

## SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

El sistema de salud en México es considerado un tema fundamental para nuestro país que influye directamente en el bienestar y longevidad de los mexicanos; ya que México ha logrado un avance significativo en la última década. Nuestro país cuenta con una población de 106.6 millones de habitantes (2008). La proporción de hombres en un 48.8% y mujeres con un 51.2% prácticamente no ha variado en los últimos años. Las proyecciones para 2030 estiman una población de 120.9 millones con una tasa de crecimiento anual de 0.69% (Gómez y cols., 2011).

El desarrollo demográfico reciente de México se caracteriza por un descenso de la mortalidad general; es decir de 27 defunciones por 1000 habitantes en 1930 a 4.9 por 1000 en 2008, un incremento en la esperanza de vida (de 34 años en 1930 a 75.1 años en 2008) y una disminución de la fecundidad (de siete hijos por mujer en edad reproductiva en los años sesenta a 2.1 en 2008). Estos tres fenómenos han dado lugar a un envejecimiento poblacional, que supone una participación creciente de los adultos mayores en la estructura de la población. La base de esta estructura se está adelgazando por el descenso de la participación de la población de 0 a 5 años de edad, que en 2008 concentró al 9.19% de la población y en 2050 concentrará sólo 6%. En contraste, la población de adultos mayores muestra una tasa de crecimiento superior a 4% anual que la llevará a concentrar poco más de la cuarta parte de la población nacional en 2050.

México también experimentó un proceso de urbanización en el que se ha visto involucrado prácticamente todo el país. Más de 70% de la población es urbana y 35% (más de 37 millones de personas) habita en las nueve zonas metropolitanas con más de un millón de habitantes. La urbanización se asoció además a una dispersión de la población que habita en comunidades rurales. De poco menos de 55000 localidades con menos de 100 habitantes en 1970 se pasó

a casi 140000 en 2000, en donde habita poco más de 2% de la población nacional.

El aumento de la esperanza de vida y la creciente exposición a los llamados riesgos emergentes, relacionados en su mayoría con estilos de vida poco saludables, han modificado el cuadro de las principales causas de muerte. México presenta una transición epidemiológica que se caracteriza por el predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. A mitad del siglo pasado, alrededor de 50% de los decesos en el país se debían a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición. Hoy estas enfermedades concentran menos del 15% de los decesos, mientras que los padecimientos no transmisibles y las lesiones son responsables de poco menos de 75% y 11% de las muertes en el país, respectivamente.

En 1940 la principal causa de muerte en México eran las infecciones gastrointestinales; hoy ya no constituyen una causa importante de defunción en la población general. En contraste, la diabetes mellitus no apareció dentro del cuadro de principales causas de muerte hasta 1990, pero hoy es la principal causa de defunción en hombres y mujeres en todo el país, y su prevalencia en adultos es de 14.4%, una de las más altas del mundo.

El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social como son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros; las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social son la Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS). El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

De acuerdo con el artículo 4° de la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho ya que el sistema mexicano de salud ofrece beneficios muy diferentes dependiendo de la población de que se trate. En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud:

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

Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren a 48.3 millones de personas. El IMSS cubre a más de 80% de esta población y la atiende en sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población asegurada, también en unidades y con recursos humanos propios. Por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud a 1% de la población con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios.

El segundo grupo de usuarios incluye a los autoempleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes. Se trata de la población no asalariada, que debe distinguirse de la población que trabaja en el sector informal de la economía, que es sólo una parte de aquel universo; tradicionalmente, este sector de la población había recurrido para resolver sus necesidades de salud, a los servicios de la SSa, los SESA y el IMSS-O, y recibía servicios sobre una base asistencial.

Finalmente está la población que hace uso de los servicios del sector privado, a través de planes privados de seguro o pagos de bolsillo. Cabe destacar que tanto las personas con seguridad social como los pobres del campo y la ciudad que regularmente hacen uso de los servicios de la SSa, los SESA o IMSS-O, utilizan también los servicios de salud del sector privado, en particular los servicios ambulatorios.

Los servicios de salud que prestan las instituciones de seguridad social a sus afiliados se financian con contribuciones del empleado, contribuciones del obrero o empleado y contribuciones del gobierno. La SSa y los SESA se financian con recursos del gobierno federal en su mayoría, gobiernos estatales y pagos que los usuarios hacen al momento de recibir la atención. El IMSS-O se financia con recursos del gobierno federal, aunque lo opera el IMSS. El SPS se financia con contribuciones del gobierno federal, los gobiernos estatales y los individuos. Los hogares de menores recursos están exentos de estos pagos. Con estos recursos, el SPS le compra servicios para sus afiliados a los SESA.

En México hay 23,858 unidades de salud, sin considerar a los consultorios del sector privado; 4,354 son hospitales y el resto unidades de atención ambulatoria. Del total de hospitales, 1,182 son públicos y 3,172 privados. Del total de hospitales públicos, 718 atienden a la población sin seguridad social y el resto a la población con seguridad social. Alrededor de 86% son hospitales generales y el resto, hospitales de especialidad. En el sector privado la gran mayoría de los hospitales son maternidades muy pequeñas.

La innovación más reciente del sistema mexicano de salud es la creación del SPSS, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular de Salud. Este seguro cubrirá en un lapso de siete años a todos los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional. El SPS garantiza el acceso a alrededor de 260 intervenciones esenciales y 18 intervenciones de alto costo. La inversión en salud era insuficiente para atender los retos que planteaban las transiciones demográfica y epidemiológica, que suponen un creciente predominio de las enfermedades no transmisibles.

En México, más de la mitad de los recursos para la salud en 2001 eran privados y, en su mayoría, gasto de bolsillo; la segmentación del sistema también había favorecido la concentración de los recursos para la salud en las instituciones de seguridad social. El gobierno federal asignaba 2.5 veces más recursos a la población asegurada que a la población no asegurada. Así como la descentralización de los servicios de salud representó un avance, pero no se acompañó de reglas financieras claras que estipularan la corresponsabilidad de los distintos niveles de gobierno. Esto se reflejó en las abismales diferencias que se registraban entre los estados en materia de contribución estatal a la salud. Por último está el desequilibrio en el destino de los recursos. El sector salud dedicaba cada vez más recursos al pago de la nómina y cada vez menos recursos al gasto de inversión.

De acuerdo con la SSa, la creación del SPSS permitiría eliminar los desequilibrios que le dieron origen al incrementar la inversión en salud por lo menos al promedio latinoamericano; modificar la composición de las fuentes de financiamiento en salud; mejorar la equidad en la distribución de los recursos públicos; incrementar el compromiso de los gobiernos estatales con el financiamiento de la atención a la salud de las familias afiliadas al SPS, y asignar recursos crecientes a la construcción de infraestructura.

Esto se debe a que el Seguro Popular extendió la cobertura de los servicios de salud a más de 50 millones de personas que antes se encontraban desprotegidas; ya que había casos reportados de costos de salud que amenazaban con empobrecer a los pacientes ya que de 3.3% de la población cayó a un 0.8%, al igual que los índices de mortalidad infantil y muertes por infartos o derrame cerebral a la fecha han disminuido. Así los usuarios de los servicios de salud reportan una tasa de satisfacción del 97%. De igual manera ha habido avances significativos en materia de coordinación y eficiencia. Ya a partir del acuerdo entre diversas instituciones de salud para llevar a cabo compras consolidadas de medicinas ha permitido un ahorro acumulado de 8 mil 350 millones de pesos en 2014 y 2015 (OCDE, 2016).

A pesar de los avances, los servicios de salud en México enfrentan todavía una serie de desafíos importantes en materia de salud, ya que el acceso a los servicios de salud tiene que mejorar. Ya que México tiene tan solo 2.2 doctores por cada 1000 habitantes; es decir se encuentra por debajo del promedio OCDE de 3.3 y tan solo una tercera parte de enfermeras por cada 1000 habitantes. Asimismo, los pagos directos por servicios de salud; es decir, los que salen de los bolsillos de las personas, siguen siendo muy altos en nuestro país.

Otro desafío radica en que el Sistema Mexicano de Salud funciona como un grupo de subsistemas que operan de una manera desconectada, esto debido a que cada uno ofrece un nivel distinto de cobertura y precios, con resultados de la misma manera desigual. Asimismo, las personas no pueden elegir el tipo de seguro ni el proveedor de servicios; ya que estos son predeterminados por su empleo, público, privado, formal, informal o inexistente. Cada año se va dando cuenta que alrededor de una tercera parte de los afiliados al IMSS y al ISSSTE se ven obligados a cambiar de proveedor, de institución o bien de médico, esto se debe sencillamente a que su empleo ha cambiado, y lo cual se convertirá en una situación que va a afectar la continuidad del cuidado médico del individuo, que es especialmente importante en personas con enfermedades crónicas. También genera un desperdicio de recursos, ya que el mismo individuo debe recurrir a múltiples sistemas a lo largo de su vida, o incluso durante un solo proceso de algún tratamiento en particular. En pocas palabras; podemos decir que con la estructura actual del sistema mexicano no se logra una buena relación calidad – precio.

Nuestro país debe construir un sistema de salud pública más equitativo, eficiente y sostenible; y es posible realizarlo la que los desafíos que se presentan pueden ser abordados a partir de reformas de gran alcance. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) considera que la reforma del sistema mexicano de salud debe enfocarse en tres cuestiones prioritarias; en primer lugar deben de expandirse los convenios para permitir el intercambio de servicios entre IMSS, ISSSTE y Seguro Popular a fin de que los afiliados de cada

uno de ellos puedan pasar fácilmente de un sistema a otro. Ya que se considera de vital importancia consolidar un sistema en el que todos los mexicanos, independientemente de donde vivan, o del tipo de trabajo que tengan puedan tener acceso al mismo nivel de servicio sin tener la preocupación de que ello represente una carga financiera mayor para los hogares.

Las autoridades mexicanas deben seguir avanzando hacia un sistema de salud unificado y financiado de manera justa y sustentable; para ello será necesario que los convenios se extiendan de manera prioritaria a enfermedades costosas, al cuidado de maternidad y a procedimientos quirúrgicos. Pero enfocarse exclusivamente en la atención médica no es suficiente. Los convenios también deben enfocarse en los retos de salud pública más urgentes, como son la obesidad, la diabetes y otras enfermedades de larga duración.

En segundo lugar, debe de ponerse más énfasis en mejorar la calidad y resultados de los servicios de salud. Para lo cual será indispensable construir sistemas de información que permitan monitorear la calidad del servicio e impulsar mejoras a lo largo de todo el sistema; generar y publicar más reportes sobre la calidad de los diversos hospitales y clínicas dará a los beneficiarios la información e incentivos necesarios para escoger entre un proveedor y otro, así como el hecho de compartir las buenas prácticas para mejorar el desempeño, hará que de igual manera mejore la calidad del servicio. México debe fomentar que las aseguradoras, los doctores y los pacientes identifiquen y premien la excelencia en el sistema y, de esa manera, contribuyan a desarrollar incentivos para mejorar la calidad y enfrentar el mal desempeño.

Y en tercer lugar, es necesario alinear los distintos ámbitos de atención y el servicio médicos; ya que un mejor sistema preventivo podría impulsar acciones sostenidas y coordinadas entre el Seguro Popular y las instituciones de seguridad social, en particular cuando las personas cambian constantemente de esquemas y pasan del sector formal al informal y viceversa.



Tenemos que reconocer que el siglo XXI se caracteriza por la presencia de múltiples factores estresantes como son la sobrepoblación, los recursos insuficientes para todos los individuos que somos, la crisis económica crónica, los recursos económicos y los sueldos resultan insuficientes. En una sociedad moderna y postmoderna nos enfrentamos a un desarrollo y cambios tecnológicos que rebasan por mucho el desarrollo de destrezas y habilidades de las personas. Todo esto va a formar parte del estrés, de una incertidumbre, de desesperanza, indefensión, depresión, ansiedad, son procesos que tiene con igualdad importancia un componente psicológico y al mismo tiempo un componente fisiobiológico que son representativos de países que se encuentran en vía de desarrollo como lo es México, empero las consecuencias son mucho mayores en un país como el nuestro.

Debemos luchar por más equidad, mejoras sociales y económicas para obtener un avance mayor de la condición de salud; una ampliación de la capacidad de las comunidades para capacitarlas en la promoción de la salud; de igual manera obtener una infraestructura adecuada para promover la salud, incluyendo la promoción de salud en los currículos de diversos niveles, de forma que nos garantice la planificación y alianzas multisectoriales y así preparar recursos humanos para que actúen de acuerdo con este nuevo enfoque.

La identidad del psicólogo siempre estuvo muy vinculada a las relaciones más intimistas con énfasis sobre el individuo y solo a partir de él hacia el mundo; y en realidad es que todavía sigue siendo muy destacable ello en algunos países de Latinoamérica y esto contribuye a que los psicólogos de la salud se mantengan alejados de los procesos de decisiones sobre los rumbos de las políticas de salud planteadas por los gobiernos; en este aspecto, nos encontramos ante un gran reto referido a una inserción más efectiva y articulada ante los órganos responsables por establecer esas políticas llevando el aporte humano que la Psicología de la Salud seguramente daría. El desempeño puro y simple del papel técnico parece que no es más suficiente dentro del nuevo paradigma de salud, donde la actuación política ante los grupos poblacionales, instituciones y órganos de administración

pública pasa a constituirse en exigencia fundamental para la buena práctica en salud.

En Latinoamérica, la psicología ha tenido un papel muy reducido en el campo de la salud; ya que se da básicamente como una profesión aplicada a la salud mental en el campo de la clínica, predominando su intervención en la línea de los trastornos mentales y psicopatológicos (Videla, 1991). Ella se despliega en el marco de un dualismo mente- cuerpo que la mantiene anclada y aferrada a lo mental y al reduccionismo. A finales de la década del 70 y comienzos del 80 un grupo reducido de psicólogos latinoamericanos de diversos países comenzaron a interesarse en abordar la salud de una forma mucho más amplia a través del interés por la medicina conductual, medicina psicosomática, psicología médica y el recién fundado campo de la psicología de la salud.

Con el advenimiento de la salud como un proceso biopsicosocioambiental, al cual aporta el desarrollo de la psicología social comunitaria en el continente, algunos psicólogos han comenzado a interesarse por la salud tomada en un sentido amplio más allá de la dualidad mente- cuerpo, y han comenzado a pensar en la prevención de las enfermedades y promoción de la salud, bajo criterios que se ajusten a la salud y no a la enfermedad. Esto ha dado origen a investigaciones, grupos de investigación, cátedras, y asociaciones locales, nacionales e internacionales. En esta línea, recientemente se creó la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA), quién ha llevado a cabo una serie de actividades de centro y Suramérica especialmente. A pesar de ello, los esfuerzos se ven reflejados mínimamente en la práctica, en la cual se sigue acentuando en lo mental y la clínica. De esta forma, la psicología esta en gran parte desligada del sistema de salud en los diversos países sin aplicar todo su potencial de métodos, técnicas y conocimientos al proceso de salud- enfermedad.

Damos cuenta que la presencia efectiva del psicólogo de la salud se ha mostrado incipiente, lo que va a crear un importante contrapunto a su actividad como profesional; ya que cuando se reanudan los principios fundamentales que orientan los nuevos paradigmas de salud y las propuestas de la propia Psicología

de la Salud se da cuenta que este profesional no ha participado de forma efectiva en los grandes foros de discusiones y decisiones de políticas de salud. Incluso dentro de su espacio profesional, su inserción política se ha mostrado muy tímida, quedándose bajo la responsabilidad de unos pocos colegas el esfuerzo de discutir y defender las cuestiones relacionadas a la Psicología como ciencia y profesión en los más distintos ámbitos políticos e institucionales; a lo mejor este campo es uno de los más desafiantes a la inserción del psicólogo de la salud, pues sin una efectiva postura política se corre el riesgo de perder el eslabón más importante de la cadena de acciones y propuestas que hacen factible la labor de esta especialidad en cuanto a las cuestiones de la salud.

En relación a esto y al hecho de que se debe de realizar un mejoramiento en las políticas de atención en salud, el psicólogo está en posibilidad de desarrollar actividades dirigidas a un mejor servicio de atención en salud; así Ospina (1993) hace mención en cuanto al hecho de que se trata de que cada vez sea más integral, efectivo, humano y de calidad. En esta perspectiva, el psicólogo tiene tres áreas de trabajo:

- Desarrollo y ejecución de acciones dirigidas al mejoramiento de las políticas de salud a nivel estatal e implementación de nuevas políticas, para ello es necesario que el gremio de psicólogos se involucre dentro de las actividades que vayan dirigidas a la estructuración de reglamentaciones a nivel de los sistemas de salud.
- Desarrollo y ejecución de programas dirigidos a las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el fin de organizar mejor su estructura, funcionamiento, mecanismos de atención de salud y ambiente.
- Intervención en el personal de salud, teniendo como objetivo preparar a los profesionales con adecuadas actitudes y habilidades para atender de manera integral a los pacientes (Montalvo, 1991) y en general a los usuarios que requieran los servicios.

El psicólogo tiene que trascender el mentalismo y lo psicopatológico y abordar la salud de una manera integral estudiando sus múltiples determinantes y desarrollando programas de intervención desde lo macrosocioambiental hasta lo individual con el fin de contribuir a cambiar las condiciones estructurales que son un obstáculo para que la forma de abordar la salud en Latinoamérica pueda alcanzar un nivel óptimo (Videla, 1991). Sin lugar a dudas ello permitirá que modelos como el planteado por la psiquiatría se flexibilicen en cuanto su papel de exclusividad de etiquetas diagnósticas y uso de psicofármacos como forma de intervención; esto sugiere por lo demás una mayor preparación a nivel de manejo terapéutico, ya que la visión de desajustes del comportamiento no sólo compromete lo biológico sino que es una relación de multivariables causas y consecuencias. Para esto es necesaria una sólida formación académica, social, comunitaria, política, de administración en salud y asumir un verdadero compromiso personal, profesional e institucional.

Guareschi y Camino (citado en Contini, 2000) afirman que entender el proyecto de promover salud por medio de la práctica psicológica especialmente a nivel educativo necesita tener en su proceso de construcción dos dimensiones fundamentales como base. Una es la dimensión ética, que está compuesta de solidaridad con el otro, a través de la cual reconocemos al otro como una persona con quien comenzamos un diálogo y que con la convivencia es esencial para nuestra realización humana, y no como simple individuo que está a nuestro lado y con quien establecemos un contacto por el simple motivo de la sobrevivencia, en competición potencial con nosotros, o sea, comprendiendo el ser humano como un ser dialogante en su singularidad y alteridad, cuya subjetividad está compuesta por millones de relaciones que establece durante toda su existencia. De acuerdo con esta visión relacional entre los hombres, lo concreto de la ética determina que no haya alguien privado de los derechos sociales básicos de la vida, de lo contrario se vuelve inocua, abstracta.

La otra dimensión es la política del compromiso con la transformación social; estos autores discuten la responsabilidad social de la Psicología y su

relación con la construcción de los derechos humanos y consideran posible afirmar que la Psicología participa claramente en los procesos de exclusión/inclusión que se desarrollan en el interior de las sociedades a partir de la manera de definir las diferencias sociales y culturales, diferencias como las de género, raza, normalidad, etc. Lejos de simplificar la Psicología según la visión maniqueísta afirman que es necesario que el avance de las definiciones psicológicas de los diversos grupos sociales no resulte solamente de la acumulación de informaciones sobre esos grupos, sino también de la oposición de visiones que se desarrollan en función de las pertenencias sociales y de las ideologías de los diversos grupos que investigan estos problemas.

La promoción de la salud en América Latina intenta crear condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la relación mutua entre salud y desarrollo. Esta región, apartada por la inequidad que se agrava a causa de la prolongada crisis económica y los programas de políticas de ajuste macroeconómico, se enfrenta al deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población, junto con un aumento de riesgos para la salud y una reducción de recursos para afrontarlos. Consecuentemente, el reto de la promoción de la salud en América Latina consiste en transformar esas relaciones, conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como trabajar por la solidaridad y equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo.

Sin embargo algunos sectores importantes de la población no han logrado satisfacer las necesidades básicas para garantizar condiciones dignas de vida; esas desigualdades complejas, que son tanto de carácter económico, ambiental, social, político y cultural como relativas a la cobertura, acceso y calidad de los servicios de salud; tienen la tendencia de agudizarse a causa de la reducción histórica del gasto social y de las políticas de ajuste. Por lo tanto, es difícil enfrentar y resolver estos problemas con la perspectiva de alcanzar la salud para todos.

La situación de inequidad de la salud en los países de América Latina reitera la necesidad de optar por nuevas alternativas en la acción de la salud pública, destinadas a combatir el sufrimiento causado por las enfermedades del retraso y la pobreza, al cual se sobrepone el causado por las enfermedades de la urbanización e industrialización. Ante este panorama la promoción de la salud destaca la importancia de la participación activa de las personas en los cambios de las condiciones sanitarias y en el modo de vivir, ajustado con la creación de una cultura de salud. Así, la difusión de información y la promoción del conocimiento constituyen valiosos instrumentos para la participación y los cambios de los estilos de vida en las comunidades.

Empero es de percatarse que en nuestro país y sobre todo en cuestiones del ámbito político nos enfrentamos a diversos obstáculos que limitan el ejercicio de la democracia y la participación de los ciudadanos en cuanto a la toma de decisiones. En tales circunstancias la violencia va a contribuir al deterioro de los servicios, va a ser causa de numerosos problemas psicosociales y constituye además el fundamento en que están inscritos numerosos problemas de la salud pública. Lo que se espera de la equidad es eliminar las diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades de alcanzar el derecho al bienestar; ya que cada sociedad define su bienestar como una opción particular de vivir con dignidad. El papel que le corresponde a la promoción de la salud para alcanzar este propósito consiste no sólo en identificar los factores que favorecen la inequidad y proponer acciones que disminuyan sus efectos, sino también en actuar como un agente de cambio que conduzca transformaciones radicales en las actitudes y conductas de la población y de sus dirigentes.

En 1997 la Organización Panamericana de Salud reitera estas cuestiones enfatizando los desafíos que la globalización implica. Se demuestra así la continuidad en el pensamiento de la Organización Mundial de la Salud en relación a la concepción del desarrollo como un proceso cuya finalidad es el desarrollo integral y sostenible del ser humano en una dimensión temporal que trasciende a la coyuntura y no hace peligrar la posibilidad de que las generaciones futuras

disfruten de sus beneficios. Asimismo, se destaca la reafirmación del compromiso con el desarrollo humano sostenible a través de dos consideraciones fundamentales: la ubicación en el primer plano jerárquico de la orientación estratégica de la salud en el desarrollo humano, aprobada por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, y la referencia sobre el aporte que la salud puede brindar al proceso de globalización, entendiendo que los cambios que se le plantean al sector no pueden estar restringidos al contexto de las reformas tradicionales sino que, por el contrario, deben incorporar conceptos sobre cómo se percibe, se valora y se consigue que la salud sea un componente fundamental del desarrollo humano.

Sin embargo debemos darnos cuenta que sobre todo en los países latinoamericanos las crisis políticas, económicas e incluso los propios desastres naturales han debilitado a la economía de dichos países. Ya que por ejemplo, México ha visto desplomar su economía en más de una ocasión a través de indecifrables maniobras del llamado capital especulativo internacional y tuvo que priorizar su política macroeconómica alineada con las doctrinas de las instituciones financieras internacionales con un grave perjuicio social. Además de ello, México así como El Salvador fueron castigados por terribles fenómenos naturales que costaron miles de vidas humanas y resultaron en un serio perjuicio para la reconstrucción de las áreas afectadas. La miseria, la ignorancia y el desprecio en que viven prácticamente el 80% de la población latinoamericana se imponen como la mayor enfermedad, generadora de todas las otras, en una dimensión biopsicosocial (Estudio sobre el Sistema Mexicano de Salud, 2016).

La Ley General de Salud, que entró en vigencia el 1 de julio de 1984; está compuesta por dieciocho títulos que a su vez contienen uno o más capítulos y una considerable cantidad de artículos y fracciones. En el título primero que se refiere a las Disposiciones generales, y además es capítulo único, y el artículo 2º; se establece que el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades en primer lugar hace referencia al bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, en segundo lugar la

prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; en tercero la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de las condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social, en cuarto lugar tenemos la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud. La siguiente trata del disfrute de los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, continúa el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud y por último trato el desarrollo de la enseñanza y de la investigación científica y tecnológica para la salud.

El problema se encuentra en que a pesar de que una considerable cantidad de esas finalidades, materias, objetivos, servicios y actividades que se sabe que la psicología juega un papel fundamental; resulta sorprendente que a lo largo de toda esa Ley General de Salud se haga solamente en una sola ocasión referencia a la psicología. Esto quiere decir que la referencia a la Psicología, a la que ciertamente se le concibe como profesión, se circunscribe única y exclusivamente a su reglamentación para los efectos de su ejercicio como tal, es decir, como profesión, y, como se puede observar, en ninguno de los artículos anteriores se le considera como actora fundamental en las finalidades, materias, objetivos, servicios ni actividades, pues prácticamente en todos se hace mención explícita a la profesión médica.

Por ello vale la pena mencionar que en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, que entró en vigencia el 23 de diciembre de 1986, en el título primero de Disposiciones generales, se señala que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos de los seres humanos; al conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social. A la prevención y control de los problemas de salud; al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la



salud; al estudio de las técnicas y métodos que se recomiendan o emplean para la prestación de los servicios de salud. A la producción de los insumos para la salud.

Lo anterior nos sirve para subrayar que, mientras que en la Ley General de Salud no se incluye a la Psicología, en el rubro de investigación para la salud, en el reglamento específico para la investigación en el sector sí hay una referencia explícita a lo psicológico, al menos de manera formal, aun cuando sea la única pero no se establezca en ningún otro lugar cómo es que se le hará coincidir, por ejemplo, con la investigación que desarrollan otros científicos y/o profesionales de la salud, y, finalmente, cómo es que los productos habrán de utilizarse para los efectos de prevenir, rehabilitar y controlar los diferentes problemas de salud que aquejan a la población.

Resulta difícil de entender que los servicios de salud que se prestan, se circunscriban a que la atención médica constituye en esencia uno de los tres tipos de servicios que se pueden prestar, afirmándose que las actividades propias de dicha atención son las preventivas, curativas y de rehabilitación. Sin embargo, todas las actividades de la llamada atención que se consideran en la Ley, son exclusivas de los médicos, resulta todavía más sorprendente de acuerdo a lo planteado por Soberón sobre las principales causas de morbimortalidad en México a partir de la década de los años noventa del pasado siglo, no se necesita mucho tiempo ni efectuar análisis exhaustivos para encontrarnos con que la mayoría de esas enfermedades eran y siguen siendo susceptibles de ser prevenidas, para lo cual es fundamental el papel que el comportamiento humano juega, tanto en lo que hace a su dimensión psicológica como social. Limitar el abordaje de los problemas de la salud a lo que los profesionales de la medicina puedan aportar es equivalente a suponer que, a partir del modelo biomédico, se pueden proporcionar todas las respuestas para planear y proceder de modo efectivo en las prácticas de prevención, curación y rehabilitación.

Como señala Ribes (1990) dicho modelo junto con el modelo sociocultural no pueden en definitiva planear y volver efectivas de facto dichas prácticas, por la simple y sencilla razón de que siendo modelos que poseen un rango de

generalidad empírico distinto, únicamente pueden intersectarse a lo largo de un eje vinculador, que no es otro que el del comportamiento, definido como la práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales.

Como se puede dar cuenta el rol del psicólogo abarca prácticamente la mayoría de los tópicos o asuntos considerados en los principales artículos de la Ley General de Salud, concretamente los que hacen referencia a las finalidades, objetivos, servicios y actividades, pero en la cual, desafortunadamente no se valora la figura de la psicología ni del psicólogo como científico y profesional capacitado para coadyuvar en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, o en la promoción de la salud y en la capacitación y entrenamiento de los recursos humanos para la salud. Lo anterior, sin lugar a dudas, coloca a los psicólogos que trabajan en el sector de la salud en franca desventaja frente a otros profesionales.

Con excepción de contadas instituciones, en términos administrativos existe una evidente carencia de plazas destinadas para psicólogos, al igual que se tienen catalogadas plazas para otros profesionales del sector, como por ejemplo las de trabajo social, enfermería y medicina; ello trae consigo que con bastante frecuencia a lo máximo a lo que pueden aspirar los profesionales de la psicología es a obtener una plaza como paramédico, auxiliar o asistente técnico, por ejemplo, y por consiguiente, que se tenga acceso a salarios muy inferiores a los que se debería devengar, especialmente cuando otros científicos y profesionales pertenecientes al sector de la salud cuentan con el mismo tiempo de formación, experiencia y desarrollo profesional.

Así, datos proporcionados por el Dr. José Méndez Venegas, investigador del Instituto Nacional de Cancerología (J. Méndez, 2002) indican que en algunos de los Institutos Nacionales de Salud (de Pediatría, de Cancerología, de Nutrición y de Psiquiatría) o en los principales hospitales de la ciudad de México (General de México y López Mateos), sí se tiene contratado a psicólogos, aunque en la mayoría de las ocasiones se cuenta con plaza de psicólogo clínico y las menos

con plaza de especialista o de investigador; este tipo de contratación, a diferencia de lo que ocurre en otras instituciones del sector de la salud, puede entenderse por la naturaleza y el grueso de funciones y actividades que se realizan cotidianamente en aquéllos lugares. Sin embargo, el problema es que con frecuencia al psicólogo se le limita al cumplimiento de funciones profesionales tradicionales, o sea, a las de diagnóstico y evaluación, con poco margen para desarrollar las de rehabilitación, investigación, prevención de las enfermedades y promoción de la salud.

De acuerdo con la Dirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud del estado de Sonora, de 104 categorías existentes, algunos de los sueldos vigentes a partir del primero de mayo de 2004, según los códigos considerados en la homologación de sueldos federales, eran para el psicólogo clínico de \$8,566.07; compárese ese sueldo con el de una enfermera especialista que es de \$7,512.19, el de un nutricionista de \$7,648.06, el de un cirujano dentista \$9,903.65, el de un médico general de \$11,226.09 y el de un médico especialista \$13,308.09. El problema aquí, es que mientras que para los psicólogos existe una sola categoría que es la de psicólogo clínico, para las trabajadoras sociales, enfermeras y médicos existen no menos de 20 categorías diferentes, lo cual por supuesto representa diferentes niveles, y en consecuencia, acceso a sueldos que en el mejor de los casos son equivalentes a los del psicólogo, pero que en el peor de los casos lo duplican o inclusive hasta lo triplican. Esto significa que la situación de los psicólogos que trabajan en el sector sanitario en México sea poco satisfactoria, ya que no solo se trabaja bajo condiciones laborales que en la mayoría de las ocasiones lo limitan a un ejercicio profesional vinculado con la psicología clínica y al desarrollo de funciones tradicionales, sino que por lo regular se le contrata con plazas que no son para psicólogos y con sueldos muy por debajo de los que perciben otros profesionales que se insertan en el sector de la salud.

## Sistema de salud en el Estado de México

Ahora bien, la Secretaría de Salud del Estado de México contribuirá con la población del Estado de México a un desarrollo humano, justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud, en su prevención, regulación sanitaria y salud pública; como objetivo social compartido y tutelando el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad, con oportunidad, calidez y con sentido humano, que ponderen el respeto a la vida y a la confianza del usuario y que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores tanto en su aspecto laboral como en su desarrollo personal, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana.

Para el año 2015; el Estado de México cuenta con las bases para un Sistema de Salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo. Definiéndolo a partir de varias características, ya que esta entidad se encuentra entre las 10 mejores de la república por las condiciones de salud de su población. Además el modelo de atención a la salud prioriza las necesidades de grupos vulnerables y regiones marginadas.

En los servicios públicos y privados de salud se ofrece un trato adecuado y en el primer nivel de atención cada vez mayor número de usuarios, pueden elegir al prestador de su preferencia. Los servicios son de alta calidad técnica, satisfacen las expectativas de la sociedad y los proporcionan prestadores en permanente desarrollo personal y profesional y en ambientes dignos.

Los gastos en salud generalmente son inesperados y producen un impacto significativo en la economía familiar. En este sentido, garantizar a los grupos de menores ingresos el acceso universal a un sistema de salud constituye una condición fundamental para el combate a la pobreza. De la misma manera, un sistema de salud eficiente debe tratar no sólo padecimientos y enfermedades, sino

debe constituir un instrumento de prevención y detección oportuna que fomente estilos de vida saludables. Tales características incrementan inequívocamente la calidad de vida de la sociedad.

En este caso los ciudadanos también están involucrados y comprometidos en las decisiones y acciones que afectan su salud, opinan sobre las políticas en materia, cuenta con acceso a la información pública de salud y con instancias sensibles y eficientes para el trámite de sus quejas y sugerencias. Ya que todo mexiquense puede acceder a servicios de salud independientemente de su capacidad de pago, su nivel de riesgo o su afiliación laboral; y la equidad en el financiamiento permite que las contribuciones sean proporcionales a la capacidad del usuario asiendo del prepago, una forma de protección contra el “gasto de bolsillo catastrófico” por parte de las familias.

Es así que la Secretaría de Salud del Estado de México planea y define sus prioridades; programa su equipamiento e infraestructura y moviliza recursos financieros adicionales en una permanente concentración social. Opera integrado en particular en las instituciones públicas. En una relación permanente con el Sistema Federal y articuladamente con otras entidades federativas para el logro de objetivos compartidos. Su modelo de operación se basa en atender las necesidades municipales y regionales, por lo que ubica recursos y decisiones en instancias locales de operación de servicios personales y no personales de salud.

Así los principales objetivos del Sistema de Salud específicamente del Estado de México van encaminados a planear, coordinar y dirigir las acciones de salubridad general y local en la entidad, así como regular y controlar las actividades de las instituciones del Sector Salud con sujeción a las leyes y normas federales y estatales vigentes en la materia (Manual General de Organización de la Secretaría de Salud, 2016).

Existe el Programa Estatal de Salud del Estado de México 2005-2011 (PROESA), el cual por una parte se considera como un componente de pilar 1, ya que brinda seguridad social, y brinda una participación de naturaleza normativa

siendo de observancia obligatoria para todos los actores del sistema en la entidad. Cumple a su vez, con lo estipulado en la Ley General de Salud la cual señala que a los gobiernos de las entidades federativas les corresponde formular y desarrollar programas locales de salud, correspondientes al Programa Nacional de Salud, en el marco del Sistema Estatal de la materia.

El presente, enfoca la problemática que enfrenta la entidad, en los cinco grandes retos nacionales en materia de salud y perfila estrategias para alcanzar objetivos en cada uno. Enfoca, alinea y articula las acciones del Sistema en la entidad, a fin de que el mismo cumpla con su misión; asumiendo sus responsabilidades tanto la Secretaría, organismo rector, como cada uno de sus componentes; los que dentro de estos marcos, paulatinamente integrarán sus programas en la materia.

El presente ejercicio, con el que se inicia la administración del gobernador Enrique Peña Nieto en la materia, se enfoca primordialmente a atender el desarrollo de los servicios de salud de aquellos hasta ahora no protegidos en ese sentido, es decir a la llamada población abierta; y sirve también para invitar a los diferentes subsistemas y regímenes que concurren en la atención a la salud en el Estado, a sumar paulatinamente sus aportaciones programáticas, de forma tal que podamos contar en esta administración estadual, con un sólido referente normalizado, para mejor desarrollar nuestras actividades en el campo de la salud en la entidad.

El Programa Estatal de Salud 2005-2011 está dividido en tres capítulos:

- I. Diagnóstico Situacional de la Salud y el Sistema de Salud al 2005.
- II. El Sistema de Salud en el Estado de México en el 2011.
- III. Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción prioritarias para alcanzar la visión.

En el capítulo uno, se discuten las condiciones que enfrentamos en la salud de la población de la entidad al inicio de esta administración, la desigualdad en la

atención a los usuarios, los problemas de calidad de los servicios, los problemas en materia de protección financiera, y la situación del Sistema de Salud en el Estado de México. El cual se considera que tiene las mismas características del Sistema actual de Salud en México, que data de la tercera década del siglo XX.

El capítulo dos ofrece una visión de las condiciones y el Sistema de Salud que quisiéramos en la entidad para el año 2011 en camino para el 2025. Visión en la cual, además de una mayor esperanza y mejor calidad de vida, se anticipa la consolidación de un Sistema de Salud que ofrezca un trato adecuado y que proteja a los ciudadanos contra gastos excesivos por razones de salud. Un Sistema en el que las contribuciones serán proporcionales a la capacidad de pago y los beneficios proporcionales a las necesidades.

Y en el tercer capítulo se presentan las estrategias y líneas de acción, encaminadas a concretar los objetivos que se ha planteado esta administración estadual. En él se ha rescatado la experiencia de numerosos mandos medios y superiores del Sistema, integrándose en cada línea de acción, a través de un ejercicio participativo y responsable.

En el año 2005 la población del Estado de México era de más de 14 millones y medio de personas, está dividida casi por mitad entre hombres y mujeres. De ella, más de la mitad es decir; un 53% no está asegurada, persistiendo la simetría en la proporción de género. Es notable que, por rangos de edades, más del 77% de los no asegurados se encuentren entre 1 y 39 años de edad, abarcando escolares y una etapa altamente productiva.

En cuanto a la población no derecho habiente en la entidad, los 10 municipios que aportan mayor número de personas son en orden decreciente Ecatepec de Morelos, con más de 840 mil, Nezahualcóyotl con más de 612 mil, Chimalhuacán con más de 388 mil, Naucalpan de Juárez con más de 378 mil, Tlalnepantla de Baz con más de 276 mil, Valle de Chalco Solidaridad, con más de 249 mil, Atizapán de Zaragoza, con más de 229 mil, Ixtapaluca con más de 194 mil, Almoloya de Juárez con más de 104 mil y Chalco con más de 155 mil

personas. Lo que contrasta con los 10 municipios con mayor índice absoluto de marginación, en la entidad que son Villa Victoria (55.5), Sultepec (53.8), San Felipe del Progreso (53.7), Donato Guerra (65.5), Zacualpan (50.2), Amanalco (48.5), Morelos (47.7), Ixtapan del Oro (47.4), Amatepec (47.0) y Aculco (44.5).

Lo que nos permite observar que mientras la población no derecho habiente se encuentra concentrada en municipios con predominancia urbana; la marginación municipal, se observa principalmente hacia los municipios rurales. Por lo tanto se tienen que innovar soluciones que lleven las oportunidades de salud tanto a las poblaciones urbanas como a las rurales marginadas.

Ahora bien, el Estado de México es la entidad que peor está en tiempo de espera en consulta externa, ya que mientras en promedio a nivel nacional se esperan por una consulta 26 minutos, esta espera en nuestro Estado es de 48 minutos. Por lo que se refiere al tiempo de espera en urgencias, contra el promedio nacional que es de un poco más de 18 minutos, en el Estado tenemos cuatro minutos más de espera, resultando lógico que exista un casi 6.5% más de usuarios inconformes.

Si bien, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos nos habla del derecho que todos los mexicanos tenemos a la salud, se sabe que esto representa grandes esfuerzos pendientes. Vivimos una realidad de profunda desigualdad social, pero no se debe parar hasta que cada familia esté cubierta con un seguro de salud. Ya que el gasto de bolsillo de los usuarios representa más de la mitad del financiamiento total de los servicios de salud, mientras que los ingresos tributarios, las contribuciones a la seguridad social de los empleadores y los empleados y las primas de los seguros privados representan el resto.

Por lo que se refiere al gasto que hace el gobierno para el rubro de salud; la entidad se encuentra abajo del porcentaje del PIB en gasto público en salud, el que a nivel nacional es del 3.0% y en la entidad del 2.5%. Aunque por otra parte, en relación con el gasto público total, la entidad reporta el 25.3% mientras que a nivel nacional es del 17.4%. Se destaca que la aportación al financiamiento de la



salud de la población no asegurada es 95.3% de carácter federal y sólo 4.7% de carácter estatal; lo que nos presenta un área de oportunidad para destinar mayores recursos del gobierno de la entidad y de los gobiernos municipales, como se principia a ver en el Seguro Popular, en donde ya existe un 27.2% de aportación estadual; adicionalmente exploraremos las aportaciones de sectores no gubernamentales.

En el Estado, el modelo médico predominante aún propicia que la relación entre el médico y paciente sea asimétrica, colocando a éstos últimos como sujetos pasivos de la acción de los primeros. Este modelo de atención no es el más justo y es frecuente que un mismo médico utilice diferentes tipos de relación con los usuarios dependiendo del perfil del paciente y de otras variables. Así se espera promover la participación activa de los pacientes en la toma de decisiones informadas sobre su salud. Ellos recibirán información suficiente sobre las diferentes alternativas de tratamiento para ejercer el derecho a tomar decisiones basadas en dicha información y, en casos extremos, incluso optar por rehusar el tratamiento.

## Características de una Institución sanitaria de primer nivel de atención

Existen tres niveles reconocidos en los sistemas de atención médica. El nivel I se refiere a las instalaciones médicas para la atención de poca complejidad, que cubren el 70% de los problemas de salud en una comunidad, es decir; los Centros de Salud, Clínica Rural o Suburbana, Unidad de Medicina Familiar. El nivel II corresponde a la atención de problemas transferidos del nivel I y capacidad para resolver el 12% de los problemas quirúrgicos, el control y vigilancia de los problemas ambientales y epidemiológicos, y una operación administrativa de tipo regional, en este nivel se encuentran Hospitales Generales, Centros de Administración de Salud. Y en el nivel III se van a resolver el 8% restante e la

demanda total de consultas y la hospitalización de alta especialidad que se presenta en la población, y requiere de servicios muy complejos para un área de influencia amplia y aquí encontramos los Hospitales Especializados, e Institutos de especialidades.

En inmuebles del primer nivel de complejidad es posible identificar instalaciones para urgencias, sala de operaciones y divisiones de especialidades básicas como son el consultorio dental, otorrinolaringólogo, oftalmología, y dermatología. Adicionalmente, se encuentran servicios de apoyo como cocinas, farmacia, almacén de medicamentos, almacén de materiales y equipos básicos, oficinas y área de estacionamiento. Este inventario de recursos materiales corresponde aproximadamente a núcleos demográficos no mayores de 50,000 usuarios.

Es posible encontrarse con unidades médicas regionales más pequeñas para población dispersa que se apoyen en otra unidad más amplia de primer o segundo nivel. Como lo son los Centros de Salud, los cuales son instalaciones de nivel primario y básico de atención de la salud y sus roles de acuerdo a las nuevas tendencias de la política del sector salud es la de programación, es decir; educación y prevención de salud, rehabilitación y recuperación de la salud como lo es la consulta ambulatoria; en centros de mediana complejidad cuentan con ayuda del diagnóstico como rayos X y laboratorio y en algunos casos con hospitalización para maternidad, recuperación y casos de emergencia para derivación a hospitales locales o intermedios.

Los Centros de Salud conforman una red de establecimientos debidamente jerarquizados sobre el ámbito, regional o barrio de 15,000 a 40,000 habitantes, en donde ese Centro de Salud es la cabeza del módulo de atención que de acuerdo a un plan de salud territorial pretende satisfacer la demanda de salud de esta población y promover su desarrollo.

El Centro de Salud Prensa Nacional está ubicado en la Colonia Prensa Nacional, en el municipio de Tlalnepantla de Baz; Estado de México. Es una

institución que ha prestado sus servicios desde hace aproximadamente 32 años; durante este tiempo se han presenciado significativos cambios ya que los servicios prestados han incrementado a partir de ese entonces así como una mejoría en su infraestructura. Los servicios con lo que actualmente cuenta son consulta general, urgencias, servicio dental, vacunas y cuando hay pasantes cuenta con servicio psicológico.

La institución cuenta con una misión, visión y objetivo muy específicos.

- Misión

La Secretaria de Salud del Estado de México contribuirá con la población del Estado de México, a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud, en su prevención, regulación sanitaria y salud pública, como objetivo social compartido y tutelando el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad, con oportunidad, calidez, y con sentido humano, que ponderen el respeto a la vida y a la confianza del usuario y que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores tanto en su aspecto laboral como en su desarrollo personal, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana.

- Visión

El Estado de México cuenta con las bases para un Sistema de Salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo.

1. Nuestra entidad está entre las 10 mejores de la república por las condiciones de salud de su población.

2. Nuestro modelo de atención a la salud prioriza las necesidades de grupos vulnerables y regiones marginadas.
3. En los servicios públicos y privados de salud se ofrece un trato adecuado y en el primer nivel de atención cada vez mayor número de usuarios, pueden elegir al prestador de su preferencia. Los servicios son de alta calidad técnica, satisfacen las expectativas de la sociedad y los proporcionan prestadores en permanente desarrollo personal y profesional y en ambientes dignos.
4. Los gastos en salud generalmente son inesperados y producen un impacto significativo en la economía familiar. En este sentido, garantizar a los grupos de menores ingresos el acceso universal a un sistema de salud constituye una condición fundamental para el combate a la pobreza. De la misma manera, un sistema de salud eficiente debe tratar no solo padecimientos y enfermedades, sino debe constituir un instrumento de prevención y detección oportuna que fomente estilos de vida saludables. Tales características incrementan inequívocamente la calidad de vida de la sociedad. Los ciudadanos están involucrados y comprometidos en las decisiones y acciones que afectan su salud, opinan sobre las políticas en materia, cuenta con acceso a la información pública de salud y con instancias sensibles y eficientes para el trámite de sus quejas y sugerencias.
5. Todo mexiquense puede acceder a servicios de salud independientemente de su capacidad de pago, su nivel de riesgo o su afiliación laboral, y la equidad en el financiamiento permite que las contribuciones sean proporcionales a la capacidad del usuario así como del prepago, una forma de protección contra el “gasto de bolsillo catastrófico” por parte de las familias.
6. La Secretaría de Salud planea y define sus prioridades; programa su equipamiento e infraestructura y moviliza recursos financieros adicionales en una permanente concentración social. Opera integrado en particular en las instituciones públicas. En una relación permanente con el Sistema

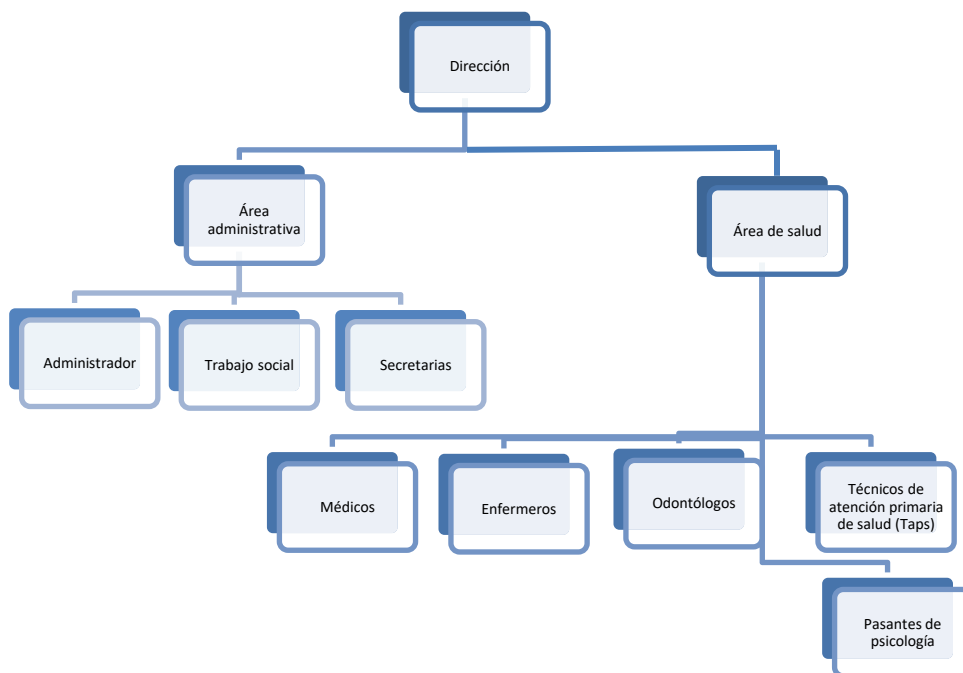
Federal y articuladamente con otras entidades federativas para el logro de objetivos compartidos. Su modelo de operación se basa en atender las necesidades municipales y regionales, por lo que ubica recursos y decisiones en instancias locales de operación de servicios personales y no personales de salud.

- **Objetivos**

Planear, coordinar y dirigir las acciones de salubridad general y local en la entidad, así como regular y controlar las actividades de las instituciones del Sector Salud con sujeción a las leyes y normas federales y estatales vigentes en la materia.

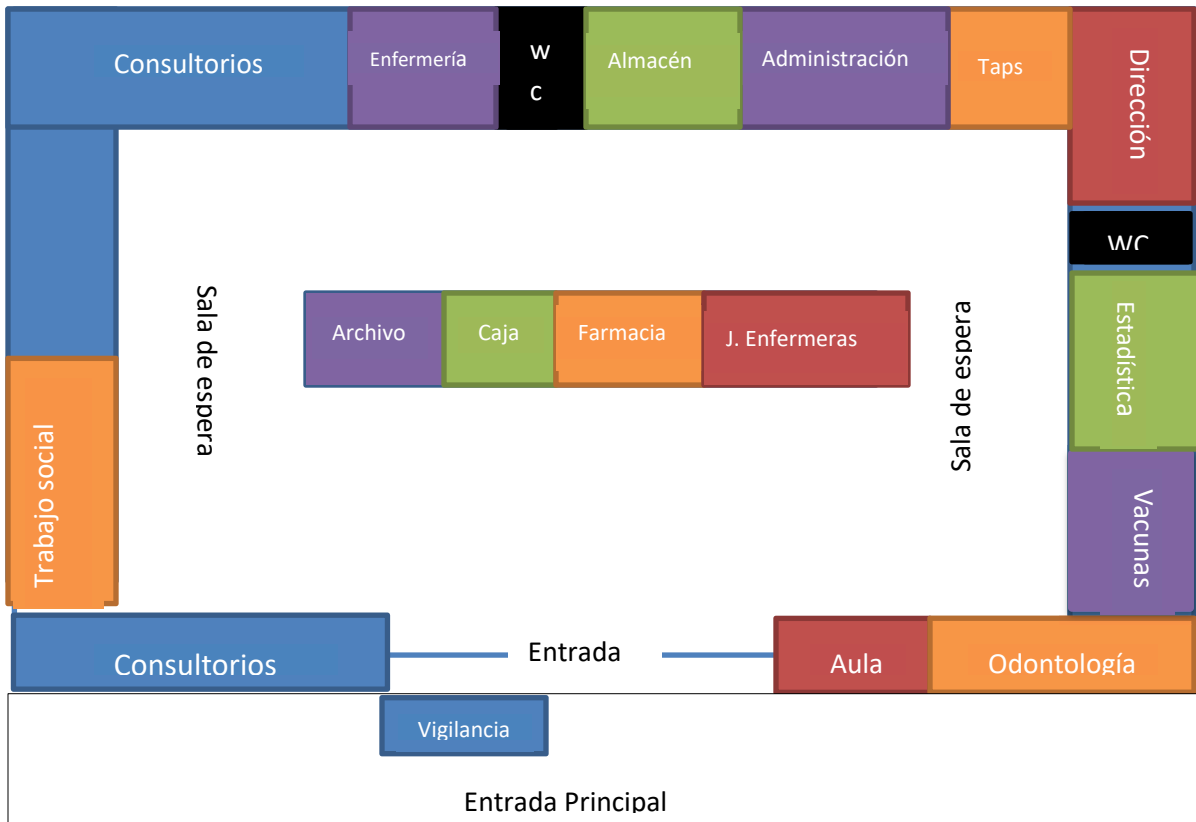
- **Jerarquía**

La jerarquía se compone a partir de una dirección del centro, seguido por un área administrativa donde destaca el personal auxiliar de esta área como son el propio administrador, trabajadora social, secretarías. Por otra parte se encuentra el área de salud donde se incluyen médicos, enfermeros, odontólogos, y técnicos de atención primaria de salud (Taps); así mismo cuando se cuenta con el servicio se incluyen pasantes de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.



- Infraestructura

El Centro de Salud cuenta con una infraestructura física sencilla de una sola planta; y con equipamiento básico, las instalaciones cuentan con oficinas adaptadas para cada una de las áreas y el equipamiento en cada una refiere al mismo necesario, así se cuenta principalmente con una dirección, la administración, una oficina para la jefa de enfermeras así como para la trabajadora social. Un aula en donde se realizan diversas actividades, un almacén, farmacia, ventanilla de archivo. Cubículos para el área de Taps así como para enfermería, un área de vacunas; un aula donde se encuentran los odontólogos y cinco consultorios para la consulta externa, sanitarios, así como un estacionamiento.



En general es un Centro de Salud de primer nivel de atención con una infraestructura así como los servicios brindados muy básicos; sin embargo gran parte de la población de la misma colonia o bien colonias de los alrededores acuden a dicho servicio.

Lo que compete al área psicológica cabe mencionar y lo cual resulta de vital importancia que el servicio psicológico que se brinda en dicho Centro de Salud es impartido a partir de la realización del servicio social de los estudiantes de los últimos semestres de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Cuando no se cuenta con el servicio y es necesario remitir a un paciente este es remitido al Hospital General Valle Ceylán o bien si se trata de un caso de adiciones al CAPA SITS Tlalnepantla.

Otro punto importante a destacar se deriva a partir de la infraestructura ya que como se da cuenta a partir de la descripción de la misma no se cuenta con un espacio específico para realizar la psicoterapia; lo que dificulta dar una atención de calidad al paciente, teniendo así que buscar un espacio libre pudiendo ser este el aula, algún consultorio desocupado o el cubículo de jefa de enfermeras. Este hecho resulta en ocasiones inconveniente y/o un tanto molesto tanto para el profesional como para el paciente.

Debido a estos destacados puntos se considera importante tomar en cuenta las observaciones y se tomen medidas necesarias para una mejor inclusión del psicólogo de la salud en el servicio de salud público.



## NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA

La globalización está afectando a la cohesión social de muchos países, y no cabe duda de que los sistemas de salud que son considerados elementos fundamentales de la estructura de las sociedades contemporáneas, no están funcionando todo lo bien que podrían y deberían. La gente está cada vez más descontenta ante la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades, y ante el hecho de que los servicios prestados no sean acordes con sus expectativas; ante esto se considera que los sistemas de salud deben de responder mejor y con mayor rapidez a los desafíos presentados y se considera que la atención primaria de salud puede afrontar dichos inconvenientes y dar una excelente respuesta en el ámbito de la salud.

La Atención Primaria de Salud es reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población. Así mismo, las experiencias acumuladas tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo han demostrado que la atención primaria de salud puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales. Por otra parte, los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos producidos desde la celebración de la Conferencia de Alma Ata acarrearán la necesidad de una revisión profunda de la estrategia de la atención primaria de salud para que pueda dar respuesta a las necesidades en salud y desarrollo de la población en el mundo y sobre todo en nuestro país; México.

Un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud va a orientar sus estructuras y sus funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho que tiene todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin hacer ningún tipo de distinción de raza, religión, ideología

política o condición económica social. Los principios que se requieren para mantener un sistema de esta naturaleza son la capacidad para responder equitativa y eficientemente a las necesidades sanitarias de los ciudadanos, incluida la capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continuos; la responsabilidad y obligación de los gobiernos de rendir cuentas; la sostenibilidad; la participación; la orientación hacia las normas más elevadas de calidad y seguridad; y la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales.

Empero estamos hablando de un sistema sanitario basado en la atención primaria y a que nos referimos con esto; bueno, pues la Atención Primaria de Salud (APS) de acuerdo a la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata en 1978 nos dice que es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Dicha definición enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además, es el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud; es decir, la atención primaria es el mecanismo mediante el cual los países y las áreas proveen mejor salud a las poblaciones y las personas, con mayor equidad en salud en los subgrupos poblacionales, y con menores costes; lo cual es uno de los principales aportes ya que una atención privada en algunas zonas de nuestro país resulta casi imposible si hablamos de la posición socioeconómica y por lo cual algunos de los individuos no tiene la atención especializada a falta de dichos recursos.

Los principales objetivos del nivel de atención primaria son básicamente dos; el primero hace referencia a la mejora de la calidad de vida de los individuos y el segundo, a la obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número posible de individuos. Las características en las cuales se basa este nivel de atención son la accesibilidad; la cual se considera como la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales. La coordinación, que se refiere a la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria; la integralidad, considerada como la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida. Y la longitudinalidad que hace referencia al seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médicos y enfermeros. Estas características son las que marcan su calidad y eficiencia.

A partir de los distintos niveles de atención; la atención primaria va a ser el nivel básico e inicial, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando así como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá así actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como también la rehabilitación física y el trabajo social. Aunque los factores sociodemográficos van a influir en la salud, un sistema sanitario orientado hacia la atención primaria es una estrategia política de gran relevancia debido a que su efecto es claro y relativamente rápido, en particular respecto a la prevención de la progresión de la enfermedad y los efectos de las lesiones, sobre todo en edades tempranas.

Dentro de los servicios que se ofrecen en la atención primaria de salud se encuentran; la asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo si es que así se requiere. La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria; así como actividades de información y

vigilancia en la protección de la salud. Rehabilitación básica; atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, adultos, tercera edad, grupos de riesgo y enfermos crónicos. Ofrece también atención atenuante a enfermos terminales; atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada y la atención a la salud bucodental.

El trabajo en equipo se considera de suma importancia dentro del ámbito de la salud; considerándolo como una forma particular de organización del trabajo; en el sector salud como en otros se han utilizado actividades puntuales de capacitación para generar la consolidación de un verdadero equipo de trabajo. Este tipo de intervención puede aportar conocimientos, pero no puede reemplazar el desarrollo de actitudes para el trabajo en equipo. Las actitudes sólo pueden cambiar en la práctica, en la vivencia laboral, en la interacción de trabajo con los compañeros, más no en espacios hipotéticos.

Enfocándonos al equipo de salud en particular; este no se logra mediante la mera yuxtaposición física de sus componentes y actividades; es necesario que asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales de salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical. El trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo en la construcción técnica, política y social del cambio del trabajo en salud para la aplicación de un nuevo modelo de atención, el trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria facilitan la definición, desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciendo una renovación e integración de capacidades clínicas y de salud pública en los equipos de salud.

La composición de un equipo de atención primaria debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende. Por tanto, no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para

todos los lugares y contextos sociales. Lo que define un equipo de salud no es el tipo de profesionales que lo constituyen, o su relación cualitativa respecto a la población, sino la forma organizativa a través de la cual su estructura y funcionamiento se adecuan para solucionar las necesidades del individuo, la familia y la comunidad.

Un sistema de salud basado en la atención primaria de salud se apoya en recursos humanos apropiados que incluyen a los proveedores de servicios, a los trabajadores comunitarios, a los gestores, personal administrativo y la población como el individuo, familia y comunidad; si bien todos los recursos humanos del sistema de salud forman parte de la estrategia de la atención primaria de salud, los equipos de atención primaria de salud en el primer nivel de atención son la parte esencial y sobre la que se conocen más experiencias en la definición de su composición.

Así, cuando el equipo de atención primaria remite al paciente al equipo de salud mental lo hace con el propósito de obtener una opinión experta, un tratamiento especializado y compartir responsabilidades para con ese paciente por el que él poco puede hacer, la comunicación entre ambos equipos es poco adecuada; ya que ambos equipos en el momento actual no saben qué tipo de información mutua les es útil. Así los profesionales de la salud mental quieren conocer, cuando un paciente se les remite, la naturaleza y duración de la sintomatología presente, si es que ha recibido algún tratamiento médico, y cuál es su historial. Por su parte cuando el equipo de atención primaria recibe un paciente con un informe de alta del equipo de salud mental desea que se le señale un diagnóstico, un pronóstico, la conducta terapéutica a seguir y si existe o no riesgo de suicidio.

Es así que los factores de la mala comunicación, junto con la estigmatización social del tratamiento psiquiátrico provocan que el equipo de atención primaria no solicite más colaboración de los equipos de salud mental y remita en consecuencia a un mayor número de pacientes. Es de esperarse un

apoyo progresivo de los equipos de salud mental a la medicina de primera línea, al igual que de los equipos de atención primaria hacia los problemas emocionales de sus pacientes.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud las competencias de los equipos deben estar acordes a los elementos esenciales que definen los Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud, y por tanto, deben permitir dar respuesta a las situaciones planteadas en las siguientes áreas:

**Acceso y cobertura universal.** Desde la perspectiva de la Atención Primaria de Salud el acceso universal es la eliminación de barreras geográficas, financieras, socioculturales, organizacionales, de género y estructurales para la participación dentro del sistema de salud y/o la utilización de los servicios de acuerdo con las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad.

**Atención integral e integrada.** La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Para que sea integrada, la Atención Primaria de Salud requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud.

La coordinación es uno de los componentes de la atención de salud y su defecto traería como consecuencia la pérdida de la longitudinalidad, sería difícil conseguir la integralidad de los servicios y el primer contacto tendría un papel meramente administrativo. Por tanto definimos la coordinación como una situación de armonía en una acción o esfuerzo común. La esencia de la coordinación es la disponibilidad de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados, y el reconocimiento de dicha información para las necesidades de cuidados actuales.

Énfasis en la promoción y prevención. Es la atención en salud en el momento de intervención más temprano posible dentro del proceso salud-enfermedad y/o entre el riesgo, los problemas de salud y secuelas. Esta atención de salud se presta al individuo, la familia y la comunidad. En lo individual, comprende las acciones de educación y la promoción de la salud, fortaleciendo las capacidades de las personas en la prevención de la enfermedad y el auto cuidado.

Atención apropiada. La atención apropiada plantea la aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en materia de salud. Los beneficios esperados, como resultado de una atención adecuada, deben superar las consecuencias negativas del proceso de la enfermedad.

Un aspecto importante a tener en cuenta a la hora de hablar acerca de una atención apropiada, es la calidad. Esta es el grado en que, teniendo en consideración los conocimientos actuales acerca de la distribución, la identificación, el diagnóstico y el manejo de los problemas y los aspectos relacionados con la salud, las necesidades de salud, tanto actuales como potenciales, quedan cubiertas de una manera adecuada por los servicios de salud. Los pilares fundamentales de la calidad son: efectividad, eficiencia, optimización (balance entre los costos y los efectos de la atención), aceptabilidad, legitimidad y equidad; con lo cual queda integrado la calidad técnica de los servicios brindados y la satisfacción del usuario.

Orientación familiar y comunitaria. Significa que un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de Salud no descansa exclusivamente en la perspectiva individual, sino que emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención.

Mecanismos activos de participación. La Atención Primaria debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico,

involucrando de forma compartida la participación social para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles. Esto incluye actividades conjuntas del Equipo de Atención Primaria y la comunidad, que promuevan ambientes y estilos de vida saludables, fomenten el auto cuidado de la salud de los individuos, la estimulación de las habilidades de las comunidades para hacerse socios activos en la identificación, priorización, planificación y gestión de los problemas de salud de la comunidad, así como la evaluación de las acciones llevadas a cabo por el sector de la salud, incorporando también sectores públicos privados y de la sociedad civil.

Marco legal e institucional. Es de gran importancia el dominio del Marco legal e institucional, el cual está relacionado con el conocimiento de políticas, planes y programas del sector de la salud; así como las normas y regulaciones legales existentes, vinculados con el quehacer y el desempeño técnico-profesional de los miembros del equipo. Muchas veces las regulaciones de ámbito nacional limitan el desarrollo del trabajo en equipo.

Organización y gestión óptimas. Las estructuras y las funciones de un sistema de salud basado en la Atención Primaria requiere de una organización y gestión óptimas, incluyendo un marco de referencia legal, política e institucional que identifique a las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legal y financiero que permitan al equipo desempeñar sus funciones específicas en la toma de decisiones. En términos de sus actividades operativas, los equipos de atención primaria requieren de buenas prácticas de gestión que faciliten a mejorar la organización y la provisión de atención, de forma tal que satisfaga los estándares de calidad, ofrezca lugares de trabajo atractivos a sus miembros y responda a las necesidades de salud de la comunidad.

Políticas y programas pro equidad. Se debe estimular dentro de los miembros del Equipo de Atención Primaria, el conocimiento de políticas y programas pro-equidad con el fin de contribuir a disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corregir los principales factores que causan



las inequidades y asegurarse que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto en la provisión de los servicios de salud.

**Primer contacto.** Es inherente a la organización de los servicios sanitarios en niveles de atención. La idea es que exista un punto de entrada cada vez que el paciente tiene un problema de salud y que este punto de entrada debe ser útil y accesible. La Atención Primaria de Salud constituye la puerta de entrada al sistema de salud y de los servicios sociales, donde se da respuesta a las necesidades de salud. Un Sistema basado en la atención primaria viene a fortalecer el primer nivel de atención, a pesar de que su estructura y funcionamiento es más compleja.

**Recursos humanos apropiados.** En este aspecto se incluyen a quienes proveen los servicios como los trabajadores comunitarios, a los gestores y al personal administrativo. Ellos deben tener una combinación correcta de habilidades y conocimientos en su desempeño. Para lograr la disponibilidad de este tipo de recurso humano exige una planificación estratégica e inversión en capacitación, empleo e incentivos; así como la ampliación y fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los trabajadores de la salud ya existente.

**Recursos adecuados y sostenibles.** Los recursos han de ser los apropiados para las necesidades de salud, deben de ser determinados por un análisis de la situación de salud fundamentado en información del nivel comunitario e incluye recursos, así como el presupuesto necesario para prestar una atención integral de alta calidad. Los recursos deben ser suficientes para lograr el acceso y cobertura universal, teniendo en cuenta que la disponibilidad estos puede variar de acuerdo a los países.

**Acciones intersectoriales.** Las acciones intersectoriales se necesitan para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con los actores y sectores. Ello requiere de vínculos estrechos entre las áreas públicas, privadas y no gubernamentales, tanto al interior como fuera de los

servicios de salud, para que tengan un impacto sobre la salud y sus determinantes.

Diversos estudios han demostrado que la contribución que el individuo, la familia, y la comunidad pueden hacer para mantener su salud, es pilar fundamental en la cadena de acciones posibles dentro de la respuesta social organizada. La aplicación de la estrategia de la atención primaria de salud de recursos humanos capacitados para instrumentar los cambios y modificar las conductas de la población, entrar en contacto con individuos y grupos, atraer líderes de opinión que permitan concertar en relación con el cuidado de la salud, influyendo directamente en sus comunidades.

En este contexto el psicólogo es un recurso humano importante, en la medida en que puede promover la participación de la comunidad en el autocuidado de la salud y además, ser el enlace entre la comunidad y el equipo de salud. Sin embargo, hasta el momento no se ha aprovechado óptimamente su capacidad porque sus funciones y tareas no han sido claramente definidas en el área de la salud. Tomando en cuenta lo anterior, se considera necesario proporcionar al psicólogo una formación que le permita integrarse al equipo de salud y realizar las actividades que son de su competencia, canalizando las que no lo son con el personal correspondiente y trabajando de manera coordinada con ellos.

Esto debido a que, es importante considerar un enfoque que implica una atención integral del individuo ya que tradicionalmente el proceso de salud-enfermedad ha sido estudiado por la medicina desde una perspectiva puramente biológica, la psicología dedicada a estudiar principalmente el comportamiento de los individuos y la sociología enfocada a las condiciones socioeconómicas de la población; por ello la importancia de un trabajo coordinado considerando al individuo como un ser biopsicosocial.

Así adentrándonos al campo de la salud mental, debe de mencionarse que hay una serie de objetivos sanitarios en dicha materia que el equipo de atención

primaria ha de cubrir, dentro de los cuales es importante destacar la existencia de trastorno mental en el seno de la unidad familiar, diagnosticar precozmente las incapacidades y abordar los aspectos psicológicos de la dinámica de grupo y las interrelaciones sociales. Es importante, motivar a la población para que todos los individuos y familias estén dispuestos a asumir una mayor responsabilidad en el mantenimiento de su propia salud.

Hay un alto porcentaje de pacientes que acuden a los servicios sanitarios por problemas emocionales y psicológicos, da una idea de la relevancia del problema. Se han realizado estudios epidemiológicos donde se señala que la morbilidad psiquiátrica general es de un 25 por 100 casos y que de estos solo 23 de 100 pacientes son los que deciden visitar al médico general el cual detecta 14 de 100 del total de casos; es decir, que cada 1.000 casos vistos por el médico general encontrara 140 con problemas emocionales, de los cuales 17 serán remitidos a psiquiatría tratando él al resto. Debido a esto damos cuenta del carácter preventivo y asistencial del equipo de atención primaria que tiene encomendadas en materia de la salud mental las siguientes funciones; en primer lugar identificar el trastorno psiquiátrico, tratar de realizar el seguimiento de aquellas alteraciones emocionales que no precisen de atención especializada, el establecer relaciones con el equipo de salud mental y solicitar su apoyo, asesoramiento y participación clínica para un mejor acceso a los problemas de salud mental; el remitir al paciente al equipo de salud mental cuando requiera de asistencia especializada y colaborar en el seguimiento clínico de los pacientes atendidos por el equipo de salud mental que no necesitan de cuidados especiales.

Es así que se considera que los trastornos mentales son relativamente frecuentes y universales; aunque los trastornos más graves se diagnostican y derivan con más facilidad a la atención especializada, los llamados trastornos mentales comunes como son la depresión y la ansiedad en su mayoría, son atendidos en Atención Primaria de salud, desde un modelo biomédico y farmacológico, y sólo se derivan un 10% de los casos a los especialistas de salud mental como lo referimos anteriormente. Por otro lado, sabemos que hay una gran

parte de la población que no tiene ningún trastorno mental y está recibiendo tratamiento con psicofármacos por problemas emocionales relacionados con crisis vitales o con la vivencia de sucesos estresantes. Y que muchas enfermedades físicas presentan componentes psicológicos asociados al impacto del diagnóstico, al proceso de enfermar y la recuperación, que deben ser tomados en cuenta tanto en la evaluación como en el tratamiento.

A partir de lo tratado anteriormente se debe dar cuenta que para aumentar la disponibilidad de servicios de salud mental, a juicio de la Organización Mundial de la Salud hay que superar ciertos obstáculos que resultan clave en el proceso, los cuales son la no inclusión de la atención de salud mental en los programas de salud pública y las consiguientes consecuencias desde el punto de vista de la financiación; la actual organización de los servicios de salud mental; la escasez de recursos humanos para la atención de salud mental y la falta de iniciativa en el terreno de la salud mental pública, así como la falta de integración de la salud mental en la atención primaria.

Aunque actualmente existe consenso sobre la importancia central de la atención psicológica para la calidad de la asistencia sanitaria, resulta de difícil acceso para el sector público, ya que la organización y configuración actual de la asistencia sanitaria es tal que el ciudadano carece de acceso directo a servicios de asistencia psicológica en la red pública. En la atención primaria el uso de psicofármacos es muy frecuente, y ocasiona un elevado coste para el sistema sanitario, mientras que no se invierte en dispositivos de tratamiento psicológico de comprobada eficacia y coste – efectividad.

Es por ello que se considera relevante la necesidad de readaptar los servicios de atención primaria para que puedan atender de la forma más adecuada los requerimientos sanitarios que la población plantea. La alternativa a la derivación a equipos especializados en salud mental consiste en generar un primer nivel de atención psicológico en atención primaria que acerque la salud mental a la salud general. Así la consulta de psicología de la salud constituiría la

solución coherente que incluye al psicólogo de la salud al equipo de profesionales de salud general.

La inclusión de la psicología de la salud en atención primaria evidencia una serie de beneficios que van más allá de la propia efectividad de la terapia psicológica, por ejemplo; reduce gastos por incapacidad atribuidas a causas psicosociales, reduce el gasto farmacéutico, tiene en cuenta un enfoque biopsicosocial de la salud, mejora la accesibilidad por ubicarse en centros de salud, minimiza el impacto asociado al etiquetado como enfermedad mental cuando se trata de malestares relacionados con problemas vitales y mejora el control y seguimiento de enfermedades crónicas con componentes psicológicos importantes.

Estas actividades y programas recomendados para superar las brechas en salud mental ya han sido puestas a disposición de las administraciones con una guía editada por la OMS; sólo hace falta que pese a la crisis las instituciones sigan confiando en la contribución de este servicio para una mejora en la calidad de vida de los enfermos con trastornos mentales responsables del 17% de la discapacidad en el mundo. Es así que se considera relevante la necesidad de readaptar los servicios públicos de atención primaria para que puedan atender de la forma más adecuada los requerimientos sanitarios que la población plantea; la alternativa a ello es acercar la salud mental a la salud general, incluyendo a psicólogos sanitarios a los equipos profesionales existentes.

Las actividades que el psicólogo realiza dentro de la Atención Primaria de Salud se basan en la promoción y prevención de la salud. De acuerdo a Ottawa (1986), la promoción de la salud va a ser el proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyéndose una participación mayor en el control de este proceso. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social los individuos y grupos deben saber identificar aspiraciones, satisfacer necesidades, además de controlar los factores determinantes de su salud hacia la equidad.

### Objetivos de la Promoción:

- Incidir en determinantes.
- Cambios en condiciones de vida.
- Influir en decisiones de políticas públicas.
- Mejorar salud/calidad de vida poblaciones.
- Luchar por equidad y justicia social.

La promoción va dirigida a la población en general y algunas de las actividades que realiza el psicólogo para la promoción de la salud son:

- 1) Información y educación sanitaria (creencias y actitudes, comportamiento y responsabilidad individual en la salud).
- 2) Control de variables actitud – motivacionales y afectivo emocionales (ansiedad, estrés, depresión, hostilidad).
- 3) Potenciación de recursos de protectores y de resistencia (amor, afecto, amistad, alegría, optimismo).
- 4) Generación de hábitos y estilos de vida sanos (descanso adecuado y disfrutar del ocio, alimentación, higiene, sexo, familia, no consumo de sustancias dañinas, actividad física, sanitarios).
- 5) Aprendizaje de competencias y habilidades básicas (relajación, autocontrol, solución de problemas, comunicación, búsqueda de apoyo social).
- 6) Participación en la salubridad ambiental (cuidado del ambiente).

7) Participación política y ciudadana (uso adecuado de los servicios de salud, elección de la mejor política de salud).

En el ámbito de la prevención, esta va a buscar que una determinada enfermedad o problema de salud no se presente; para llevar a cabo esto es de vital importancia reconocer los factores de riesgo tanto biológicos, psicológicos y sociales, así mismo es importante conocer los significados y representaciones que un determinado grupo tiene sobre el proceso de salud-enfermedad. Objetivos de la Prevención:

- Reducir los factores de riesgo y enfermedad.
- Disminuir complicaciones de enfermedad.
- Proteger a personas y grupos de agentes agresivos.

Algunas de las actividades que se pueden hacer son:

- 1) Control de variables actitud – motivacionales y afectivo emocionales de riesgo (ansiedad, estrés, depresión, hostilidad).
- 2) Modificación de las conductas y hábitos de riesgo.
- 3) Modificación de las condiciones patógenas e insalubres del medio.
- 4) Detección e intervención precoz ante los problemas (o prevención secundaria).
- 5) Disminución del impacto de la enfermedad y prevención de recaídas (o prevención terciaria).

Las actividades que se realizan básicamente son a partir de pláticas y talleres de temas sobresalientes y de acuerdo también a la edad de algún determinado grupo de población. La prevención y promoción van encaminadas hacia el mismo rumbo, por lo cual son dos rubros que difícilmente se podrían separar.

Así mismo el psicólogo también juega un rol fundamental en el tratamiento de la enfermedad física, como son el cáncer, la obesidad, la diabetes, etc. En estos casos los psicólogos trabajan junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos. Se realizan actividades como:

- 1) reducción de estrés emocional y/o modificación de comportamientos de enfermedad, que son causa o efecto de ésta
- 2) cambio de creencias erróneas sobre el proceso de salud - enfermedad
- 3) asesoría psicológica para una mejor toma de decisiones
- 4) asesoría a la familia
- 5) preparación para la integración a la sociedad y al campo laboral
- 6) asesoría a médicos, enfermeras y odontólogos sobre la relación profesional y el fenómeno salud- enfermedad y procesos de atención a los usuarios
- 7) asesoría a los profesionales de la salud sobre estrategias para la adherencia al tratamiento o intervención directa del psicólogo con los pacientes
- 8) preparación para procedimientos médicos y dentales estresantes, tanto a los médicos como a los propios pacientes
- 9) alivio del dolor sin fármacos



10) control psicológico de variables fisiológicas como acidez, hipertensión, respiración, ondas cerebrales, motilidad intestinal

Como bien se mencionó en uno de los puntos anteriores, uno de los principales y más significativos aportes en este punto es la adherencia terapéutica. Ya que para que el consejo médico tenga repercusiones beneficiosas sobre la salud del paciente, han de tenerse en cuenta dos aspectos; en primer lugar, el consejo debe ser acertado y en segundo lugar, debe ser seguido por el individuo. A pesar de los considerables esfuerzos desarrollados por los profesionales de la salud durante los últimos 50 años para intentar solucionar la problemática de la ausencia de adherencia a los regímenes terapéuticos, ésta es aún una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud. Uno de los problemas más importantes con el que se puede encontrar un médico en sus intervenciones es el de que el paciente no sigue sus prescripciones, a pesar de disponer de procedimientos eficaces para tratar o incluso prevenir los problemas.

Se ha encontrado que las tasas de incidencia de adherencia a las recomendaciones de los médicos no suelen superar el 50%, con una oscilación entre el 30% al 60%, bien por olvido, por no comprender los mensajes o por falta de acuerdo en cumplirlos. Todavía más preocupante es el hecho del elevado número de personas que no se adhiere a los regímenes profilácticos prescritos por ejemplo las embarazadas que no toman los suplementos vitamínicos; llegándose a situaciones como en el caso de la hipertensión en el que el incumplimiento de las prescripciones médicas es más la norma que la excepción.

En el caso de las enfermedades crónicas como la obesidad, la hipertensión, la diabetes; la falta de adhesión al tratamiento acarrea consecuencias muy negativas en la esfera física, psicológica y social de los pacientes, además de derivar en un coste importante para la sociedad. Por tanto, el incumplimiento y no seguimiento de las prescripciones genera unos costes personales importantes, en especial, en la calidad de vida que puede gozar la persona. Pero, además, se está produciendo una mala utilización de los servicios de salud, con el consiguiente e

innecesario incremento de los costes sanitarios. Por contra, la adherencia a las prescripciones de los clínicos evitaría visitas innecesarias de los sujetos a los ambulatorios, hospitalizaciones innecesarias, etc

## FUNCIONES DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD

El psicólogo es un recurso humano importante en la medida en que puede promover la participación de la comunidad en el autocuidado de la salud y además ser el enlace entre la comunidad y el equipo de salud. Sin embargo hasta el momento no se ha aprovechado óptimamente su capacidad porque sus funciones y tareas no han sido claramente definidas en el área de la salud.

De acuerdo a la American Psychological Association (APA) el psicólogo de la salud va a destacar a partir de las siguientes atribuciones:

- Identificación precoz de personas en situación de riesgo, definiéndolo en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
- Desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete el individuo.
- La investigación, la comprensión, y la intervención en factores que permitan una buena calidad de vida en personas portadoras de enfermedades crónicas.
- La necesidad de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de salud pública.
- La necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global.
- La inclusión de la perspectiva comunitaria y de salud pública en los esfuerzos de la Psicología de la Salud.

Por lo tanto, es innegable la aportación que el psicólogo como profesional y la Psicología como ciencia tienen que ofrecer a las cuestiones cotidianas que

involucran a individuos, comunidades y sociedades en la búsqueda del tan deseado bienestar biopsicosocial.

El psicólogo de la salud debe intentar su inserción en aquellos proyectos que consideren esta nueva propuesta, trayendo así dos contribuciones importantes: reafirmar la vocación transdisciplinaria que tiene la especialidad y que la Psicología esté presente con sus aportaciones en el lugar donde nace este nuevo orden en atención y promoción de la salud, de modo diferente a lo que viene ocurriendo con las prácticas actuales en que este profesional cuando logra su inserción en los espacios y sobre todo hospitalarios, encuentra grandes dificultades de convivencia e intercambio profesional dada la fuerte influencia del modelo biomédico todavía vigente en las instituciones de salud. Hay que señalar también el hecho de que este profesional tiene mucho más afinidad con las investigaciones cualitativas y cuantitativas que se muestran mucho más adecuadas a la atención de demandas sociosanitarias vigentes.

De acuerdo con Noar y Zimmerman (2005), uno de los objetivos medulares que se plantean los investigadores interesados en la aplicación del conocimiento psicológico a los problemas de salud es entender por qué las personas practican o no toda una amplia gama de conductas, que para fines descriptivos podemos dividir en dos grandes rubros: el primero incluiría las que se orientan a promover y/o mantener la salud el mayor tiempo posible, tales como dormir entre siete y ocho horas al día, seguir una dieta balanceada, realizar ejercicio físico dosificado, evitar el consumo abusivo de sustancias como alcohol o drogas, usar consistente y eficientemente el preservativo, etc.; en el segundo se tendrían las que en términos funcionales permitirían ajustarse a las nuevas demandas que derivan de una enfermedad y/o de los tratamientos a los que se exponen aquellas a lo largo del proceso de intervención con relación a patologías como la diabetes, las del corazón, los distintos tumores malignos, la insuficiencia renal, la infección por VIH, etc.

## Funciones específicas del psicólogo de la salud

Las funciones del psicólogo de la salud son variadas, no obstante; tal variedad se puede agrupar en las siguientes actividades que a su vez algunas de ellas van a requerir de algunas especificaciones.

### 1. Evaluación

Consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. La evaluación implica frecuentemente a más de una persona pudiendo tomar, a veces, como objetivo central dos o más, como por ejemplo, una pareja, una familia u otros grupos o colectivos. Esta información puede ser empleada para el diagnóstico de problemas psicológicos, la elección de técnicas de intervención y tratamiento, la orientación vocacional, la selección de candidatos a un puesto de trabajo, la emisión de un informe pericial, la elaboración de un perfil psicológico, la obtención de datos complementarios a una evaluación previa, la selección de participantes potenciales en un proyecto de investigación psicológica, el establecimiento de una línea-base de conducta con la que comparar cambios pos tratamiento y otros numerosos propósitos. Utilizando instrumentos como son los test, cuestionarios, entrevistas, observaciones; o bien haciendo una combinación de los mismos.

### 2. Diagnóstico

Consiste en la identificación y rotulación del problema comportamental, cognitivo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad de que se trate; debe entenderse como el resultado del proceso de evaluación psicológica. En el ejercicio de esa función, el psicólogo de la salud habrá de tomar decisiones; dentro de las que destacan si se trata de un problema que cae dentro de su competencia, grado de severidad o gravedad del problema, especificación del problema en términos operativos, e identificación del tratamiento.

### 3. Tratamiento e Intervención

El tratamiento supone intervenciones clínicas sobre las personas con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos ya sea de índole emocional, problemas de conducta, preocupaciones personales, entre otros; se entiende que todo tratamiento o intervención supone algún tipo de relación interpersonal y situación social. Estas formas de ayuda pueden denominarse como psicoterapia. La prestación del tratamiento puede ser en aplicación individual, en pareja, o en grupo, y ser llevado por uno o más psicólogos constituidos en equipo. La duración del tratamiento suele ser por lo general entre cinco y cuarenta sesiones (comúnmente a razón de una o dos por semana), pero también pueden ser tan corto como una sesión y tan largo como que lleve varios años. La duración más frecuente de una sesión está entre media y una hora, pero también puede variar según las circunstancias y la naturaleza de la terapia.

En cuanto al formato de las sesiones, pueden ir desde una relación colaboradora altamente estructurada hasta interacciones menos estructuradas, así como consistir en construcciones sistemáticas de nuevas conductas, en la promoción de manifestaciones emocionales, y en toda una variedad de maneras, incluyendo las aplicaciones fuera de la clínica en contextos de la vida cotidiana.

Los objetivos del tratamiento pueden concretarse en la solución de un problema específico, proponerse la reconstrucción de la personalidad, o algún propósito entre estos dos extremos. Igualmente, además del interés en el entendimiento, el alivio de la solución de un trastorno dado, la actuación del psicólogo de la salud puede incluir la prevención de problemas mediante la intervención en instituciones, contextos y ambientes, así como la intervención centrada en personas con riesgos o en toda una comunidad.

#### 4. Consejo, Asesoría, Consulta y Enlace

Se refiere aquí al consejo de experto que el psicólogo de la salud proporciona para una variedad de problemas a petición de alguna organización, incluyendo, en primer lugar, el contacto continuado entre un psicólogo como consultor técnico y los otros profesionales de cualquier servicio dentro del sistema sanitario. En este caso, el trabajo del psicólogo se integra en el del cuidado general de estos pacientes de forma permanente. La intervención del psicólogo, en este caso, es la de un “consultor técnico”. El psicólogo diseña en colaboración y colabora en la ejecución, de programas para modificar, o instalar conductas adecuadas, como es el caso de programas referidos a las conductas de cumplimiento o adherencia al tratamiento; o para modificar conductas que constituyen un factor de riesgo añadido para la salud del paciente, o que pueden dificultar su recuperación o rehabilitación.

Las organizaciones consultantes pueden ser muy diversas, además de la sanitaria: desde médicos y abogados en práctica privada, hasta agencias gubernamentales, entidades judiciales y corporaciones multinacionales, así como centros educativos y de rehabilitación, sociedades y asociaciones. La consulta se puede tipificar por el objetivo, la función desempeñada y el lugar de la responsabilidad. El objetivo puede estar orientado al caso, de modo que a su vez el consultor trate con él directamente o bien proporcione consejo a terceros, o puede estar orientado a la organización o programa (como sea, por ejemplo, la evaluación de programas en curso). La función desempeñada se puede resolver como consejo (acerca de casos, organizaciones o programas), servicio directo (evaluación, psicodiagnóstico, tratamiento, intervención en cambios organizacionales, arbitraje de experto), o enseñanza (formación en tareas específicas, entrenamiento de personal, orientación en el uso de instrumentación psicológica) y otras formas. En cuanto al lugar de la responsabilidad, se refiere a si la responsabilidad por las consecuencias debidas a la solución ofrecida al problema de una organización recae en el psicólogo consultado o permanece, como es más frecuente en la propia organización consultante.

## 5. Prevención y Promoción de la Salud

Este apartado recoge fundamentalmente el trabajo de intervención comunitaria de los psicólogos de la salud. Sus funciones preventivas y promotoras de salud se centrarán en:

- Capacitar a los mediadores de las redes sociosanitarias de la comunidad para desempeñar funciones de promoción de la salud y de prevención.
- Analizar la problemática de las personas con prácticas de riesgo, elaborando estrategias encaminadas a aumentar el contacto con ellas y valorando la adecuación de la oferta real de tratamiento a dicha problemática.
- Incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de la comunidad, sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes, o sobre los factores de riesgo.
- Fomentar y promover los hábitos de salud en la población general.
- Promover una mayor accesibilidad a los instrumentos preventivos.
- Dar a conocer diversos recursos humanos y materiales para la prevención y promoción.

## 6. Investigación

El psicólogo, tanto por tradición histórica como por formación facultativa, está orientado a la investigación. De hecho, esta actividad es una característica del psicólogo en relación con los demás profesionales de la salud y así, la investigación ha llegado a constituir una contribución reconocida en el contexto



clínico y de intervención comunitaria. Las investigaciones del psicólogo de la salud se llevan sobre todo en los propios contextos aplicados y, a menudo, formando parte de las prestaciones profesionales, pero también se llevan en laboratorios disponiendo ya de mejores condiciones para estudios controlados. Las áreas de investigación por parte del psicólogo de la salud incluyen desde la construcción y validación de test hasta el estudio del proceso y del resultado de distintos tratamientos psicológicos, desde la determinación del valor pronóstico de determinadas variables hasta la comprobación de la viabilidad de profesionales como terapeutas, desde el análisis de contextos infantiles o geriátricos hasta la evaluación o experimentación neuropsicológica o psicofísica, por señalar esa variedad de áreas de investigación.

Esta orientación a la investigación del psicólogo en el marco de la salud tiene importancia, al menos por las tres siguientes razones: por un lado, permite evaluar críticamente la ingente cantidad de investigaciones que de continuo se publican, para discriminar posibles nuevas aportaciones y determinar qué procedimientos de evaluación e intervención terapéutica sean más adecuados para sus pacientes. Por otro lado, es una condición para evaluar la efectividad de su propio trabajo, de modo que se eviten prácticas espúreas clínicamente sostenidas por la inercia y se promueva una mejor actuación profesional. Finalmente, constituye una dotación facultativa con la que se contribuye al trabajo en equipo en contextos médicos (hospitalarios y centros de salud) donde ya se espera esta destreza por parte del psicólogo, en particular, para el diseño de las investigaciones del equipo, para la solicitud de financiación de proyectos y como consultor de proyectos ajenos.

## 7. Enseñanza y Supervisión

La dedicación a la enseñanza y formación a otros en tareas clínicas y de la salud, tiene varias modalidades. El psicólogo puede estar total o parcialmente dedicado a la enseñanza tanto en cursos de graduación facultativa como de

postgrado, en áreas de personalidad, psicopatología, psicología anormal, evaluación clínica, psicodiagnóstico, terapia o modificación de conducta, psicoterapia, técnicas de intervención y tratamiento, intervenciones comunitarias, diseño de investigación y otras.

La supervisión de un practicum es un tipo especial de enseñanza en la que el psicólogo de la salud aporta su experiencia profesional a la formación de estudiantes. El modelo consiste, por lo general, en que el estudiante asista a las sesiones que se estimen convenientes y viables o incluso realice alguna tarea con el paciente y se reúna entre sesiones con el supervisor. En todo caso, el paciente siempre conoce la condición de estudiante en prácticas y de que el responsable es el supervisor. Esta supervisión puede ser individual o en pequeños grupos. Asimismo, son usuales también otras tareas en que se muestre al estudiante la práctica profesional, tales como la aplicación, corrección y valoración de pruebas o la aplicación de ciertas técnicas, así como la asistencia a sesiones clínicas. Es obvio también que el estudiante está obligado a la confidencialidad en el mismo sentido que el psicólogo.

Finalmente, algunas orientaciones clínicas como la terapia o modificación de conducta, incluyen a menudo la formación de no profesionales de la psicología en principios y técnicas de análisis y modificación de conducta. Esta enseñanza puede ir dirigida, bajo control y supervisión del psicólogo, a otros profesionales de modo que sean ellos los que extiendan la aplicación psicológica en sus contextos naturales, como médicos, enfermeras, técnicos sanitarios, dentistas, higienistas dentales, profesores y demás personal cuya dedicación tenga que ver con alguna forma de trato y atención social. Esta enseñanza puede también ir dirigida al propio paciente formando parte del contexto terapéutico cuando la relación clínica implica la ayuda a la gente para aprender nuevas maneras de comportarse en la vida cotidiana.

## 8. Dirección, Administración y Gestión

Este tipo de función tiene más que ver con la colaboración con la gerencia del sistema sanitario: es básicamente una función de gestión de recursos humanos cuyo objetivo es mejorar el desarrollo de los servicios, mediante la mejora de la actuación de los profesionales sanitarios y del sistema mismo. Un primer aspecto de esta función es el de ordenación de la tarea global en el sistema sanitario. A esa función se le podría denominar función de coordinación (que actualmente se cubre en cierto modo desde el “Servicio de Atención al Usuario”). Para cumplir tal función, el psicólogo actúa como experto en relaciones humanas e interacción personal, en dinámica de grupos, y se ofrece a los equipos de salud como coordinador de actividades y asesor en la solución de las posibles dificultades que pueden surgir de la interacción, colaborando en la mejora de la calidad de tal interacción entre los diferentes miembros del equipo, y entre los diferentes equipos, a fin de optimizar el rendimiento de los dispositivos asistenciales.

Esta función de coordinación no ha de confundirse con la función de dirección de un equipo asistencial, aunque puede coincidir con ella. Por otro lado, la función de coordinación puede extenderse a la coordinación con las acciones de asistencia especializada hospitalaria y extra hospitalaria y a las acciones de la asistencia no especializada en la Atención Primaria extra hospitalaria. Se trata, en suma, de poner en práctica el concepto de salud biopsicosocial y de atención integral que implica, ejerciendo una labor de cuidado indirecto del paciente, sobre todo en el caso de una enfermedad crónica, o discapacidad permanente. En el caso de ciertas patologías, como las oncológicas, la coordinación puede proseguir hasta la muerte del paciente terminal, dentro del medio hospitalario. De cualquier modo, la buena coordinación intra e inter equipos repercutirá con seguridad en un mayor nivel de calidad de la asistencia.

Por otro lado, el cumplimiento de esta función conlleva, primero, el estudio y establecimiento de la mejor forma de adecuar los recursos humanos a los fines del

sistema; y segundo, la evaluación y valoración periódica de la aportación de los trabajadores en las mejoras o retrocesos en los servicios y resultados que reciben los usuarios de la organización sanitaria. En consecuencia, el psicólogo de la salud en el cumplimiento de esta función actuará:

- Como experto (“Consultor técnico”), al ofrecer asesoramiento a los directores y jefes de línea en asuntos que afectan a las relaciones laborales para afrontar y manejar los problemas que se puedan presentar, formulando y ejecutando tratamientos específicos y/o globales.
- Como auditor, evaluando y valorando el desempeño de los directivos administrativos, jefes de servicio y jefes de enfermería, en cuanto a la implantación y desenvolvimiento de las políticas de personal y en cuanto a la humanización de la asistencia, previamente acordadas por los órganos correspondientes.
- Como diseñador de programas para relacionar los recursos humanos disponibles, y proponiendo procedimientos alternativos a los que están siendo utilizados, adaptando métodos y tecnologías a los recursos efectivos de que se dispone.

En el cumplimiento de esta función, el psicólogo puede desempeñar puestos como director de un hospital de Salud Mental, Jefe de Servicio de un Hospital o Centro de Salud, Director de un Departamento Universitario, Director de un Programa de Formación de Postgrado (Doctorado, Master), Director de un Servicio Clínico Universitario, Director General de Servicios o programas sectoriales de Psicología Clínica y de la Salud, Presidente de alguna sección profesional o científica, responsable de un proyecto de investigación, y otros, incluyendo la gestión de su propia actividad profesional.

Desafortunadamente a la psicología dentro de los sistemas de salud no se le reconoce un status donde pueda entrar directamente a trabajar con los parámetros anteriores, en tanto sólo se atribuye su aplicación a fases críticas de la

enfermedad o trastorno psicopatológico que se sale de la exclusividad biomédica de tratamiento. Y es precisamente el reto de la inserción del psicólogo en esta área de la salud por su vital importancia y aportes sobre todo a la población atendida que es la que resulta benéfica de dicho servicio.

## Psicoterapia

Es importante la inclusión de la psicoterapia dentro de la atención primaria, ya que hemos dado cuenta que los servicios básicos dentro de un Centro de Salud están basados en consultas de medicina general, enfermería, y odontología; y la consulta psicológica no la encontramos dentro de estos servicios básicos siendo que es de vital importancia dentro del sistema de salud. Encontrar la consulta psicológica sería beneficioso por las siguientes razones. Como principal objetivo radica en que tener salud es gozar de un bienestar físico, psicológico y social. Además de poder visitar a tu médico cuando sufres alguna dolencia física, sería adecuado consultar por problemas de índole emocional a un psicólogo de la salud. Es importante que la atención psicosocial sea accesible a todos los individuos. La consulta de psicología de la salud permitiría el acceso directo a servicios de asistencia psicológica en la red pública.

En este proyecto se manejó la psicoterapia a partir de la denominada psicoterapia breve, la cual es definida como una terapia de tiempo limitado y centrado en un foco. Las principales características que la diferencian de otras terapias es el tiempo, ya que tradicionalmente se considera que la duración normal de una terapia dinámica breve es de 1 a 24 sesiones, aunque en casos excepcionales puede prolongarse. Más que el número de sesiones, lo que define la terapia breve es la actitud de tiempo limitado por parte del terapeuta y del paciente y la importancia de la relación coste-efectividad.

En cuanto al foco este es un objetivo delimitado que mantiene centrados en la meta tanto al terapeuta como al paciente. Se define por mutuo acuerdo y sirve como brújula para que la terapia no se centre en la superficie, o se eternice

buceando en las profundidades del yo. Además, resulta muy útil para valorar los avances conseguidos y para fijar adecuadamente el momento de finalización de la terapia, una vez conseguidos los objetivos previstos.

El objetivo de esta terapia es ayudar al paciente a superar sus propios patrones problemáticos mediante nuevas experiencias y formas de entender la vida; se trata de modificar la forma en que la persona se relaciona consigo misma y con los demás. No se centra en la reducción de síntomas, sino en el cambio de patrones y esquemas. Así, la Psicoterapia Breve promueve un mayor crecimiento y desarrollo de la mente al liberar las energías y aptitudes que hasta el momento permanecían ligadas a los conflictos. Una vez liberada, esta energía puede ser reutilizada para el adecuado y satisfactorio desenvolvimiento de la personalidad, para disfrutar de la vida de forma positiva y sostenible.

El terapeuta breve es más activo y directivo y por lo tanto menos neutral que aquellos que trabajan de manera prolongada. Utiliza técnicas cognitivas, conductuales, emocionales y analíticas, entre otras, tratando de cambiar el modo en que el paciente piensa sobre sus problemas y los métodos que utiliza para resolverlos. Existe un criterio diagnóstico y de pacientes que permite elegir y recomendar esta técnica como método preferencial a otras alternativas. Cualquier paciente, independientemente del diagnóstico, puede responder bien al tratamiento breve con una combinación adecuada paciente-terapeuta y una correcta elección de la modalidad breve.

## Relación terapeuta-paciente

La psicoterapia no se podría concebir sin el establecimiento de una relación entre paciente y terapeuta; por lo tanto la relación terapéutica es el canal a través del cual transcurre la psicoterapia y por lo tanto es la condición de posibilidad del tratamiento. Lambert (1992) halló que los factores comunes, dentro de los cuales la relación terapéutica es uno de los principales, explican aproximadamente el 30% de la mejoría del paciente. La relación paciente-terapeuta es por lo tanto un

elemento fundamental de la psicoterapia. Aunque la evolución de los tratamientos produjo importantes avances en las técnicas utilizadas, el vínculo es decisivo en cuanto a los resultados que pueden lograrse. Sin embargo también es cierto que no basta una cálida y afectuosa relación terapéutica para que se cumplan los fines de la terapia. Pues, a pesar de sus efectos intrínsecamente benéficos, puede alimentar una ilusión antes que acercar una solución real al problema planteado.

Se considera necesario pero no suficiente que el terapeuta posea tres competencias relacionales (Rogers, 1951); aceptación, empatía y autenticidad. Por aceptación se entiende el interés mostrado por el terapeuta hacia el paciente y su problemática. Interés que no debe de ser demasiado efusivo ni proteccionista. Hay que señalar que las muestras de este interés terapéutico son interpretadas por el paciente, y que el grado de aceptación percibida pesa más que la conducta del terapeuta al respecto. Para detectar esas percepciones es útil utilizar preguntas de feedback dirigidas al paciente, y utilizar sus respuestas para modular las expresiones de aceptación.

La empatía se refiere a la habilidad del terapeuta de entrar en el mundo del paciente y experimentar cognitivamente y afectivamente el mundo como lo hace este. El terapeuta puede facilitar esta labor si devuelve al paciente expresiones referentes a su modo de percibir los eventos y sus estados emocionales asociados, haciéndolo en forma de hipótesis a contrastar por el feedback del paciente. Incluso el terapeuta empático puede evitar hacer juicios peyorativos sobre la conducta del paciente y sus problemas relacionales si tiene la habilidad de tener empatía hacia estos problemas; puede incluso desarrollar ensayos cognitivos sobre las actitudes y emociones del paciente y generar así alternativas a las mismas.

La última habilidad, la autenticidad, se refiere a la franqueza del terapeuta con el paciente, para que este tenga una imagen realista de lo que puede (y no puede) esperar sobre el terapeuta o la terapia. Sin embargo es conveniente que esta franqueza sea conjugada con la diplomacia y se manifieste en momentos oportunos. Al igual que las otras dos habilidades la percepción del paciente sobre

ellas es él, principal determinante de su reacción, por lo que las preguntas de feedback son fundamentales para adecuarlas a cada caso concreto.

Se manifiestan también otra serie de factores ya que se señala la conveniencia de no mostrar una excesiva cordialidad hacia el paciente; ya que aunque esto podría hacerle mejorar a corto plazo, reforzaría sus creencias irracionales de aprobación, dependencia y baja tolerancia a la frustración. Otro factor es que los terapeutas es deseable que tengan una inclinación personal de tipo filosófica y cognitiva para aplicar esta terapia de manera más congruente. Se apunta también a que el terapeuta sea capaz de manejar, si aparecen sus creencias irracionales de aprobación, éxito y autovaloraciones respecto a las manifestaciones del paciente y la evolución de este. El humor es otra característica deseable; ya que puede suponer un recurso antidogmático importante ante la excesiva "seriedad" dada a veces a la visión de los problemas y la terapia. Y como última habilidad se apunta la flexibilidad con la propia terapia, adecuándola al caso concreto; y no siempre teniendo que desarrollarla de forma directiva y con el mismo manual.

La psicoterapia cognitiva considera que hay 3 factores básicos que ayudan a mantener la relación terapéutica iniciada (Beck, 1979):

A) La confianza básica: se trata de la percepción del paciente que ve la relación con el terapeuta como segura y no amenazante y que le permite expresar sus dificultades con la esperanza de encontrar solución a sus dificultades. El terapeuta sopesa su intervención y ajusta su rol a las respuestas del paciente. En general, en la primera fase del tratamiento, suele emplear más la empatía, aceptación y autenticidad, para así fomentar la confianza básica. En una segunda fase se refuerza de modo progresivo la autonomía del paciente; ya que se hace una planificación de las agendas y las tareas para casa, usando las atribuciones internas a sus logros.

B) El rapport: se refiere en general, a un acuerdo de metas, objetivos y procedimientos terapéuticos entre el paciente y el terapeuta. Es útil que el



terapeuta clarifique las expectativas terapéuticas que el paciente trae a terapia; que las contraste con el paciente si le parece poco razonable o inadecuada. También el terapeuta se pone en la misma señal del paciente a través de la empatía, aceptación y autenticidad (con la ayuda del feedback). El explicar al paciente la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, el proceso terapéutico y las fluctuaciones; y recoger sus respuestas al respecto, puede facilitar el llegar a un acuerdo mínimo sobre estos puntos, o no iniciar la terapia si el paciente trae un marco de trabajo excesivamente restrictivo.

C) La colaboración terapéutica: el terapeuta y el paciente forman un equipo de trabajo que tiene como fin detectar los pensamientos negativos, los supuestos personales y trabajar su modificación. Se explican al paciente las tareas a desarrollar, se aplican como tareas para casa, se revisan esas tareas en consulta, y progresivamente el paciente va teniendo un papel más autónomo en este proceso.

Cada persona demanda un tipo de interacción diferente, por lo que el secreto para establecer una relación que conduzca a la resolución del problema radica en saber adaptarse a las necesidades del paciente. No obstante, en sentido general, el terapeuta debe ser capaz de validar las experiencias, pensamientos y emociones de la persona, haciéndole sentir que es plenamente aceptado. El terapeuta no asume el rol del juez, sino que debe figurar como un acompañante incondicional. Cuando la persona se siente aceptada, no solo comienza a conectar con el terapeuta, sino que empieza a aceptar esos deseos, necesidades y/o problemas que antes negaba. En este punto comienza la verdadera resolución del conflicto.

Obviamente, el psicólogo no se limita a ser empático y sintonizar con el paciente, al ser alguien ajeno a la problemática, aporta una visión más objetiva. Por tanto, el terapeuta no solo conecta emocionalmente con la persona sino que, a la misma vez, mantiene la distancia necesaria para poder ayudarle. Siente empatía y comprende sus emociones, pero aún así, no permite que estas le

embarguen, por lo que puede reaccionar de una manera más adaptativa e indicarle la vía más adecuada para resolver sus problemas.

Ya que esta área de la psicología trabaja de una manera interdisciplinaria es importante la construcción de propuestas de intervención para la población y lograr esta búsqueda de equilibrio y calidad de vida. Es un hecho de suma importancia el delimitar funciones y competencias de los psicólogos de la salud, potenciar la figura del psicólogo en la atención primaria y de alguna manera modificar el protocolo en los centro de salud para que las tareas del psicólogo así como la misma terapia psicológica sea viable y eficiente para la población.

Es innegable la importancia de los aspectos emocionales y sociales en cuanto a la comprensión y manejo en la promoción y mantenimiento de la salud y en la prevención primaria ya que es importante lograr una mirada integral del ser humano, no solo de la persona quien padece una enfermedad y su familia, sino también del equipo de salud que la atiende, se podrá realizar un abordaje holístico, más eficiente y perdurable.

# EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN

En este capítulo se hablara sobre la experiencia de intervención que se obtuvo en una Institución sanitaria de primer nivel. Cabe mencionar que la intervención realizada en dicho instituto parte, de acuerdo a las funciones que el psicólogo de la salud debe de realizar, teniendo como principal objetivo la promoción y prevención de la salud y por otro lado la psicoterapia. A partir de ello se describirá el trabajo realizada en cada uno de estos rubros, manifestando así la vital importancia de la inserción del psicólogo de la salud en instituciones de salud pública; en este caso en un Centro de Salud de Primer Nivel de Atención.

## Promoción y Prevención de la salud

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejore sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable y para mantenerse sanos. El propósito de los programas de Promoción y Prevención es ofrecer servicios integrales que potencialicen la salud de los afiliados y sus familias, y promuevan en ellos una vida sana, feliz, placentera y productiva. Por su naturaleza, estos programas son una responsabilidad compartida entre las personas, las familias, las organizaciones, y el personal de salud.

Con el propósito de mejorar y mantener la salud y la calidad de vida de los individuos, comunidad, etc.; se han desarrollado programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de acuerdo con sus requerimientos en cada una de las etapas de su ciclo vital: niño, adolescente, mujer, hombre y adulto. De acuerdo a las etapas mencionadas se llevaron a cabo diversas actividades de promoción y prevención.

- Pláticas de sensibilización a la población sobre el servicio de psicología

Al iniciar la inserción dentro del Centro de Salud se llevaron a cabo pláticas para sensibilizar a la población acerca del servicio de psicología, entender la importancia de la misma es un tema complicado debido al tabú que muchas personas todavía tiene sobre el ir al psicólogo por ello es de vital importancia sensibilizar a la población y explicar por qué y para que debemos de acudir a una terapia psicológica. En este apartado se realizaron folletos para la promoción del servicio, así como la realización de carteles. Esta actividad se llevó a cabo en septiembre del 2013 a partir de la fecha de inserción al Centro de Salud y en enero del 2014, ya que hubo un periodo vacacional.

En este rubro hubo un total de 316 personas beneficiadas.



- Salud infantil

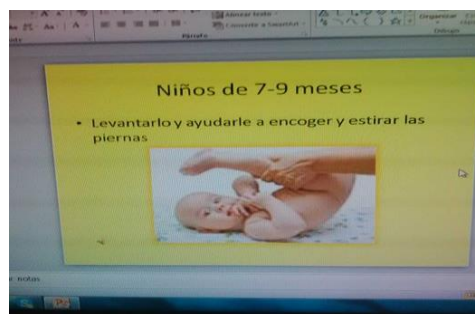
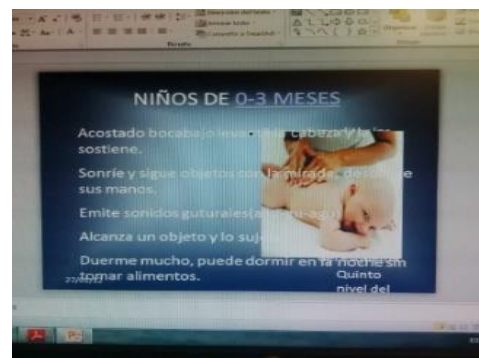
A través de los programas de salud infantil se busca promover la salud física, mental, emocional y social de los niños de cero a diez años de edad, detectando así oportunamente alteraciones dentro de su proceso de crecimiento, desarrollo e inteligencia emocional. Las actividades que se realizaron para esta etapa fueron a partir de pláticas dadas a la población que acude al Centro de

Salud, específicamente en este rubro se consideró a madres que acuden al servicio de Estimulación Temprana.

- “Estimulación Temprana”

Se llevó a cabo una plática con las madres que acuden al taller de Estimulación Temprana, el cual se realiza dentro del Centro de Salud, para así informarles la importancia de la misma y aclarar dudas. Esta se realizó a partir de una presentación, así como al finalizar se le brindo el apoyo al médico encargado en la realización de algunos ejercicios.

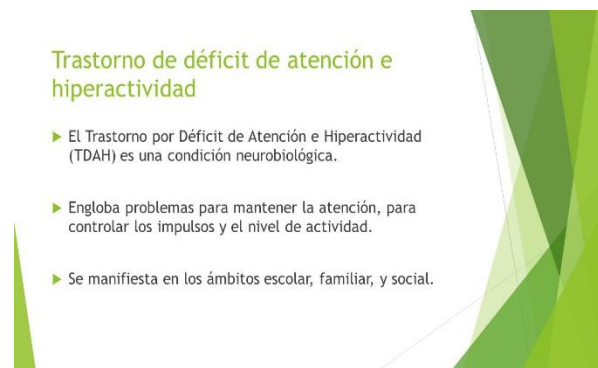
Acudieron 5 personas con sus bebés.



- “Trastorno por déficit de atención”

En esta plática se realizó una presentación sobre el Trastorno por déficit de atención, para así poder explicar más claramente que es, y sobre todo como poder ayudar al niño que sufre de dicho trastorno. En esta ocasión hubo dos fechas para la misma plática, a partir de la petición de la población.

Acudieron 30 personas.



- “Autismo”

Se llevó a cabo una presentación sobre que es el autismo debido a que muchas de las mujeres que acuden al taller de estimulación tenían dudas sobre lo que es, como identificarlo, como tratar a una persona con autismo, etc. De la misma manera se llevaron a cabo dos pláticas a partir del interés mostrado por la población, ya que no solo acudieron las madres que asisten al taller sino que se incorporaron personas que se encontraban dentro de las instalaciones así como personas que las mismas mamás del taller invitaron.

Acudieron 54 personas

Así dentro de la etapa de salud infantil se obtuvo un total de 89 beneficiarios.

- Jóvenes saludables

A través de los programas desarrollados para esta etapa se busca promover hábitos de vida saludable, identificar factores de riesgo físicos, psicológicos, emocionales, sociales y sexuales que afecten a los jóvenes en su desarrollo integral. Esto se realizó a partir de pláticas dadas en escuelas primarias y secundarias que se encuentran dentro o cerca de la colonia beneficiada.

- “Violencia: bullying, intrafamiliar, pareja” (presentación)

- “Sec. Técnica. 3”: 284 alumnos (primer y tercer grado)
- “Primaria José María Morelos y Pavón”: 28 alumnos (sexto grado) y 7 padres de familia
- “Sec. Técnica. 3”: 176 alumnos (segundo grado)
- “Primaria José María Morelos y Pavón”: 58 alumnos (sexto grado)

**¿Qué es el bullying?**

Son conductas de hostigamiento, faltas de respeto y maltrato verbal o físico que recibe un estudiante en forma reiterada por parte de otros estudiantes con el fin de someterlo, intimidarlo y/o excluirlo, atentando así contra su dignidad y derecho a gozar de un entorno escolar libre de violencia.



PSICOLOGÍA

**Prevención**

La prevención se puede realizar en distintos niveles.

- Prevención primaria: sería responsabilidad de los padres (apuesta por una educación democrática y no autoritaria), de la sociedad en conjunto y de los medios de comunicación (en forma de autorregulación respecto de determinados contenidos).
- Prevención secundaria: sería las medidas concretas sobre la población de riesgo, esto es, los adolescentes (fundamentalmente, promover un cambio de mentalidad respecto a la necesidad de denuncia de los casos de acoso escolar aunque no sean víctimas de ellos), y sobre la población directamente vinculada a esta, el profesorado (en forma de formación en habilidades adecuadas para la prevención y resolución de conflictos escolares).
- Prevención terciaria: serían las medidas de ayuda a los protagonistas de los casos de acoso escolar.

PSICOLOGÍA

- “Violencia en el noviazgo” (presentación)

- “Instituto Melchor Ocampo”: 22 alumnos (segundo y tercer grado de secundaria) y 2 profesores

**¿Qué es la violencia?**

La violencia es el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, aprendida o imitada, provocan o amenazan con hacer un daño o sometimiento grave (físico, sexual o psicológico) a un individuo o una colectividad; o los afectan de tal manera que limitan sus potencialidades presentes o las futuras.

PSICOLOGÍA

**Tipos de Violencia**

**Física:** Son actos sobre el cuerpo de la persona, que produce daño o dolor sobre la misma (golpes, jalones, tirones, patadas, cachetadas, mordidas, pellizcos, intento de estrangulamiento, etc.).



Las conductas más frecuentes son:


- Apretar fuerte con intención de retener
- Golpear con una parte del cuerpo (con el puño, un pie, etc)

PSICOLOGÍA

- “Violencia intrafamiliar” (presentación)

- “Escuela Primaria México”: 76 alumnos (segundo, tercero y cuarto grado)
- “Escuela Primaria México”: 56 alumnos (quinto y sexto grado)
- “Escuela Primaria México”: 81 alumnos (primero, quinto y sexto grado)
- “Escuela Primaria México”: 14 padres de familia

### Violencia Intrafamiliar



La violencia intrafamiliar es todo patrón de conducta asociado a una situación de ejercicio desigual de poder que se manifieste en el uso de la violencia física, psicológica, y sexual; que se producen en el seno de un hogar y que perpetra, por lo menos, a un miembro de la familia contra algún otro familiar.


Este tipo de violencia incluye el maltrato infantil, violencia conyugal, violencia a adultos mayores, violencia a minusválidos.

### Tipos de prevención

Las intervenciones de salud pública se clasifican tradicionalmente en tres niveles de prevención:

- **Prevención primaria:** intervenciones dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra.
- **Prevención secundaria:** medidas centradas en las respuestas más inmediatas a la violencia, como la atención prehospitalaria, los servicios de urgencia o el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual.
- **Prevención terciaria:** intervenciones centradas en la atención a largo plazo con posterioridad a los actos violentos, como la rehabilitación y reintegración, e intentos por reducir los traumas con ayuda especializada.

### Consecuencias



**Consecuencias psicológicas:**

- ❖ Suicidio
- ❖ Problemas de salud mental (depresión, ansiedad, etc)
- ❖ Baja autoestima

**Consecuencias físicas:**

- ❖ Lesiones abdominales y torácicas
- ❖ Moretones e hinchazón
- ❖ Discapacidad
- ❖ Lesiones oculares

**Consecuencias sexuales y reproductivas:**

- ❖ Esterilidad
- ❖ Complicaciones del embarazo, aborto espontáneo
- ❖ Enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH/SIDA
- ❖ Embarazo no deseado

- “Prevención de Adicciones” (presentación)

- “Sec. Técnica 3”: 142 alumnos (primer grado)
- “Sec. Técnica 3”: 127 alumnos (tercer grado)
- “Sec. Técnica 3”: 176 alumnos (segundo grado)

### Dependencia psicológica:



► Compulsión a consumir periódicamente la droga de que se trate, para experimentar un estado afectivo positivo (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc...) o librarse de un estado afectivo negativo (aburrimiento, timidez, estrés, etc.).

### Clasificación de drogas:

Droga	Ejemplos	Usos Médicos	Depend. Psicológica	Depend. Física	Tolerancia	
Alcohol	Cerveza, licor, vino	Ninguno	Alta	Moderada	Si	
Barbitúricos	Amytal, Butiso, Nembutal, Fenobarbital	Para ansiedad, tensión alta e insomnio	Alta	Alta	Si	
Inhalantes	Aerosoles, gasolina, colas	Ninguno	Alta	Ninguna	Posible	
DEP	Tranquilizantes	Valium, Librium, Equanil, Aliván	Para ansiedad, tensión e insomnio	Moderada	Moderada	Si
RES	Narcóticos de Origen Natural	Codeína	Para la tos y analgésicos	Alta	Moderada	Si
OR	Heroina	Ninguno	Alta	Alta	Si	
RES	Narcóticos de origen sintético	Morfina	Analgésico	Alta	Alta	Si
	Demerol	Analgésico	Alta	Alta	Si	
	Metadona	Sistemas de abstinencia de la heroína y analgésico	Moderada	Alta	Si	
	Cannabis	Marihuana, Hashish	Bajo Investigación	Moderada	Desconocida	Si



- “Prevención de Adicciones” (presentación)
- “Primaria José María Morelos y Pavón”: 32 alumnos

**DROGA:**

► OMS: “Droga” es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.



Ψ PSICOLOGÍA

**Drogas específicas y sus efectos**



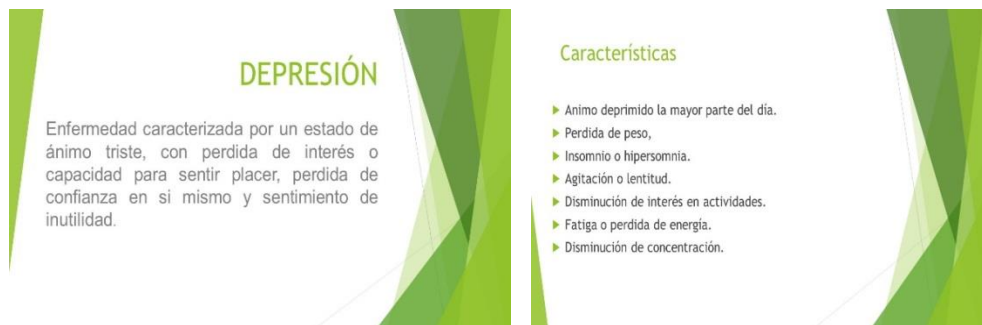
Ψ PSICOLOGÍA

En esta etapa de jóvenes saludables hubo un total de 1,281 beneficiarios. Dentro de los cuales 1,258 fueron alumnos de nivel primaria y secundaria, 21 padres y 2 profesores.

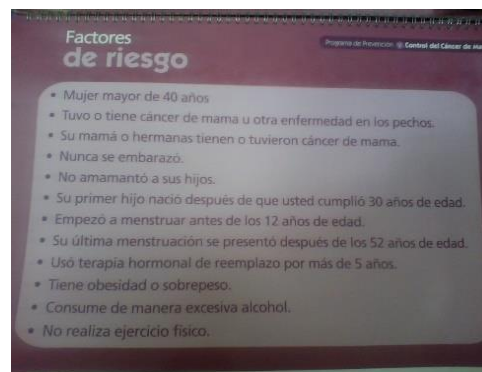
- Salud en adultos y adultos mayores

A través de los programas desarrollados para esta población se busca desarrollar acciones de detección temprana, educación y promoción de comportamientos saludables, a través de estrategias de corresponsabilidad que permitan incorporar en los afiliados o no afiliados una actitud de autocuidado de los factores de riesgo y de las intervenciones de tratamiento y control. La mayoría de las actividades fueron pláticas dadas dentro del mismo Centro de Salud a personas que se encontraban en la sala de espera o bien a un grupo de adultos mayores que acuden a realizar actividad física dentro de las instalaciones.

- “Depresión” (presentación)
  - “C. S. Prensa Nacional”: 17 personas
  - “C. S. Prensa Nacional”: 23 personas
  - “C. S. Prensa Nacional”: 32 personas
  - “C. S. Prensa Nacional”: 38 personas
  - “C. S. Prensa Nacional”: 21 personas



- “Ansiedad”
  - “C. S. Prensa Nacional”: 23 personas
- “Cáncer de mama”
  - “C. S. Prensa Nacional” : 29 personas



- “Cuidados del adulto mayor”
- “C. S. Prensa Nacional”: 11 personas



En la etapa del adulto y adulto mayor se obtuvo un total de 217 beneficiarios.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad es indispensable en el ámbito de la salud, así como el rol que juega el psicólogo dentro de la misma. La respuesta de la población ante las actividades realizadas fue satisfactoria ya que al finalizar las pláticas dadas se mostraba un interés al realizar preguntas y responder dudas.

A pesar de que la mayoría de la población impactada fueron alumnos de primaria y secundaria, es importante destacar que los mismos mostraron un gran interés en cada uno de los temas que se les proporcionaba, manifestando sus dudas, sus experiencias, lo cual hace del trabajo un ámbito agradable y en cual se obtuvieron resultados satisfactorios.

Así de un total de 27 pláticas proporcionadas en las diferentes instituciones hubo un total de población impactada de 1,903 individuos. Mostrando gráficamente el total de población impactada de acuerdo a cada plática realizada.



Fig. 1 Total de población impactada en actividades de promoción y prevención de la salud

Como se puede observar en la fig. 1 la plática que mayor número de población impactada tuvo fue la de violencia, considerando está en sus diversas manifestaciones como son violencia física, psicológica, en el noviazgo, intrafamiliar y bullying; seguida de la de prevención de adicciones, dichas pláticas fueron realizadas en escuelas primarias y secundarias principalmente obteniendo resultados satisfactorios.

## Psicoterapia

La psicoterapia es otra de las actividades fundamentales que realiza el psicólogo de la salud; la modalidad con la cual se trabajó fue a partir de la psicoterapia breve, la cual como bien ya se ha definido se trata de una terapia de tiempo limitado y centrada en un foco. A partir de esta intervención se obtuvieron los siguientes datos.

- Número de pacientes atendidos

Se atendió un total de 25 pacientes; de los cuales fueron 15 mujeres y 10 hombres.



Fig. 2 Total de pacientes en psicoterapia de acuerdo al género.

- Número total de sesiones

Se realizaron un total de 141 sesiones en psicoterapia.

- Rango de edad de los pacientes

El rango de edad de los pacientes atendidos fue de 4 a 58 años.

- Seguro médico

Del total de pacientes atendidos, 16 contaban con Seguro Popular; 4 contaban con IMSS, y 5 no cuentan con algún tipo de seguro por lo que tenían que recurrir a la atención particular.

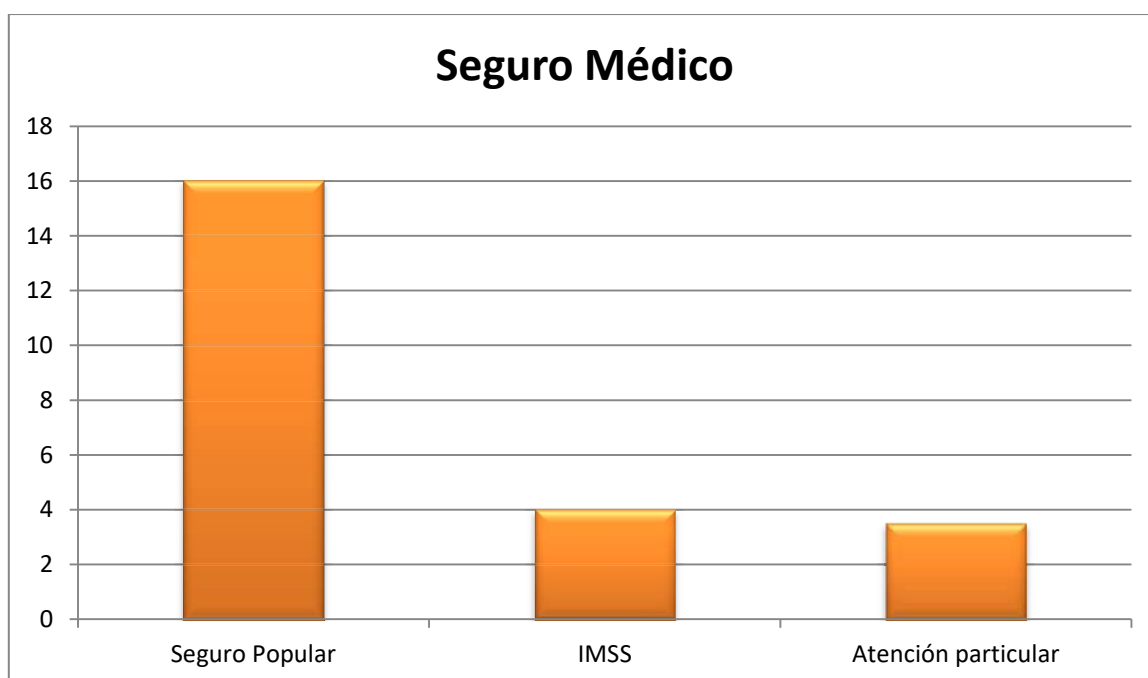


Fig. 3 Muestra las instituciones de salud a las que la población que acudió a psicoterapia pertenecen, teniendo un mayor índice los que se encuentran afiliados al seguro popular.

- Padecimientos psicológicos más frecuentes

Durante el periodo de psicoterapia que se brindó se encontró que los padecimientos con mayor frecuencia fueron: **F32** Episodios depresivos; **F60.30** Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y **F91.9**

Trastorno de la conducta no especificado. Siguiendo de otros padecimientos menos recurrentes.



Fig. 4 Muestra los padecimientos más recurrentes en psicoterapia.

- Intervención psicológica

El plan de intervención de la psicoterapia breve consta de cinco sesiones de trabajo terapéutico, siendo así una sesión a la semana sin embargo se da cuenta que no todos los pacientes concluyeron su tratamiento. Solo 16 paciente de 25 casos redactados concluyeron su intervención psicológica de manera satisfactoria y 9 de esos 25 casos no concluyeron su intervención.



Fig. 5 Muestra el total de casos que concluyeron o no concluyeron su intervención psicológica.

La figura da cuenta del número de casos que concluyeron o no su intervención psicológica, a pesar de que más del 50% del total de pacientes concluyo satisfactoriamente su plan de intervención, es de suma importancia indagar en porqué 9 de esos 25 casos no concluyeron con su intervención psicológica. Nos encontramos ante algunas hipótesis del porque los pacientes no concluyen su intervención, la demanda ya no les preocupa; es decir el objetivo principal por el cual acuden a la terapia deja de ser de su interés. La desmotivación del paciente al no notar cambios significativos, otra hipótesis que se debe de considerar es la falta de rapport con el psicólogo. La negación al cambio se considera dentro de las razones por las cuales los pacientes abandonan la terapia y bien en el caso de los adolescentes acuden a la misma por presión de sus padres lo que hace que no haya cooperación para la intervención y se termine con el abandono de la misma.

A continuación se presentan los expedientes psicológicos de cada uno de los pacientes que se atendieron durante este periodo.



## Expedientes Psicológicos

- **Caso 1**

Nombre: Diego

Edad: 11 años

Escolaridad: primaria

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltero

Motivo de consulta: la madre acude a pedir el servicio debido a que su hijo no realiza tareas escolares, presenta un comportamiento rebelde y no sigue reglas.

Historia del síntoma: a partir del año pasado Diego empezó a ya no querer realizar tareas, y a desobedecer a sus padres.

Síntomas secundarios: no sigue reglas, no obedece a los padres.

Historia personal y familiar:

El embarazo fue normal, no se presentaron complicaciones, y no padeció de ninguna enfermedad. Nació sano y creció dentro de los estándares normales. Acudió al kínder, nunca tuvo problemas de comportamiento; tuvo buena integración en el grupo. En la primaria los primeros años fue igual, en tercer año fue cuando comenzó a presentar un mal comportamiento, siempre hablando con él y arreglando la situación. Siempre ha tenido buenas calificaciones, de 9 en adelante.

En sus relaciones familiares, tiene una hermana de 15 años con la cual pelea todo el tiempo; sin embargo tiene buena comunicación con ella. Con sus padres presenta un comportamiento rebelde, no les hace caso, no ayuda en las tareas de la casa, da malas contestaciones; en ocasiones hay represalias físicas.

Aunque la madre manifiesta que la manera de corregirlo, siempre es hablando con él y explicándole el porqué de las cosas. Son una familia unida, apoyándose mutuamente y resolviendo sus problemáticas de la mejor manera posible.

Tiene una personalidad de carácter fuerte, se describe como “enojón”; sus pasatiempos son estar en la computadora, siendo esta una herramienta que su mamá utiliza cuando hay que castigarlo, le gusta el futbol, la televisión en especial el programa de Bob Esponja, y escuchar música. Le gusta leer aunque se lo hayan dejado de tarea lo hace también por gusto. Le va muy bien en la escuela, lugar donde no presenta problemáticas siendo el mayor problema en casa.

Diagnóstico: Trastorno de la conducta no especificado

Áreas de intervención: atención, autoestima, emociones

Estrategias de intervención: intervención cognoscitivo-conductual (método de autoeducación), relajación, educación sexual, reestructuración cognitiva.

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial.

Sesión 2: Seguimiento de entrevista y técnicas de relajación.

Sesión 3: Autoestima y Método de autoeducación

Sesión 4: Reestructuración cognitiva

Sesión 5: Educación sexual

Resultados: el paciente solamente asistió a dos sesiones; en la primera se realizó la entrevista con la madre y en la segunda sesión se realizó una entrevista con el paciente en la cual no había cooperación del mismo a pesar de haberse informado se encontraba ahí por su voluntad. Así en la tercera sesión se presentó la madre informando que el paciente ya no acudiría, dándolo de baja así del servicio.

- **Caso 2**

Nombre: Lorena

Edad: 33 años

Escolaridad: secundaria completa

Ocupación: hogar

Estado civil: casada

Motivo de consulta: la demanda principal es depresión y ansiedad, la ansiedad presentada en situaciones específicas con su familia. También acude por su relación de pareja, ya que ella la siente desgastada; además de presentar deterioro en resolución de problemas.

Historia del síntoma: los síntomas comenzaron hace aproximadamente un año, sin embargo estos tienen intervalos de tiempo y se presentan en situaciones específicas, además de tratar de ocultarlos para que sus hijos no se den cuenta.

Síntomas secundarios: baja autoestima, preocupaciones, y dolores de cabeza.

Historia personal y familiar:

De pequeña vivió en provincia, tuvo una infancia feliz, considerándola así porque comenta que como eran pobres eran felices; solo estudio hasta la primaria ya que como era mujer tenía que casarse, teniendo sus hermanos hombres la oportunidad de estudiar hasta la secundaria. Tiene tres hermanos mayores hombres, una mujer, enseguida sigue ella y después una hermana menor; con quienes desde pequeños ha llevado relaciones satisfactorias. La relación con sus padres la considera buena, el trato para ella y sus hermanos siempre fue igual, sin embargo considera que le faltó atención y educación.

Llegó al Estado de México a los 13 años, ya que su hermano vivía aquí; comenzó a trabajar haciendo limpieza en las casas; considerándola una época en la que sufrió y lo cual fue el motivo por el que se casó, se casó huyendo de la

soledad que sentía. Su vida matrimonial los primeros meses fue bonita, sin embargo después se convirtió en una relación de violencia. El primer embarazo fue una etapa fea, y el comportamiento del esposo comenta que inclusive empeoro. Pasaron 5 años cuando se volvió a embarazar y se presentó un cambio, mejorando la relación de pareja y su situación económica. En el último embarazo, las circunstancias mejoran muchísimo.

Diagnóstico: trastorno mixto ansioso-depresivo; se utilizó el cuestionario de depresión de Beck.

Áreas de intervención: depresión, ansiedad, asertividad, comunicación y problemas de pareja.

Estrategias de intervención: para la depresión se llevó a cabo entrenamiento en relajación de Jacobson y terapia cognitiva para cambiar pensamientos inadecuados; para la ansiedad se utilizara desensibilización sistemática y terapia familiar para los problemas de pareja y con sus hijos.

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial.

Sesión 2: Aplicación de Cuestionario de depresión de Beck, continuación de la entrevista.

Sesión 3: Terapia cognoscitiva de Beck (depresión)

Sesión 4: Desensibilización sistemática para tratar ansiedad.

Sesión 5: Problemas de pareja (terapia familiar)

Resultados: el tratamiento arrojó resultados satisfactorios en la intervención para la depresión y la ansiedad, ya que a partir de la tercera sesión la paciente mostro una actitud más positiva, su estado de ánimo se volvió más alegre y su actitud se mostraba más cooperativa, sonriente, feliz y positiva. Sin embargo al querer tener una última sesión con su familia, la señora ya no acudió; está era con la intención

de trabajar los conflictos familiares y así mismo el trabajo de la paciente en cuanto asertividad. La última sesión a la que se presentó la paciente, fue a la cuarta sesión en la cual se terminó de trabajar con desensibilización sistemática para trabajar con ansiedad, sin embargo en esta sesión la paciente informo sentirse mejor y notar una mejoría en su estado de salud, tanto físico como psicológico.

- **Caso 3**

Nombre: Sandra Karen

Edad: 14 años

Escolaridad: Preparatoria

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltera

Motivo de consulta: la demanda principal son repentinos cambios de humor, así como encontrarse en una etapa de duelo.

Historia del síntoma: hace dos años la paciente acudió a terapia, sin embargo está no concluyo debido a una mala comunicación con el psicólogo en curso. En noviembre del año pasado fallece el papá del esposo de su mamá, al cual Karen lo ve como un abuelo y con el cual tenía una excelente comunicación; es a partir de esta fecha que los cambios de humor se hacen más frecuentes y de mayor intensidad, además de presentar un estado de depresión.

Síntomas secundarios: pensamientos negativos, así como problemas con amigos y ex novio.

Historia personal y familiar:

Quando era niña sus papás estaban separados pero vivían juntos, ellos se separan cuando iba en primaria, no tiene muchos recuerdos de su infancia. A

partir de la separación se van a vivir con su papá y su hermana mayor es la que la cuida. Tiempo después se van a vivir con su mamá a Coyoacán; de tercero a sexto año de primaria, era una niña aplicada y con buenas calificaciones, cuando iba en cuarto de primaria su hermana se fue de casa, se fue con su papá porque tuvo una pelea con su mamá; se quedaba sola en casa. En primer año de secundaria siguen en Coyoacán, su mamá tenía pareja pero terminaron porque se presentó violencia física y psicológica; después se cambiaron de casa donde actualmente viven y su mamá se relaciona con su actual pareja, el cual tiene dos hijos; Erick y Andrea. Su hermana Gaby es mayor, tiene 24 años.

En cuanto a sus relaciones, se llevaba bien con su papá; sin embargo actualmente convive muy poco con él. Con su mamá la relación es difícil, se llevan bien pero la regaña mucho. Con su hermana, cuando eran pequeñas se la pasaban peleando, ahora su relación ha mejorado. Y con sus hermanastros que son Andrea y Erick, con ella se lleva bien la considera como su confidente, y con Erick la relación que mantienen es casi nula.

Sus círculos sociales han sido de conflictos, ya que ha mantenido relaciones complicadas con sus amistades. Actualmente en la escuela en la cual se encuentra casi no tiene amigos, se considera una persona muy callada y son pocos los amigos que tiene. Además de tener una relación de noviazgo destructiva, donde se llegó a presentar violencia psicológica, a partir de esta relación no ha podido mantener ninguna otra.

Diagnóstico: Episodios depresivos, diagnosticado mediante el cuestionario de depresión de Beck.

Áreas de intervención: autoestima, duelo, asertividad, comunicación

Estrategias de intervención: reestructuración cognitiva, asertividad, autoestima, toma de decisiones

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial.

Sesión 2: Aplicación de Cuestionario de depresión de Beck, continuación de la entrevista.

Sesión 3: Autoestima

Sesión 4: Reestructuración cognitiva

Sesión 5: Reestructuración cognitiva (ideación suicida)

Sesión 6: Asertividad

Sesión 7: Duelo

Sesión 8: Solución de problemas

Sesión 9: Toma de decisiones

Sesión 10: Ejercicio de relajación

Resultados: la paciente muestra resultados satisfactorios al sentirse físicamente sana; la relación con su madre continúa de la misma manera debido a la no cooperación de la madre. En cuanto a la toma de decisiones, la paciente se muestra más segura y menos temerosa al tomar alguna decisión importante para ella. El trabajo de duelo resultó complicado por ser un tema un tanto reciente. Se le dio una cita de seguimiento en la cual se determinó seguir acudiendo a sesiones posteriores determinando ejes de trabajo importantes lo cual resultó de una manera satisfactoria concluyendo 10 sesiones de psicoterapia.

- **Caso 4**

Nombre: José

Edad: 22 años

Escolaridad: secundaria completa

Ocupación: comerciante

Estado civil: soltero

Motivo de consulta: la demanda principal son cuadros de ansiedad.

Historia del síntoma: el 23 de septiembre acudió al centro de salud con el médico general el cual lo diagnosticó con trastorno de ansiedad y le recetó vitaminas y minerales, fluoretina y paracetamol; medicamento que el paciente no se tomó. Desde hace aproximadamente 6 meses comenzó a presentar la sintomatología.

Síntomas secundarios: dolor de cabeza, cansancio, problemas de la vista.

Historia personal y familiar:

Es el hermano más chico, de un total de 11 hijos; tiene una buena relación con todos ellos. Sus padres viven en Puebla y los visita frecuentemente, él vive con dos de sus hermanos. En la escuela sus calificaciones eran regulares, debido a que no reprobaba pero tampoco le agradaba mucho la idea de estudiar. Terminó la secundaria y decidió ya no seguir estudiando, por lo que comienza a trabajar.

De pequeño no sufrió de ningún tipo de enfermedades, ni en su familia padecen de nada, aunque después comentó que su papá también es una persona muy ansiosa. Y en algún momento uno de sus hermanos también pasó por lo mismo. No tiene ningún tipo de adicción, aunque antes fumaba mucho y tomaba mucho, ahora lo hace pero con moderación. Es una persona que realizaba mucho ejercicio, y practicaba béisbol; actualmente sigue jugando y ha retomado el ejercicio, empero se cansa mucho por lo cual lo ha ido retomando poco a poco.



Ha tenido pocas relaciones de pareja, debido a que desde la primer relación que tuvo él se ponía muy nervioso, le invadía una sensación de frío y nerviosismo; y a partir de ahí le sucede lo mismo con toda aquella chica a la que se le quiera acercar. Y menciona el no tener algún interés hacia el sexo opuesto, sin embargo es una cuestión que no le preocupa.

Diagnóstico: Trastorno de ansiedad generalizada

Áreas de intervención: ansiedad, habilidad de solución de problemas

Estrategias de intervención: relajación, desensibilización sistemática, técnicas de solución de problemas y toma de decisiones

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial.

Sesión 2: Entrenamiento en relajación

Sesión 3: Desensibilización sistemática.

Sesión 4: Técnicas cognitivas en el área del cálculo

Sesión 5: Entrenamiento en técnicas de solución de problemas y toma de decisiones

Resultados: el paciente reportó tener una mejora significativa tanto a nivel físico como psicológico, a partir de los objetivos que se planteó y de las técnicas enseñadas en cada una de las sesiones. Estas reflejaron una mejora significativa como bien lo reporta a nivel físico disminuyendo las taquicardias, los temblores y el cansancio. En cuanto al motivo de consulta, la relajación junto con la desensibilización sistemática ayudo significativamente para la mejora del paciente, conjunto a la cooperación mostrada en cada una de las sesiones, al realizar tareas asignadas en cada sesión, en poner en práctica los ejercicios, etc., lo cual favoreció que la intervención tuviera una respuesta favorable.

- **Caso 5**

Nombre: Lorena

Edad: 4 años

Escolaridad: kínder

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltera

Motivo de consulta: la principal demanda es por problemas de conducta.

Historia del síntoma: los problemas de conducta aparecen hace 2 años y medio debido a la separación de los padres, a partir de ahí el trato de cada uno de ellos hacia la niña es distinto; el padre es una persona muy permisiva hacia con ella mientras que la madre pone límites y reglas.

Síntomas secundarios: cambios repentinos del humor, berrinches y agresividad leve.

Historia personal y familiar:

A partir del embarazo se van a vivir a casa de él en la cual tienen muchos problemas, sobre todo con la suegra; le dio pre eclampsia; los dos embarazos fueron por cesárea, no la dejaban salir del hospital porque no se le bajaba la presión. Una vez que sale del hospital se va a casa de su mamá para los cuidados; después renta un cuarto sola pero debido a que no puede con los gastos y al no tener el apoyo de su pareja regresa a casa de su mamá. Pasado tiempo arregla los problemas con su pareja y se vuelve a embarazar, a los quince días de nacido del segundo niño se separan definitivamente; no recibe apoyo de ningún tipo por parte del padre de los niños.

Hace un año que la madre de la niña acudía al psicólogo y al psiquiatra, dejó de asistir por falta de recursos económicos. A partir de la separación de los padres es que la niña comienza a presentar problemas de comportamiento. La niña

presenta cambios bruscos de comportamiento, de estar bien pasa a enojarse al grado de insultar y golpear a su madre; la cual menciona que tal vez tiene principios de esquizofrenia ya que una de las abuelas (abuela paterna) padece dicha enfermedad así como depresión, sin embargo no se lo han diagnosticado. Cuando la niña agrade físicamente a su madre, la forma de corregirla es diciéndole que su comportamiento no es correcto, sin embargo si se ha llegado a presentar que la mamá le llegue a dar un golpe para corregirla.

En el kínder no ha recibido quejas de que tenga un mal comportamiento, sin embargo le cuesta trabajo convivir y ser compartida con los otros niños, no le gusta perder y si los otros niños no hacen lo que ella quiere o lo que les dice que hagan se enoja. Y es algo que la madre quiere cambiar.

Diagnóstico: trastorno de la conducta no especificado

Áreas de intervención: entrenamiento a padres.

Estrategias de intervención: técnicas de modificación de conducta como pueden ser coste de respuestas, tiempo fuera, entre otras (manejo de contingencias), así como asertividad en la madre.

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial con la madre.

Sesión 2: Entrevista con la paciente (mediante juego).

Sesión 3: Entrenamiento para padres (manejo de contingencias).

Sesión 4: Entrenamiento para padres (asertividad).

Sesión 5: Terapia familiar

Resultados: La paciente solo asistió a la primera sesión, en la cual se llevó a cabo la entrevista inicial, sin embargo no se concluyó. No se sabe el motivo por el cual dejó de asistir, ya que una semana después regreso a sacar otra cita, sin embargo no se presentó. Se le realizó una llamada telefónica para saber qué había

sucedido, llamada que no fue contestada y a la fecha, la paciente con su madre no se han presentado.

- **Caso 6**

Nombre: Elvira

Edad: 43 años

Escolaridad: secundaria completa y un año de carrera

Ocupación: hogar

Estado civil: casada

Motivo de consulta: el motivo principal fue el apoyo para la terapia de su hija, además de presentar cambios de humor muy drásticos sobre todo impulsivos.

Historia del síntoma: lleva varios años así, su carácter siempre ha sido fuerte, las preocupaciones sobre todo en cuanto a sus hijas han aumentado desde que se separó de su primer esposo y los problemas familiares que tienen que ver con los hijos de su actual esposo se han venido presentando casi desde que inicio con su relación, aproximadamente hace 5 años.

Síntomas secundarios: preocupaciones, estrés, además sus ideas no concuerdan con lo que siente o viceversa

Historia personal y familiar:

Su vida a lado de su padre fue una vida llena de amor, por su lado la madre era la de los castigos, estricta; lo cual ahora agradece. Tuvo una infancia humilde, sencilla; nunca se quedaron sin comer pero si hubo ciertas limitantes. Tiene un total de 10 hermanos; todos ellos con los que no tiene una buena relación son con dos de sus hermanas, y con los demás la relación es muy estrecha y de cariño mutuo. La muerte de su padre fue uno de los golpes más fuertes que le dio la vida,

al grado de pensar morir junto con él, dejó de hablar, dejó de ir a la escuela, se aisló.

A partir de la educación que se le dio fue que decide irse de su casa a los 15 – 16 años de edad; de los 16 a los 25 años vivió una relación con el padre de sus hijas, sin embargo fue una relación de violencia y codependencia, hasta que finalmente la terminó. A raíz de esto sus hijas se van con él, tiempo después al irse con ella tiene que trabajar por lo que las deja solas. Tuvo relaciones amorosas destructivas, sin embargo; actualmente encontró a un buen hombre con el cual decidió casarse.

Diagnóstico: se le diagnóstico de acuerdo a lo relatado y a partir de los criterios del manual del CIE-10 con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo.

Áreas de intervención: autoestima, relaciones interpersonales, asertividad

Estrategias de intervención: entrenamiento en reestructuración cognitiva, autoestima, entrenamiento en relajación.

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial

Sesión 2: Entrevista

Sesión 3: Entrenamiento en Reestructuración cognitiva

Sesión 4: Autoestima y entrenamiento en relajación

Sesión 5: Asertividad

Sesión 6: Relaciones personales

Resultados: Las sesiones con la paciente no iniciaron con la entrevista inicial, ya que en la primer sesión la paciente se desahogó totalmente con un acontecimiento que apenas había sucedido y el cual la tenía mal emocionalmente, sin embargo a

partir de la segunda sesión se llevó a cabo la entrevista y un poco de su historia de vida junto con la tercera sesión es que se pudo ir obteniendo información relevante tanto para entender y tratar el caso de su hija Karen que fue por lo cual se le pidió su apoyo y cooperación en las sesiones como también para entender su mismo diagnóstico. A partir de ello y de las técnicas y estrategias utilizadas y trabajadas con la paciente, además de proporcionarle una sesión más; se pudo observar en esta última que la paciente tuvo una mejora significativa.

- **Caso 7**

Nombre: Marcos

Edad: 12 años

Escolaridad: secundaria

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltero

Motivo de consulta: se presentó una agresión con un compañero de clases lo que desencadenó que lo suspendieran por tres días de la escuela, ha presentado problemas de la misma índole con su hermano.

Historia del síntoma: desde hace un mes el paciente estaba recibiendo insultos y agresiones por parte de un compañero de escuela, a lo cual llegó un punto en que el paciente explotó y respondió la agresión de forma violenta.

Síntomas secundarios: mala relación con su madre y uno de sus hermanos así como con su cuñada; además de sentimientos de culpa por sus malas acciones, guardarse las cosas, no hablar sobre sus sentimientos, no dice lo que piensa..

Historia personal y familiar:

Fue un embarazo normal, tuvo una infancia feliz, era un niño travieso pero la forma de corregirlo nunca fue a golpes, sino hablando con él; nunca fue un niño que presentara problemas de ningún tipo. Desde pequeño la relación con su madre siempre fue muy estrecha, de confianza y ella era la que se encargaba de sus hijos, ya que son tres hermanos varones. El padre del paciente es trailerero y sale de viaje; a lo cual casi nunca está en casa. A esto el paciente menciona que ya se acostumbró, que no lo extraña y que no siente necesidad de tenerlo cerca, él casi no tiene comunicación y lo ve muy poco. Sin embargo menciona que se llevan bien con él y llevan una buena relación.

Es una persona enojona, que busca solucionar sus problemas ignorándolos y no los enfrenta; le gusta hacer deporte, sale a jugar con sus amigos los fines de semana o le gusta estar en la computadora. Sus dos hermanos son mayores que él, con el mayor de 20 años lleva una buena relación y se llevan muy bien, pero con su hermano de 18 años la relación no es muy buena, aunque antes cuando eran más pequeños se llevaban bien, pero ahora pelean mucho por situaciones materiales.

En el ámbito educativo lleva buenas calificaciones, participa, lleva buenas relaciones con sus compañeros a excepción del chico que lo molestaba, sin embargo de hace poco tiempo ya no quiere ir a la escuela, menciona por flojera. Pero es un alumno que trabaja, hace tareas y es buen estudiante. Es un chico con proyectos a largo plazo y con metas a cumplir.

Diagnóstico: Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo.

Áreas de intervención: autoestima, asertividad, resolución de problemas

Estrategias de intervención: autoestima, asertividad, solución de problemas, entrenamiento en relajación

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista con madre

Sesión 2: Entrevista con paciente / relajación

Sesión 3: Autoestima / asertividad

Sesión 4: Solución de problemas

Sesión 5: Terapia familiar (madre)

Resultados:

A partir de las técnicas enseñadas al paciente se reflejaron avances significativos, así como el reporte del mismo de sentirse mejor; ya no presentaba reacciones impulsivas, el grado de agresividad hacia con los otros tuvo un decremento significativo. Sus relaciones personales mejoraron tanto en la escuela como en casa. Reportando también la madre notar una mejora significativa.

- **Caso 8**

Nombre: Rodrigo

Edad: 25 años

Escolaridad: preparatoria

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltero

Motivo de consulta: la principal demanda es por presentar cuadros de estrés y nerviosismo al grado de afectarle en su vida cotidiana.

Historia del síntoma: desde pequeño notaba que era muy nervioso y se angustiaba mucho por situaciones ajenas a él; hace aproximadamente tres meses estos síntomas se intensifican al grado de que desde hace dos meses se ha llegado a presentar una ideación suicida.



Síntomas secundarios: aislamientos social, deserción escolar y como síntomas fisiológicos se presenta sudoraciones, temblores, taquicardias, mareos, dolor en el pecho.

Historia personal y familiar:

Desde pequeño tuvo un complejo de superioridad, al grado tal que cuando entra a la escuela no se relaciona con lo demás niños por verlos inferiores a él. Cuando entra a la primaria se da cuenta de que comienza a presentar comportamientos raros, comienza a ser una persona muy nerviosa y se da cuenta de que se le presenta un sentimiento de angustia, tiempo después comienza a presentar un trastorno obsesivo compulsivo. Una vez que entra a la secundaria pareciera ser que todo va bien, sin embargo el nerviosismo se sigue presentando, al grado de tener respuestas fisiológicas muy notorias como taquicardia, sudoración, temblores, etc. Y lo cual se iba dando cuenta comenzaba a afectar en su vida cotidiana, ya que en la escuela no podía mantener muy buenas relaciones interpersonales.

Cuando entra a la vocacional todo empeora, su nerviosismo así como sus relaciones interpersonales por lo que decide salirse de la escuela, tiempo después regresa a una preparatoria abierta y está a punto de concluirla. Su círculo de amistades es muy reducido, lleva 8 años sin mantener una relación amorosa. Desde hace dos meses comienza a parecer una ideación suicida que ronda la cabeza de paciente ya que menciona que cuando piensa en el suicidio se siente más tranquilo sin embargo sabe que no lo haría, porque no es la solución adecuada y que debe de resolver sus problemas.

Diagnóstico: Trastornos de adaptación

Áreas de intervención: autoestima, estrés, preocupaciones, ansiedad, adaptación al medio

Estrategias de intervención: reestructuración cognitiva, relajación, habilidades sociales, solución de problemas, toma de decisiones

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista

Sesión 2: Reestructuración cognitiva / relajación

Sesión 3: Entrenamiento en Habilidades sociales

Sesión 4: Solución de problemas

Sesión 5: Toma de decisiones

Resultados: al realizar el plan de intervención damos cuenta que en solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales hay cambios favorables, el paciente realiza las técnicas y ejercicios enseñados, así mismo a partir de la reestructuración cognitiva el paciente ha podido identificar esos pensamientos irracionales empero le cuesta trabajo cambiarlos, sabe lo que tiene que hacer y porque pero no lo hace. En cuanto al estrés, el nerviosismo y la ansiedad que siente no han disminuido, se agenda una cita de seguimiento en la cual reporto notar cambios significativos en el área de socialización; se ha sentido más tranquilo, bajando un poco su grado de ansiedad; aunque lo que lo tiene nervioso es que se acerca la fecha de su examen para entrar a la universidad. Considera tener las herramientas y estrategias necesarias para enfrentar una crisis en dado caso de presentarlas, se le nota más seguro, sin embargo se le dejo cita abierta en dado caso de que crea necesitar la ayuda.

- **Caso 9**

Nombre: Andrés

Edad: 15 años

Escolaridad: preparatoria trunca

Ocupación: trabaja de empacador

Estado civil: soltero

Motivo de consulta: acude porque sufrió de violencia física y psicológica por parte de sus padres, lo que lo tiene en un estado depresivo.

Historia del síntoma: la violencia ejercida sobre el paciente comienza desde la infancia, por parte de ambos padres; la cual es ejercida desde que el mismo recuerda hasta hace aproximadamente un año que el paciente se salió de su casa.

Síntomas secundarios: malas relaciones personales, deserción escolar, consumo de drogas legales e ilegales.

Historia personal y familiar:

El padre al saber del embarazo no se hace responsable, por lo tanto no lo conoce; pero tiene la figura paterna del padrastro. Su infancia no fue feliz, ya que desde que recuerda ha sido víctima de violencia física y psicológica por parte de ambos padres sobre todo de su papá, ya que también se madre sufre de violencia por parte de su pareja. Cuando nace su hermana, la cual actualmente tiene 10 años de edad la situación se pone peor, siendo esta hija biológica de su padre se comenzó a notar la preferencia hacia ella. La relación con sus familiares es buena, solo con la abuela materna y una de sus tías es que no se lleva bien.

A los 8 años él comienza a hacerse responsable de sus gastos, ya en la secundaria cuando se da cuenta de la falta de interés de sus padres hacia él, es que adopta una actitud rebelde, irresponsable, y comienza la destrucción hacia sí mismo, así como las peleas y sus malas relaciones personales. A los 14 años comienza a consumir alcohol, y se sale de su casa; se va a vivir con sus abuelos, termina la secundaria y entra al bachillerato pero solo cursa el primer semestre debido a que no le gusta la escuela y prefiere meterse a trabajar. A los 15 años, edad que actualmente tiene, comienza a consumir tabaco y consume marihuana, tiene problemas de conducta y que le han llevado a tomar decisiones importantes.

Diagnóstico: de acuerdo al CIE-10 se diagnosticó con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo

Áreas de intervención: autoestima, asertividad, toma de decisiones y relaciones personales

Estrategias de intervención: entrenamiento en relajación, entrenamiento en asertividad y entrenamiento en reestructuración cognitiva

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista

Sesión 2: Aplicación de cuestionario de depresión de Beck y entrenamiento en relajación

Sesión 3: Entrenamiento en reestructuración cognitiva

Sesión 4: Entrenamiento en asertividad y toma de decisiones

Sesión 5: Autoestima y relaciones personales

Resultados: El paciente acudió a dos sesiones en las cuales, en la primera se realizó la entrevista para obtener sus datos demográficos e indagar sobre el motivo de consulta, sesión en la que a partir de la información obtenida se creó el plan de intervención, en la segunda sesión se aplicó el cuestionario de depresión de Beck en el cual se obtuvieron resultados que verificaron el diagnóstico, en esta sesión se enseñaron técnicas de relajación debido a que el paciente usa la violencia física como solución de problemas. En la tercera sesión el paciente ya no acude ignorando el motivo de la deserción.

- **Caso 10**

Nombre: Guadalupe

Edad: 13 años

Escolaridad: secundaria

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltera

Motivo de consulta: la demanda principal se debe a que la escuela secundaria donde la paciente estudia considera que necesita del servicio, manifestando que no presta atención en clases y es muy distraída; por lo que el psicólogo de la escuela le pidió a la madre acudir a terapia para poder tener un diagnóstico.

Historia del síntoma: hace tres meses que la paciente entro a la educación secundaria y es a partir de esta fecha que en la escuela la han detectado como una niña que no trabaja y distraída.

Síntomas secundarios: es una persona muy tímida, callada, no habla y presenta depresión por problemas familiares.

Historia personal y familiar:

La madre es una persona de 46 años de edad, la cual tuvo 3 abortos y un parto en el cual la niña murió, se embaraza de su hija de 16 años y posteriormente de Abigail. Al nacer la paciente sufre de convulsiones y cuando tiene tres meses de edad se enferma gravemente de los bronquios por lo que permaneció hospitalizada un tiempo, al año de edad estudios realizados ya salían bien. Tuvo una niñez normal, feliz; pero su situación económica era mala. Mantiene una relación de apego con el padre y la relación con la madre es mala.

Conforme va creciendo, Abigail se forma una personalidad callada, tímida, algo que actualmente le afecta en sus relaciones ya que con su madre no tiene una buena comunicación, en la escuela es muy callada y no participa, con su hermana lleva una buena relación y con su padre sigue la relación de apego. En la escuela es una persona que le hecha ganas, su nivel de educación básica hasta la primera la saco con buenas calificaciones pero con mucho esfuerzo, ya que ahora que entro a la secundaria menciona no gustarle y preferir trabajar.

Diagnóstico: episodios depresivos; se utilizó el cuestionario de depresión de Beck.

Áreas de intervención: depresión, asertividad, comunicación, habilidades sociales y toma de decisiones.

Estrategias de intervención: entrenamiento en relajación de Jacobson, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y toma de decisiones.

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial.

Sesión 2: Aplicación de Cuestionario de depresión de Beck, continuación de la entrevista.

Sesión 3: Reestructuración cognitiva y relajación

Sesión 4: Entrenamiento en habilidades sociales

Sesión 5: Toma de decisiones

Resultados: la paciente acudió a tres sesiones; en las dos primeras sesiones se realizó la entrevista así como la aplicación del cuestionario de Beck. En la tercera sesión se comenzó con la implementación del plan de intervención sin embargo la paciente no mostró cooperación y al llegar a un acuerdo con la madre explicando que a partir de la actitud de la paciente no se podía tener mejoría significativa, se llegó a la conclusión de concluir la terapia.

- **Caso 11**

Nombre: Víctor

Edad: 41 años

Escolaridad: universidad

Ocupación: instructor de manejo y fotógrafo

Estado civil: casado

Motivo de consulta: la demanda principal es por divorcio a partir de una infidelidad por parte de ella.

Historia del síntoma: hace siete meses descubrió por medio de las redes sociales que su esposa le estaba siendo infiel con su propio hermano, fue el acontecimiento que desencadenó esta inestabilidad emocional, provocando reacciones de tipo impulsivo.

Síntomas secundarios: deseos de matar a su hermano, reacciones impulsivas, sentimiento de vacío, e inestabilidad emocional.

Historia personal y familiar:

Familia integrada por ambos padres, dos hermanas mayores y un hermano menor; su infancia fue feliz y plena. Desde pequeño se caracterizó por ser una persona capaz de realizar cualquier cosa sin tener miedo. Vivió 14 años en Acapulco, antes de conocer a su actual pareja; ya había mantenido otra relación con su vecina, sin embargo fue una relación que no funcionó, tuvieron un hijo que actualmente tiene 21 años de edad, su relación con él es buena y tienen una excelente comunicación.

Hace siete meses descubre por medio de las redes sociales que su esposa le ha sido infiel con su propio hermano. Es un acontecimiento muy duro en su vida, ya que anteriormente ya había infidelidades previas por ambas partes, sin embargo ambos se habían perdonado. En esta ocasión descubrir que su propio hermano le vio la cara hizo que tuviera un enorme deseo de matarlo; cuando se enteró golpeó a su esposa, sin embargo nunca tuvo ni tiene la intención de lastimarla. La relación con su madre es mala, ya que a pesar de todo ella siempre apoya a su hijo menor, aun sabiendo lo que hizo; esto hace que lleven una mala relación y que con las únicas personas que cuenta en todos los sentidos son con

sus hermanas. Sin embargo actualmente tiene metas y objetivos a cumplir, como son principalmente su titulación.

Diagnóstico: se le diagnóstico de acuerdo a lo relatado y a partir de los criterios del manual del CIE-10 con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo.

Áreas de intervención: autoestima, asertividad, relajación, toma de decisiones

Estrategias de intervención: reestructuración cognitiva, autoestima, entrenamiento en relajación y toma de decisiones, asertividad

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial

Sesión 2: Entrenamiento en relajación

Sesión 3: Reestructuración cognitiva

Sesión 4: Autoestima

Sesión 5: Asertividad y toma de decisiones

Resultados: El paciente solo acudió a dos sesiones en las cuales únicamente se le realizó la entrevista y la enseñanza de entrenamiento en relajación. Sin embargo en la tercera sesión el paciente no se presentó, cabe mencionar que dicha sesión se realizaba al regreso del periodo vacacional de diciembre. Se ignora el motivo de la deserción.

- **Caso 12**

Nombre: Karen

Edad: 14 años

Escolaridad: secundaria



Ocupación: estudiante

Estado civil: soltera

Motivo de consulta: la demanda principal es debido a que la escuela secundaria donde acude considera que tiene un carácter agresivo.

Historia del síntoma: hace un año y medio comenzó a tener un comportamiento rebelde y con el paso del tiempo la situación se pone más complicada.

Síntomas secundarios: malas relaciones personales, problemas en la escuela, malas relaciones familiares lo que la ha llevado a la agresividad.

Historia personal y familiar:

Fue un embarazo planeado, ya tenían un hijo pero querían otro; desde pequeña había llevado una vida más o menos buena, su madre se hacía cargo de ella, y la relación con su papá era normal; fue una infancia académicamente buena, siempre he tenido muy buenas calificaciones. Hace aproximadamente 9 años sus padres se separaron y la relación con su padre cambio ya que casi no lo ve. Su madre actualmente tiene una nueva pareja, con la cual no se lleva bien. Así como la relación con su hermano es mala.

Académicamente va bien, en la escuela solo tiene a dos personas en las cuales confía, que es una de sus amigas y a un chico al cual le ha tomado mucha confianza, sin embargo a su madre no le agrada la amistad que tiene con él y le prohíbe salir. Quiere estudiar enfermería pero no sabe si a partir de los bajos recursos económicos lo pueda lograr. Su meta de la terapia, es cambiar su carácter y mejorar sus relaciones personales.

Diagnóstico: se le diagnóstico de acuerdo a lo relatado y a partir de los criterios del manual del CIE-10 con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo.

Áreas de intervención: autoestima, relaciones interpersonales, asertividad

Estrategias de intervención: reestructuración cognitiva, autoestima, entrenamiento en relajación

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial

Sesión 2: Entrenamiento en Reestructuración cognitiva

Sesión 3: Autoestima y entrenamiento en relajación

Sesión 4: Asertividad

Sesión 5: Relaciones personales

Resultados: La paciente acudió únicamente a cuatro sesiones, en las cuales se trabajó de acuerdo al plan de intervención; sin embargo no se mostraron avances significativos al no haber cooperación por parte de la paciente. En la última sesión la paciente no acudió al servicio a lo cual se le realizó una llamada telefónica que no fue respondida.

- **Caso 13**

Nombre: Rocío

Edad: 43 años

Escolaridad: secundaria completa

Ocupación: hogar/vende dulces en su casa

Estado civil: casada

Motivo de consulta: la principal demanda es por presentar un cuadro de depresión al tener problemas con su actual esposo y su hijo de 15 años.

Historia del síntoma: hace 7 años su esposo comenzó a cambiar a partir de que encuentra un trabajo de policía, a partir de ese momento se presentan cuadros de violencia física y psicológica.

Síntomas secundarios: ansiedad, carácter impulsivo, falta de toma de decisiones y solución de problemas.

Historia personal y familiar:

Tuvo una niñez feliz, ya que creció en una familia llena de valores y con los cuales mantenía una buena relación. Su madre era una persona estricta, ahora tiene 10 años de fallecida y aún la recuerda mucho. Su padre actualmente vive y siempre ha tenido una excelente relación con él. Tiene 8 hermanos con los cuales no mantiene relación alguna.

A los 17 años comenzó a fumar; fue su etapa más rebelde. A los 18 años conoce a su actual esposo y se casa a los 22 años. Lleva 23 años de casada, dentro de los cuales los primeros 7 años de matrimonio, fue un matrimonio feliz y lleno de dichas. Después de este tiempo, le descubrió varias infidelidades; así como la manifestación de violencia física y psicológica. Sus hijos fueron el impulso para salir adelante.

Actualmente quiere meter la demanda de divorcio, para que el señor se vaya de su casa y para que le dé una pensión alimenticia; sin embargo la decisión aún no está tomada, ya que van varias ocasiones en que lo corre de su casa pero la decisión no es firme y lo termina aceptando nuevamente.

Diagnóstico: episodios depresivos, diagnosticado mediante el cuestionario de depresión de Beck.

Áreas de intervención: autoestima, asertividad, y cogniciones.

Estrategias de intervención: relajación, reestructuración cognitiva, asertividad, autoestima, toma de decisiones, solución de problemas.

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial.

Sesión 2: Aplicación de Cuestionario de depresión de Beck, continuación de la entrevista.

Sesión 3: Entrenamiento en relajación / Autoestima

Sesión 4: Reestructuración cognitiva

Sesión 5: Asertividad

Resultados: La paciente acudió a sus cinco sesiones de psicoterapia en la cual seguimos adecuadamente el plan de intervención mostrando cooperación, sin embargo cuando se le dejaba tareas no las llevaba a cabo por lo cual las teníamos que realizar en el consultorio. Lo que se le dificultó fue la reestructuración cognitiva, ya que a partir de sus creencias religiosas (católica) manifestaba que algunas de las cosas que le pasaban era por eso, por lo cual el hecho de confrontarla con sus ideas irracionales costó bastante trabajo. Se le programó una cita de seguimiento a la cual ya no se presentó, se le realizó una llamada telefónica e informo que programaría otra cita pero ya no acudió.

- **Caso 14**

Nombre: Elías

Edad: 7 años

Escolaridad: segundo de primaria

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltero

Motivo de consulta: presenta problemas de comportamiento, no sigue reglas en escuela y en casa no obedece a mamá.

Historia del síntoma: desde agosto del año pasado al incorporarse a una nueva escuela es que se presenta este comportamiento, sin embargo la madre indica que desde hace tiempo había decidido pedir la ayuda pero no había encontrado el lugar adecuado.

Síntomas secundarios: no obedece y por lo tanto en casa no realiza tareas, además de portarse y contestar de una manera muy grosera.

Historia personal y familiar:

Fue un embarazo no planeado, una vez que se enteran de que están esperando bebé, se van a vivir juntos; al inicio la relación es buena como pareja, cuando nace el niño de igual manera aparentemente todo está bien; sin embargo con el paso del tiempo comienzan a tener problemas. La relación dura 2 años, durante tiempo en el cual la relación padre – hijo es muy buena; sin embargo empiezan problemas con los suegros y la familia política ya que menciona la madre no la aceptaban, por lo cual deciden separarse. Hace 5 años que no ve al padre y no tienen noticias de él.

Académicamente iba bien, hasta hace poco que ya no quiere hacer tareas. Pero nunca ha dado ningún tipo de problema grave. Hace unos años la madre comenzó una relación con una nueva pareja, lo cual al paciente no lo acepta del todo, tiene un nuevo hermanito de pocos meses de nacido al cual lo acepta muy bien y demuestra su afecto, pero a la pareja de su mamá no, lo cual ya le ha ocasionado algunos problemas a la madre.

Diagnóstico: de acuerdo a las características del CIE-10 se le diagnostico con trastorno del comportamiento sin especificación.

Áreas de intervención: atención, autoestima, emociones.

Estrategias de intervención: técnicas de modificación de conducta como pueden ser coste de respuestas, tiempo fuera, entre otras (entrenamiento a padres). Autoestima, solución de problemas, relajación.

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial

Sesión 2: Reestructuración cognitiva

Sesión 3: Autoestima

Sesión 4: Solución de problemas

Sesión 5: Entrenamiento en relajación

Resultados: El paciente solo acudió a la primera sesión donde se llevó a cabo la entrevista inicial con la madre, al no presentarse a la segunda sesión se realizó una llamada telefónica a la cual no hubo respuesta.

- **Caso 15**

Nombre: Mariel

Edad: 20 años

Escolaridad: secundaria trunca

Ocupación: cocinera en un restaurant

Estado civil: soltera

Motivo de consulta: presenta una depresión muy fuerte; ha sufrido de anorexia y bulimia y actualmente sufre de bulimia; consume drogas (marihuana) y emocionalmente se siente mal, la paciente pide ayuda porque quiere recuperar su vida y convertirse en una persona productiva; así como mejorar sus relaciones.

Historia del síntoma: cuando tenía 14 años comenzaron los problemas de anorexia y bulimia, y a la vez el consumo de drogas que poco a poco se convirtió en una gran adicción, de esa etapa a la fecha los problemas se han agravado, llevándola a un cuadro de depresión.

Síntomas secundarios: baja autoestima, inseguridad, miedos, frustración, violencia, malas relaciones personales.

Historia personal y familiar:

Fue un embarazo normal, sin complicaciones; durante su infancia fue una persona que careció del amor y del apoyo de su padre. Durante su infancia, su niñez y parte de la adolescencia sufrió de bastante violencia física y psicológica por parte de su padre lo que la ha llevado a guardarle un gran resentimiento. A los 14 años su padre se deja de hacer responsable de ella en todos los sentidos. La relación con su madre y sus hermanos es normal. En la escuela es una chica de buenas calificaciones, no se considera mala estudiante, y por otro lado no se le daban los medios incluidos económicos para sus estudios, lo que dificultó que siguiera estudiando, y así es que no concluye su secundaria.

En esta etapa de los 14 años es cuando a raíz de comentarios de su padre y de tener un físico que no le agradaba se vuelve anoréxica y bulímica, de lo cual actualmente aún hay rastros de presentar una conducta bulímica. Sus relaciones con sus amigos y gente que la rodea son buenas, sin embargo algunas amistades y una pareja amorosa que tuvo fue lo que la llevo al consumo de drogas, como salida a los muchos problemas que tenía en su casa. Actualmente tiene una relación amorosa la cual la considera buena.

Sus metas son convertirse en una gran estilista, ya que tiene la dedicación, le encanta la moda, el verse bien, quisiera tener un negocio propio, le gustaría seguir estudiando pero para ello tiene que encontrar un trabajo para poder sustentar sus gastos, formar una familia, tener hijos, pero sobre todo sentirse mejor, cambiar y convertirse en una mejor persona.

Diagnóstico: episodios depresivos y bulimia nerviosa

Áreas de intervención: depresión, ansiedad, asertividad, comunicación, y autoestima

Estrategias de intervención: reestructuración cognitiva, asertividad, autoestima, toma de decisiones

Plan de intervención:

Sesión 1: entrevista

Sesión 2: autoestima

Sesión 3: reestructuración cognitiva

Sesión 4: asertividad

Sesión 5: toma de decisiones

Resultados: La paciente solo asistió a dos sesiones, en la cual en la primera se llevó a cabo la entrevista inicial, obteniendo datos demográficos así como su historia de vida y en la segunda se trabajó autoestima. No se sabe el motivo por el cual dejó de asistir, se le realizó una llamada telefónica para saber qué había sucedido, llamada que no fue contestada.

- **Caso 16**

Nombre: Irving

Edad: 6 años

Escolaridad: preescolar

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltero



Motivo de consulta: el paciente presenta una leve depresión por la separación de sus padres, expresa sentimientos de tristeza por no poder estar su familia unida y debido a que hace tiempo que no ve a su padre, muestra llanto y expresa extrañarlo.

Historia del síntoma: hace dos años los padres del paciente se separaron, el paciente presencio escenas de violencia. A partir de la separación, se presentan sentimientos de tristeza y frustración.

Síntomas secundarios: agresividad, dificultad para aprender y prestar atención

Historia personal y familiar:

El embarazo fue planeado, tenían ambos 16 años; debido a que el abuelo materno quería que abortara la madre se sale de su casa y se van a vivir juntos. A los 7 meses de embarazo hay una operación del apéndice y el bebé presento complicaciones debido a la anestesia. A los 3 años de edad entra a una escuela particular lo cual le agradaba por la atención que les ponían. Sin embargo a esta edad el pequeño da cuenta de las peleas de sus padres, presenciando violencia física y psicológica.

De los 4 años hasta la fecha se ha vuelto más agresivo, posesivo, temeroso al ir al baño, berrinchudo, e incluso tiene ideas de muerte por la falta de su papá. En la escuela es muy maldoso con sus compañeros, en ocasiones ha retado a la maestra y no obedece reglas. En casa es grosero y no obedece, tiene cambios de carácter repentinos; cuando extraña a su papá sueña con él y moja la cama. Come bien, casi no come dulces, duerme muy inquieto, es sonámbulo, y tiene seguidos pesadillas, él quiere que su mamá se case para tener un papá e incluso anhela un hermanito, cabe mencionar que tiene una hermana de 4 años de edad con la cual pelea mucho.

Diagnóstico: de acuerdo a las características del CIE-10 se le diagnostico con trastorno del comportamiento sin especificación, así como depresión infantil.

Áreas de intervención: entrenamiento a padres, terapia cognitiva

Estrategias de intervención: técnicas de modificación de conducta como pueden ser coste de respuestas, tiempo fuera, entre otras. Autoestima, solución de problemas, habilidades sociales, relajación.

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial

Sesión 2: Entrenamiento en relajación/reestructuración cognitiva

Sesión 3: Autoestima

Sesión 4: Solución de problemas

Sesión 5: Habilidades sociales

Resultados: el paciente termino sus cinco sesiones, sin embargo no se notaron cambios satisfactorios, uno de los elementos por los cuales no se consiguió una buena intervención fue que la madre no mostro compromiso y no seguía las indicaciones o tareas que se le dejaban; como fue la técnica de manejo de contingencias. Al igual que en el momento de las sesiones solo dejaba al niño y después ella o la abuela iban a recogerlo, aunque se le pidió que debiera de asistir junto con el niño. Quizás el hecho de que se le llamara la atención a la abuelita y se le citara a la madre para otra entrevista y saber qué era lo que estaba pasando fue lo que desencadeno que ya no asistieran a las sesiones, rechazando las llamadas telefónicas. Por lo cual no se concluyó la intervención de una manera adecuada y por tanto no se obtuvieron resultados satisfactorios.

- **Caso 17**

Nombre: María del Carmen

Edad: 43 años

Escolaridad: preparatoria trunca

Ocupación: hogar

Estado civil: unión libre

Motivo de consulta: la demanda principal es por presentar un cuadro de ansiedad así como presentar sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo.

Historia del síntoma: en el año 2000 acudió a psiquiatría en el cual la medicaron, medicación que lleva aproximadamente 10 años esto debido a su ansiedad; a partir de ello se presenta una dependencia al medicamento pero a la vez le dio un temor a tomar nuevos medicamentos por miedo a que le pase lo mismo, sin embargo es algo que no solo le está afectando a nivel personal sino familiar.

Síntomas secundarios: malas relaciones personales, su trastorno obsesivo compulsivo le está ocasionando problemas de pareja.

Historia personal y familiar:

Vivió una niñez llena de miedo, a cargo de su abuela; no tuvo padre y tenía una hermana 9 años mayor que ella con la cual casi no había relación. Era muy agresiva, y miedosa. Su adolescencia la vivió de la misma manera, era una chica rebelde, agresiva. A los 13 años su mamá la dejó con su abuelita, ahí curso la secundaria y recuerda que su vestimenta era como la de una señora. No había ningún tipo de relación con su mamá ya que se la pasaba trabajando, menciona siempre haber sido muy rebelde y haber tenido muchos novios. En el nivel académico iba más o menos, era una chica distraída, no muy social pero si tenía amigas. A los 16 años conoce a su actual pareja que en ese entonces tenía 19 años, al cual ella menciona que desde chica necesitaba la presencia de un padre y en su pareja lo encontró. Al salir de la secundaria realizó el examen para la UNAM dos veces pero no se quedó, por lo cual su hermano le pago una escuela particular.

Pasado el tiempo su pareja se va a Veracruz y ella entra en depresión, mandándole cartas con ideas suicidas. Cuando regresa la relación se volvió una relación de violencia tanto física como psicológica, su relación estaba por terminar

pero un embarazo hizo que continuará sin embargo la relación era mala. A partir de ahí comienza a guardar ropa que no utiliza así como las propagandas argumentando que quizás algún día las llegue a necesitar.

Tiene dos hijas una de 17 años la cual la describe como muy retacada, y con la cual lleva una buena relación y otra de 15 años con al cual ha tenido algunos problemas porque es una chica más agresiva y rebelde.

Diagnóstico: a partir de los criterios establecidos en el CIE-10 se diagnosticó a la paciente con trastorno obsesivo-compulsivo.

Áreas de intervención: autoestima, cogniciones, relajación, asertividad.

Estrategias de intervención: entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, autoestima, entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas y toma de decisiones.

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial

Sesión 2: Continuación de entrevista

Sesión 3: Relajación y reestructuración cognitiva

Sesión 4: Autoestima

Sesión 5: Asertividad

Resultados: La paciente concluyo sus sesiones de psicoterapia siguiendo el plan de intervención adecuadamente, sin embargo en la cita de seguimiento se determinó continuar con la psicoterapia debido a la no obtención de resultados satisfactorios a lo cual la paciente estuvo de acuerdo, sin embargo ya no se presentó al servicio y no hubo una respuesta al llamado telefónico.

- **Caso 18**

Nombre: Dulce

Edad: 15 años

Escolaridad: preparatoria

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltera

Motivo de consulta: la demanda principal es el consumo de tabaco.

Historia del síntoma: en diciembre del año pasado la paciente comenzó a consumir tabaco por curiosidad, su madre al percatarse del asunto decidió traerla a terapia.

Síntomas secundarios: pelas con su hermano.

Historia personal y familiar:

Recuerda su infancia como una infancia bonita, porque sus papás le dieron amor, aunque casi no había dinero; fue una infancia feliz. En su adolescencia se volvió una persona rebelde, que fue cuando iba en la secundaria, ya que se saltaba las clases y le mandaban muchos citatorios, la forma de corregirla cambio, porque ahora en lugar de darle golpes sus padres, sobre todo su mamá habla con ella.

Con su mamá tiene una buena relación de confianza; pero con su papá a pesar de que llevan una buena relación no hay la confianza suficiente de contarles sus cosas. Con su hermano a veces la relación es buena y a veces mala, ya que últimamente ha tenido varios problemas porque agarra sus cosas o la molesta y sus papás no hacen nada. Y con su hermanita menor se lleva bien.

Su situación académica siempre fue buena, mantiene buenas relaciones sociales. Con la familia de su padre no hay ningún tipo de relación y no le agrada

estar con ellos; en cambio con la familia de su madre hay una muy buena relación. Tiene un carácter muy impulsivo con todos lo que le ha generado problemas sobre todo con su mamá y eso algo muy frecuente. Ayuda en las labores domésticas, cumple horarios, tiene muchas pesadillas y últimamente come demasiado. Tiene un proyecto de vida bien definido.

Diagnóstico: se le diagnóstico de acuerdo a lo relatado y a partir de los criterios del manual del CIE-10 con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo.

Áreas de intervención: autoestima, relaciones interpersonales, asertividad

Estrategias de intervención: reestructuración cognitiva, autoestima, entrenamiento en relajación, asertividad

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial

Sesión 2: Entrenamiento en relajación de Jacobson

Sesión 3: Reestructuración cognitiva

Sesión 4: Solución de problemas

Sesión 5: Asertividad / Autoestima

Resultados: La paciente mostró excelentes resultados, siendo así que únicamente se necesitaron 3 sesiones para el trabajo con ella; se trabajó relajación, asertividad y solución de problemas. Ya que el motivo de consulta inicial fue el consumo de tabaco, una vez que se inició la terapia ya no se mostraba dicha conducta; al relatar haberlo hecho por ansiedad se le entreno en relajación, lo cual arrojó resultados satisfactorios. La asertividad y la solución de problemas fueron por su carácter impulsivo, y junto con la relajación este disminuyo considerablemente, concluyendo satisfactoriamente.

- **Caso 19**

Nombre: María de los Ángeles

Edad: 58 años

Escolaridad: secundaria completa y carrera técnica

Ocupación: hogar

Estado civil: soltera

Motivo de consulta: la paciente muestra cuadros de depresión.

Historia del síntoma: a partir de que su hija cumplió 12 años se presentan problemáticas en la relación madre-hija.

Síntomas secundarios: insomnio, estrés, malestares físicos, sentimientos de culpa, coraje y llanto.

Historia personal y familiar:

Fue una infancia sino feliz, al menos con lo necesario para poder vivir, su familia era una familia modesta y pasó una infancia y adolescencia buena. Se casó pero debido a que no puede tener hijos se separó de su pareja y tiempo después adopto a una niña, la cual llevo a su vida a los dos días de nacida.

Desde entonces es madre soltera y se ha dedicado a cuidar a su hija, sin embargo el inicio para poder estar o mantenerse económicamente bien tuvo que meterse a trabajar tuvo que dejar al cuidado de su hija con una de sus hermanas, a la cual la niña la veía como su mamá pero a ella no le gustaba que le dijera así y por ello la tía que la cuidaba paso a convertirse en su abuelita. Económicamente salió adelante, crio, cuido y protegió a su hija lo mejor que ella pudo. A los 12 años de edad de la niña se entera que es adoptada pero lo acepta y aparentemente lo asimila, sin embargo poco después es que comienzan los problemas, se vuelve más rebelde a tal grado de querer irse de su casa. Actualmente las dos acuden a terapia psicológica pero su relación madre-hija está muy afectada.

Diagnóstico: episodios depresivos; se utilizó el cuestionario de depresión de Beck.

Áreas de intervención: autoestima, asertividad, toma de decisiones y relaciones personales

Estrategias de intervención: entrenamiento en relajación, entrenamiento en asertividad y entrenamiento en reestructuración cognitiva

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista

Sesión 2: Aplicación de cuestionario de depresión de Beck y entrevista

Sesión 3: Entrenamiento en relajación

Sesión 4: Reestructuración cognitiva

Sesión 5: Asertividad

Sesión 6: Autoestima y relaciones personales

Sesión 7: Toma de decisiones

Sesión 8: Solución de problemas

Sesión 9: Manejo de contingencias

Resultados: La paciente acudió a todas sus sesiones, las cuales se llevaron a cabo a partir del plan de intervención. Logrando resultados satisfactorios disminuyendo las preocupaciones y la ansiedad presentada, así mismo se presentó un decremento en sentimientos de culpabilidad y tristeza. Los cuadros de depresión cada sesión disminuían significativamente, mostrando seguridad, confianza, así como una mejora en la comunicación en su relación madre-hija.



- **Caso 20**

Nombre: Natalia

Edad: 7 años

Escolaridad: primaria

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltera

Motivo de consulta: la paciente presenta problemas de comportamiento.

Historia del síntoma: desde hace aproximadamente un año la paciente ha mostrado cambios en su comportamiento, que fue en la etapa en la cual entro a la primaria y tuvo varios cambios tanto a nivel académico como familiar.

Síntomas secundarios: agresividad, bajo rendimiento académico, dislexia, alteraciones del sueño, así como se han visto afectadas sus relaciones personales.

Historia personal y familiar:

El embarazo fue planeado, teniendo una excelente infancia. Entro al kínder y el primer año lo curso muy bien, hizo muy buenas relaciones con sus compañeros; para el segundo año del kínder la cambiaron de escuela a una que no le gusto, ya que solamente estuvo en ella una semana. Por lo que regreso al kínder anterior. Al entrar a la primaria la tuvieron que meter en una escuela de tiempo completo, ya que su mamá tenía que buscar trabajo, sin embargo ahí fue cuando se empezaron a notar los cambios de comportamiento y actitudes, bajo de calificaciones y se volvió muy agresiva. La cambiaron de escuela al darse cuenta de estas situaciones y ahora va en una escuela regular.

En sus relaciones, tiene un hermano de 9 años con el cual no mantiene una buena relación, el hermano no la acepta y dice que no la quiere. Con su papá lleva una excelente relación sin embargo hace 5 años consiguió un trabajo diferente en

el cual tiene que salir fuera, lo cual le ha afectado un poco. Con su mamá la relación es buena, sin embargo ella es más estricta, si le ha llegado a pegar, actualmente trata de ya no hacerlo, platicar con ella.

Diagnóstico: de acuerdo a las características del CIE-10 se le diagnostico con trastorno del comportamiento sin especificación.

Áreas de intervención: atención, autoestima, emociones.

Estrategias de intervención: técnicas de modificación de conducta como pueden ser coste de respuestas, tiempo fuera, entre otras (entrenamiento a padres). Autoestima, solución de problemas, habilidades sociales, relajación.

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial con la madre

Sesión 2: Continuación de la entrevista con la paciente a través del juego

Sesión 3: Entrenamiento en relajación

Sesión 4: Entrenamiento a padres (manejo de contingencias)

Sesión 5: Entrenamiento a padres (economía de fichas)

Sesión 6: Entrenamiento a padres (coste de respuestas y tiempo fuera)

Sesión 7: Autoestima

Sesión 8: Habilidades sociales

Sesión 9: Solución de problemas

Sesión 10: Terapia de juego

Resultados: La paciente acudió puntualmente a todas sus terapias, además de que se contó con el apoyo incondicional de la madre lo cual ayudo mucho para que el plan de intervención funcionara. La paciente mostro resultados satisfactorios, ya que tras llevar adecuadamente el plan de intervención, la

realización de tareas y con los registros que se le dejaron a la madre, se ve considerablemente un decremento de las conductas consideradas problemas. Ya que al finalizar la terapia la paciente tiene un mejor comportamiento, realiza sus tareas adecuadamente, ayuda en las labores del hogar, lo cual es recompensado por la madre y esto hace que dichas conductas incrementen.

- **Caso 21**

Nombre: Carolina

Edad: 14 años

Escolaridad: secundaria

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltera

Motivo de consulta: la paciente es remitida por la madre la cual informa que es una chica muy floja, no hace tareas, no trabaja en clase y ha bajado su rendimiento académico, lo cual le preocupa bastante porque entrara al nivel medio superior.

Historia del síntoma: desde hace algunos meses la paciente no quiere realizar tareas, ni trabajar en clase argumentando que solo es por flojera, algo que a su mamá le preocupa.

Síntomas secundarios: se presentan constantes peleas en la relación madre – hija debido a permisos, libertad en cuanto a salir a la calle con las amigas. Y también falta de confianza y comunicación.

Historia personal y familiar:

Fue un embarazo no planeado, en cuanto el padre se enteró del mismo no se hizo responsable; la mamá se tuvo que meter a trabajar, siendo responsable la abuela. En un momento se decidió que conociera a su papá, fueron pocas veces

las que se vieron y convivieron. A los aproximadamente 4 -5 años hubo un suceso importante, ya que uno de sus primos mayor que ella le toco su parte intima, no pasó nada más porque llego una de sus tías y lo vio, sin embargo ha sido un suceso que marco la vida de la paciente.

Académicamente siempre fue bien, no se presentaron problemas de ninguna índole, era una niña tranquila. Entrando a la adolescencia fue cuando se empezaron a presentar cambios, discusiones con la madre, el no querer hacer caso, no hacer tareas, además de varias relaciones de noviazgo que ha tenido, las cuales no le platica a su mamá porque no le tiene la confianza de decírselo. La madre es una persona muy estricta, muy conservadora en ciertos aspectos; lo cual provoca que la paciente no tenga la confianza de decirle las cosas, y de ocultare algunas más, así como las personalidades chocan y por eso se confrontan tanto. Tiene ilusiones, metas, sueños, que cumplir.

Diagnóstico: de acuerdo a las características del CIE-10 se le diagnostico con trastorno del comportamiento sin especificación.

Áreas de intervención: atención, autoestima, organización.

Estrategias de intervención: relajación, reestructuración cognitiva, organización de tiempo, toma de decisiones, solución de problemas, asertividad.

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial con la madre

Sesión 2: Continuación de entrevista con la paciente

Sesión 3: Entrenamiento en relajación

Sesión 4: Reestructuración cognitiva

Sesión 5: Reestructuración cognitiva

Sesión 6: Autoestima

Sesión 7: Asertividad

Sesión 8: Organización de tiempo

Sesión 9: Toma de decisiones

Sesión 10: Solución de problemas

Resultados: La paciente acudió a todas sus sesiones, en tres ocasiones se contó con la presencia de la madre para dar informes de los avances o formas de trabajo en casa. En general la paciente reporto tener buenos resultados, ya que los comportamientos que mencionaba la madre en el motivo de consulta como el bajo rendimiento académico mejoro un poco, no considerablemente pero la paciente sabía lo que estaba mal y trabajo en ello para mejorarlo. A lo largo de las sesiones se fue dando cuenta que el ambiente donde se desenvuelve, la relación con su madre y la actitud de la misma es la que hace que la paciente manifieste enojo, tristeza con dichos comportamientos. Así como la falta de comunicación en la relación madre-hija. Por lo que en la última sesión se tuvo un logro muy importante, ya que acudieron ambas partes a la terapia y se logró que ambas se escucharan, comprendieran y propusieran soluciones o acuerdos para resolver los problemas y no hacerlos más grandes. Lo cual tuvo resultados satisfactorios para ambas.

- **Caso 22**

Nombre: Norma

Edad: 53 años

Escolaridad: secundaria completa y carrera de secretaría

Ocupación: hogar

Estado civil: divorciada

Motivo de consulta: la paciente llega con cuadros de depresión y ansiedad.

Historia del síntoma: en septiembre del año pasado a la paciente se le subió la presión por lo que acudió al hospital donde la mandaron al psiquiátrico, el cual le diagnosticó ansiedad aguda y solamente se le recetó con antidepresivos. Hace aproximadamente 5 meses los dejó de tomar pero los síntomas continúan por lo que la remitieron al psicólogo.

Síntomas secundarios: además de presentar depresión y ansiedad, la paciente cuenta con una serie de problemáticas como son problemas con sus hijos, inhabilidades por lo que se siente sola y ha presentado ideación suicida.

Historia personal y familiar:

Su infancia estuvo llena de pobreza, fue la hija más chica de 10 hermanos con los cuales no tiene ningún tipo de comunicación. Su adolescencia fue dura, se convirtió en una persona rebelde; a los 18 años tuvo su primer novio con el cual perdió su virginidad y se embarazó de su primera hija, sin embargo el chico no se hizo responsable. Después conoció a otra persona con la cual se casó, ya que la aceptó con su hija; tuvo 3 hijos más. Esta relación solo duró un año y después se separaron, dos años después reanuda la relación, sin embargo se da cuenta que es drogadicto situación que no es de su agrado. Cuando se embarazó de su tercera hija a su esposo lo meten a la cárcel, se encontraba triste, sin dinero, y embarazada. Salió a los dos años, y la volvió a buscar para lo cual ella lo acepta de nuevo. Viene un cuarto embarazo del cual ella trató de abortar no consiguiendo su objetivo. Cuando su hijo el menor tenía 6 años se presenta una separación definitiva.

Llevaron 15 años de separados y nunca más volvió a saber de él, a partir de esta situación la paciente solo se dedicó a trabajar por sus hijos y una vez que ellos estudiaron y trabajan, se salió de trabajar. Se ha dedicado aun así a su cuidado o al de sus nietos, no tiene redes sociales, no sale, se la pasa encerrada en casa, lo cual provocó que se enfermara y que le vinieran muchos miedos.

Diagnóstico: de acuerdo a la clasificación y criterios del CIE-10 se diagnosticó a la paciente con trastorno mixto ansioso-depresivo.

Áreas de intervención: autoestima, asertividad, y cogniciones.

Estrategias de intervención: relajación, reestructuración cognitiva, asertividad, autoestima, toma de decisiones, solución de problemas.

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial.

Sesión 2: Aplicación de Cuestionario de depresión de Beck, continuación de la entrevista.

Sesión 3: Entrenamiento en relajación

Sesión 4: Reestructuración cognitiva

Sesión 5: Reestructuración cognitiva

Sesión 6: Asertividad (comunicación)

Sesión 7: Role Playing

Sesión 8: Autoestima

Sesión 9: Solución de problemas

Sesión 10: Toma de decisiones

Resultados: La paciente acudió puntualmente a todas sus sesiones, trabajo de manera cooperativa en la realización del plan de intervención, realizando tareas y/o ejercicios en casa. Por lo que al terminar las sesiones programadas en el plan de intervención se obtuvieron resultados satisfactorios, ya que disminuyó el nivel de ansiedad, aprendiendo perfectamente la técnica de relajación y haciéndolo en casa, su depresión también desapareció por completo, siendo una mujer diferente.

- **Caso 23**

Nombre: Alberto

Edad: 16 años

Escolaridad: preparatoria

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltero

Motivo de consulta: la madre lo lleva por un mal comportamiento, argumentando que presenta un comportamiento agresivo.

Historia del síntoma: hace 4 años sus padres se iban a separar debido a que se descubrió una infidelidad por parte del padre, sin embargo no hubo tal separación, pero desde ahí el comportamiento del paciente comenzó a cambiar, trayéndole problemas de diversa índole y lo cual a la madre le preocupa mucho.

Síntomas secundarios: no obedece ni sigue reglas, y problemas académicos.

Historia personal y familiar:

Fue un embarazo deseado como el de sus dos hermanos, tiene un hermano mayor de 20 años y una hermana pequeña de 8 años; su niñez fue feliz. Su nivel académico fue bueno, con buenas calificaciones y buenas relaciones sociales. En su adolescencia, parte de lo que ha vivido, en la secundaria le fue bien; sin embargo la describe como una adolescencia triste, ya que hace aproximadamente 4 o 5 años la relación con su papá cambio, se distanciaron y ya no les dedicaba tiempo lo cual lo puso triste.

Al terminar su secundaria perdió un año de estudios, al año entra a la preparatoria en donde comienza consumir tabaco, alcohol no tan frecuentemente y donde encuentra unas amistades que para su madre no son buenas. Se considera un chico violento, agresivo que no le gusta dejarse de los demás y por lo cual ha tenido algunos enfrentamientos, tanto en la calle como en su propia familia;



llegando el punto de enfrentarse con su padre. Actualmente se sale a la calle porque no quiere estar solo en su casa, se siente solo, la única persona que lo escucha y a quien le cuenta sus problemas es a su novia; sin embargo tiene un plan de vida bien estructurado y los objetivos de la terapia bien planteados.

Diagnóstico: de acuerdo a los criterios del CIE-10 se diagnosticó al paciente con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo.

Áreas de intervención: autoestima, asertividad, relajación, cognición

Estrategias de intervención: entrenamiento en técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, autoestima, solución de problemas y toma de decisiones.

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial

Sesión 2: Entrenamiento en relajación de Jacobson y reestructuración cognitiva

Sesión 3: Asertividad

Sesión 4: Solución de problemas

Sesión 5: Toma de decisiones

Resultados: se llevaron a cabo las cinco sesiones programadas sin embargo no se llevó a cabo el plan de intervención como se había propuesto. Se realizó una entrevista inicial, trabajando también asertividad, relajación y solución de problemas áreas en las cuales el paciente mostro una mejora significativa. A partir de la cuarta y quinta sesión se llevó a cabo una terapia familiar de madre e hijo, debido a la mala relación que presentaban considerándolo un factor importante dentro de la psicoterapia. Así en la última sesión se logró una mejora en la relación madre-hijo, logrando que se escucharan, y propuestas de acuerdos que mejoraran su relación.

- **Caso 24**

Nombre: Ángel

Edad: 9 años

Escolaridad: primaria

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltero

Motivo de consulta: la madre acude al servicio para pedir una segunda opinión al diagnóstico dado a su hijo en otra institución.

Historia del síntoma: cuando el paciente iba en primer año de primaria se le llevo al psicólogo debido a que estaba siendo participe de un daño emocional por parte de la profesora, estuvo un año en terapia, en octubre del año 2013 el paciente pide a la madre que lo lleve al psicólogo porque necesita saber cómo manejar sus emociones y en noviembre lo lleva a CECOSAM ZACATENCO en el cual lo vio un psiquiatra y psicólogo y le hicieron la prueba proyectiva manchas tinta rorschach y se le dio una terapia conductual, donde se le diagnostico con depresión, y el abuso sexual el cual el paciente niega.

Síntomas secundarios: baja autoestima, problemas de comportamiento.

Historia personal y familiar:

Fue un embarazado deseado, en un inicio vivían en Ixmiquilpan, donde tuvo una infancia muy feliz. Tiene muy bonitos recuerdos de aquel lugar y de su niñez, por ejemplo recuerda una cascada que estaba hecha hielo. Desde pequeño ha sido un niño muy sociable, hace amigos muy fácilmente, por lo que nunca ha tenido ningún tipo de problemas. Cuando iba en primer año de primaria lo llevaron a atención psicológica porque la maestra que tenía le estaba causando un daño emocional, duro un año en terapia y al chico lo cambiaron de maestra a partir de ahí todo mejoro.

La relación con sus papás la considera buena; con su mamá lleva una buena relación sin embargo es una persona estricta, que pone reglas; cuando las rompe se le castiga. Con su papá lleva una excelente relación, cuando vivían en Ixmiquilpan casi no lo veía porque era paramédico, pero le compra cosas y eso le gusta. Tiene un hermano de 4 años con el cual se lleva bien, a veces tienen peleas pero son de juego.

Lleva poco tiempo viviendo en la colonia, pero se ha adaptado muy bien. Sin embargo en el mes de octubre le pidió a su mamá lo volviera a llevar a psicología argumentando no saber qué hacer con la maestra y en el mes de noviembre lo llevan a CECOSAM ZACATENCO donde está recibiendo atención psiquiátrica y psicológica, sin embargo debido a que el diagnóstico que le dieron a la madre no le parece muy convincente por eso acude al servicio para que le den una segunda opinión.

Diagnóstico: se le realizó el cuestionario de depresión de Beck y salió positivo, sobre todo en inseguridad y tener ideas irracionales acerca de sí mismo.

Áreas de intervención: autoestima, control de emociones y cogniciones.

Estrategias de intervención: autoestima, entrenamiento en control de emociones, reestructuración cognitiva, técnicas de modificación de conducta como pueden ser coste de respuestas, tiempo fuera, entre otras (entrenamiento a padres).

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial con la madre

Sesión 2: Continuación de la entrevista con el paciente y autoestima

Sesión 3: Reestructuración cognitiva

Sesión 4: Control de emociones

Sesión 5: Entrenamiento a padres

Resultados: El paciente acudió a todas las sesiones junto con su mamá, lo cual facilitó el trabajo del plan de intervención, ya que a partir de que acude a parte a otro servicio ya está manejando e implementando en casa alguna de las técnicas que se le enseñaron. Por lo que el comportamiento del paciente está regulado y las malas conductas han disminuido. Así mismo se encontró que el paciente carecía de seguridad y tenía una baja autoestima, tenía pensamientos irracionales acerca de sí mismo lo cual se trabajó con reestructuración cognitiva obteniendo cambios significativos.

- **Caso 25**

Nombre: Aislinn

Edad: 5 años

Escolaridad: preescolar

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltera

Motivo de consulta: la madre pide el servicio debido a que la paciente amanece mojada todos los días e incluso durante el día se orina.

Historia del síntoma: comenzó en agosto, cuando la paciente entra al preescolar, ahí no avisa a la maestra cuando quiere ir al baño por tanto varias ocasiones sale mojada; en casa hace aproximadamente tres meses se le llevo al médico por la misma razón; ya que se aguanta hasta que ya no puede durante el día y en las mañanas siempre amanece mojada, se le llevo al médico en donde se le mandaron a hacer estudios descartando infecciones o algún tipo de problema orgánico, a partir de ello aparentemente el problema disminuyo pero hace 15 días el suceso se repitió, amaneciendo mojada todos los días y se decidió acudir a terapia psicológica.

Síntomas secundarios: además de dicho problema, la paciente está comenzando a tener problemas de comportamiento, ya que se ha vuelto muy enojona, grosera y agresiva.

Historia personal y familiar:

La madre anteriormente tuvo dos abortos espontáneos, por lo que su tercer embarazo que fue el de la paciente fue muy deseado y esperado por ambas partes; el embarazo fue normal, no se tuvieron complicaciones. Lo que ha vivido de su infancia, ha sido una infancia un tanto complicada en cuestiones económicas, pero feliz. La relación con su madre es buena pero se presentan situaciones en las cuales hay castigos por mala conducta. Con su papá la relación es más de apego; aunque casi no estaba con él por su trabajo.

En agosto del presente año entro al kínder, situación en la cual comienza la enuresis. Un dato de suma importancia es que su papá toma alcohol y la niña lo ha visto tomado, esto y algunos problemas familiares han provocado dos intentos de separación de los padres, en los meses de septiembre, octubre, noviembre. A partir de ello la niña muestra tristeza y extrañar a su papá porque tiene un apego muy grande, y hasta cierto punto una preferencia. Sin embargo solo fueron intentos porque volvieron a estar juntos. En el mes de marzo-abril se repite, hubo violencia física contra la madre, y se separaron nuevamente, al parecer de una forma definitiva. Esto ha provocado en la niña, que muestre en comportamiento muy agresivo.

Diagnóstico: de acuerdo a los criterios establecidos en el CIE 10 se ha diagnosticado a la paciente con enuresis no orgánica, ya que esta apareció después de un periodo de control vesical adecuado.

Áreas de intervención: entrenamiento a padres, autoestima.

Estrategias de intervención: técnicas de modificación de conducta como pueden ser coste de respuestas, tiempo fuera, etc.

Plan de intervención:

Sesión 1: Entrevista inicial con la madre

Sesión 2: Continuación de la entrevista con la paciente a partir del juego

Sesión 3: Entrenamiento a padres (manejo de contingencias)

Sesión 4: Entrenamiento a padres (manejo de contingencias)

Sesión 5: Entrenamiento a padres (Manejo de contingencias)

Resultados: La paciente acudió a todas sus sesiones, y a pesar de que se hizo la programación para cinco sesiones en realidad se llevaron a cabo diez sesiones, a lo largo de las mismas con la paciente se realizaba terapia de juego y a la madre se le enseñó el manejo de contingencias con técnicas como la economía de fichas, el coste de respuestas, el tiempo fuera. Ya que la principal demanda fue la enuresis, a esto se detectó que tenían que ver factores familiares como de alimentación, por lo que se le cambió la alimentación quitándole el café por las noches y algunas técnicas de checar el horario aproximado en que la paciente iba al baño, la economía de fichas para premiar cada vez que no amanecía mojada. Así mismo se le dejaba a la madre un registro para la enuresis, siendo esto que en la octava, novena y décima sesión este registro manifestó un decremento sorprendente. Ya que diez veces que amanecía mojada o se mojaba durante el transcurso del día, disminuyó a que solo se presentara una ocasión al día. Es por ello, que este caso tuvo resultados satisfactorios.

## CONCLUSIONES

A lo largo de los capítulos hemos resaltado la importancia del Sistema de Salud en México, si bien es cierto con un enfoque específico hacia la salud mental; así como las funciones del psicólogo de la salud dentro de una institución de primer nivel de atención.

Hemos visto que las reformas recientes han generado avances significativos, como la integración de diversos programas para la mejora de la salud de los individuos; dentro de estos programas destaca el llamado “Seguro Popular”, ya que este tiene como propósito brindar protección a la población no derechohabiente mediante un seguro de salud público, orientado a reducir los gastos médicos y fomentar la atención oportuna a la salud. Este programa está encaminado a la prestación de servicios médicos y así disminuir el gasto de bolsillo. La mayoría de la población de la colonia Prensa Nacional es de un nivel socioeconómico medio-bajo; lo que dificulta que pudiesen acudir a un servicio de psicología privado lo cual resulta costoso, con la afiliación al Seguro Popular el coste del servicio actualmente es gratuito. Esto quiere decir, que la población se encuentra con más disponibilidad y oportunidad de poder acudir a dicho servicio.

En materia financiera debería de ser importante alcanzar un equilibrio entre las inversiones adicionales en promoción de la salud y prevención de enfermedades; ya que actualmente es muy poco lo que se invierte en el sector salud y es de suma importancia el prevenir y promover, lo cual a largo plazo generaría una reducción de costes. Si bien hay limitaciones en cuestiones financieras, dicho obstáculo no limita la tarea del psicólogo para prevenir enfermedades y promover la salud en la población. Es importante seguir mejorando la distribución de los servicios, el Centro de Salud Prensa Nacional no cuenta con un servicio de psicología de planta; únicamente con los estudiantes pasantes de los últimos semestres de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala

en periodo escolar. Sin embargo el servicio en una institución de primer nivel de atención se considera fundamental.

Es importante resaltar que la atención que se brinda a las enfermedades con un origen psicológico no se encuentra del todo integrada en los programas de atención a la salud en general y por lo tanto se considera que el trabajo multidisciplinario es insuficiente. Si bien el uso del modelo biomédico ha arrojado resultados no del todo satisfactorios en las intervenciones, se considera importante realizar un trabajo multidisciplinario así como el uso del modelo biopsicosocial, lo cual arrojaría resultados de mejor calidad y satisfactorios. Desde la perspectiva psicológica se ha tratado de dar una explicación así como una solución al tema de la salud y las implicaciones en la calidad de vida de los individuos, sobre todo cuando hacemos referencia a enfermedades crónico-degenerativas. La enfermedad crónica es vista como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente, estos trastornos van a perdurar tras un periodo de tiempo prolongado, en el cual los síntomas no son necesariamente constantes. La persona que padece alguna enfermedad crónica puede llegar a sentirse relativamente bien en ocasiones o muy mal en otras, pero no estará totalmente sana.

Es así que cuando un paciente es diagnosticado o padece una enfermedad crónica se van a ver afectados aspectos físicos, psicológicos, familiares, laborales y sociales; esta afectación será desigual dependiendo de la naturaleza del trastorno y de la gravedad, pero también aspectos del individuo como su personalidad, hábitos, creencias religiosas, etc. Así el papel del psicólogo juega un rol fundamental en dichas problemáticas, ya que para un paciente la enfermedad crónica no es lo más importante por sí sola; lo más complicado es afrontar la forma en que percibe los cambios que sufre él y su entorno. De esta manera el papel del psicólogo permite al individuo entender y asumir de forma menos agresiva la condición crónica que su enfermedad conlleva, así como las alteraciones que se ven desprendidas al convivir con una enfermedad que



requiere de cuidados especiales de por vida, con el afán de evitar un mayor desgaste emocional y psicológico tanto en el sujeto como en su familia.

Es decir, partimos de la premisa de que tenemos a un hombre sano; así las aportaciones de la Psicología de la Salud parte más al estudio de como favorecer la conservación de su salud. A la Psicología le corresponde un papel decisivo en los problemas relacionados al estilo de vida y a la búsqueda de medios eficaces para la promoción de salud y la adopción de conductas preventivas. El psicólogo va a trabajar para estimular las principales conductas relacionadas con los estilos de vida que constituyen comportamientos protectores, tales como la práctica regular de ejercicio físico, prácticas nutricionales adecuadas, reducción de consumo de sustancias tóxicas, prácticas de seguridad y protección, prácticas adecuadas de higiene, participación de la población en programas promocionales y preventivos, aprendizaje de recursos personales para minimizar la acción del estrés, etc. Sin embargo es decisión de las personas comportarse a partir de un modo saludable y el mantener dichas conductas, además esto se encuentra relacionado con múltiples factores donde se interrelaciona el contexto ambiental con variables personales; esto debido a que las personas hacen un uso racional de la información que poseen y que llevan a cabo depende de las creencias que posee, es en donde el papel del psicólogo juega un rol fundamental para hacer una evaluación positiva o negativa de la conveniencia de dicha conducta o pensamientos.

Así hay diversas variables psicológicas que son capaces de influir en el sistema inmunitario fortaleciéndolo o debilitándolo y afectando a través de esta vía su salud; no dejando de lado el papel de la personalidad y la propensión a enfermar, apuntando resultados que avalan la función de las emociones, cogniciones y comportamientos. Se han estudiado variables emocionales como ansiedad, depresión, hostilidad, ira, agresividad y se evidencia que estas constituyen factores predisponentes al distress, facilitan el rol de enfermo, los cambios en el sistema inmune, estimulan conductas no saludables como tabaquismo, alcoholismo y así se convierten en causa indirecta de cáncer y otras

enfermedades. Variables cognitivas como determinadas cogniciones disfuncionales, pensamientos automáticos, ideas irracionales desempeñan un papel importante en el inicio y mantenimiento de trastornos emocionales, que a su vez tienen la repercusión antes descrita. Otras cuestiones relacionadas con el comportamiento, tales como hábitos alimentarios inadecuados, cuidado e higiene dental o la preocupación por la apariencia física, tienen un sentido psicológico determinado para el individuo y se reconoce su condición de factores de riesgo para la enfermedad.

Existe un momento muy particular, cuando la enfermedad no presenta síntomas visibles y se aplican programas para detectarla. Ej. VIH, cáncer de mama o útero en estadios muy tempranos. En estos programas es importante intervenir con respecto a los costos psicológicos de la participación de la población, por el estrés que provoca la espera de los resultados y el malestar físico y emocional ante los procedimientos. También el riesgo de los falsos positivos con su secuela de miedos y ansiedades durante años y la desconfianza en los servicios de salud. En este sentido se trabaja en la labor publicitaria de los programas, al buscar vías adecuadas para promover las conductas preventivas.

En México a diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención de la salud mental va a ser específica de hospitales psiquiátricos, en consecuencia los costos de atención van a resultar elevados y la mayoría de los esfuerzos no se destinan a los centros o instituciones del primer nivel de atención como es el caso de este proyecto. Así el desarrollo del componente de salud mental dentro de estas instituciones es muy escaso, lo que imposibilita la detección temprana y continua de los trastornos mentales y del comportamiento.

Sin embargo a pesar de las limitaciones que se encontraron, a nivel infraestructura como fue el caso de no contar con un espacio específico para impartir adecuadamente el servicio lo cual resulto no grato. Empero, a pesar de que esta situación resulto ser una limitante se logró sobrellevarla y adecuarla de tal manera que resultó benéfica hacia con los pacientes y la atención recibida. Tal

fue la demanda que se obtuvo que durante el periodo que se proporcionó el servicio se obtuvo un total de 25 pacientes en psicoterapia, si bien no todos concluyeron de una manera satisfactoria más del 50% de los casos resultaron satisfactorios, recibiendo mejoras significativas en cada uno de ellos.

Si bien en el servicio de psicoterapia los tres padecimientos más recurrentes en la población fueron; episodios depresivos, trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y trastornos de la conducta no especificados. Es de vital importancia dar cuenta de cuales fueron los factores determinantes ante esta situación; se considera como un factor clave las características de la colonia Prensa Nacional, considerada una zona de riesgo ante un alto índice de violencia, drogadicción, robos, etc. Lo que quiere decir que el ambiente ante el cual se encuentra inmersa la población los pone ante una situación de riesgo y vulnerabilidad; considerando a los jóvenes adolescentes como la población de mayor riesgo. Sin embargo existen otros factores como el caso de las madres jóvenes, que acuden con sus hijos por problemas de comportamiento siendo que ellas mismas deberían de acudir a la terapia junto con sus hijos, al no saber manejar límites, reglas, etc. De igual manera la mayoría de las familias que habitan esta colonia son familias disfuncionales, desintegradas; lo cual es considerado como un factor relevante para que se presenten dichas problemáticas. Si bien en su mayoría como se mencionó anteriormente concluyeron de una manera satisfactoria.

Ahora bien, damos cuenta que existe un escaso contacto entre el sector salud y otros sectores en actividades relacionadas con la salud mental; por ejemplo pocas escuelas cuentan con un psicólogo de planta, además de que en pocas se desarrollan actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades. En este proyecto la atención brindada a escuelas primarias y secundarias fue fundamental, damos cuenta que escuelas de los alrededores de dicha colonia si bien es cierto no cuentan con un psicólogo o profesionales en el área tampoco hay quienes promuevan y prevengan la enfermedad. En este caso el rol del psicólogo fue fundamental en la implementación de pláticas, llevándose a

cabo un total de 27 platicas de diferentes temáticas. Específicamente en las escuelas las que tuvieron un mayor impacto en la población fueron temáticas como violencia; considerando bullying, violencia intrafamiliar, en el noviazgo, etc. Y prevención de adicciones. Si bien fueron temáticas específicamente pedidas por parte de las instituciones, esto a partir del medio en el cual la población se desenvuelve, considerando así las características de la colonia. Si bien se obtuvo una respuesta satisfactoria por parte de la población; es decir de los alumnos, los maestros e incluso padres de familia.

Ahora bien en la misma institución se llevaron a cabo pláticas proporcionadas a la misma población que acude a los servicios prestados, siendo la de mayor impacto la de la temática de depresión; esto a partir de detectar que fue la principal problemática por la cual la población específicamente de esa colonia acudía al servicio de psicoterapia, obteniendo respuestas favorables por parte de la población.

Es indispensable fortalecer los vínculos entre la población y el sector salud, ya que se considera importante que la población pueda tener una participación más proactiva en la planificación y desarrollo de diversos programas; detectando cual es la población de mayor riesgo, temáticas específicas ante la problemática presentada por dicha población, y crear talleres para integrar mejor dicha participación; para poder así, conjunto al trabajo llevado a cabo por el psicólogo de la salud, una mejora en la calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

Álvarez-Manilla, J. M. (1989). La contribución de las diversas ciencias a la atención primaria a la salud. *Psicología y Salud*, (2). Pp. 8-21.

American Psychological Association. (1976). Task Force on Health Psychology. Contributions of Psychology to health research. *American Psychologist*.

Arrivillaga, M. (2007). *Psicología de la Salud: abordaje integral de la enfermedad crónica*. México: Manual Moderno.

Asken, M.J. (1979). Medical Psychology: toward definition, clarification and organization. *Professional Psychology*, (10). Pp. 66-73.

Beck, A. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Psicología clínica Guilford y la serie de la psicoterapia. Guilford Press.

Becoña, E. y Oblitas, L. A. (2000a). Psicología de la salud, antecedentes y desarrollo. En L.A. Oblitas y E. Becoña (Coords.): *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés. Pp. 11-52.

Becoña, E., Vázquez, F. L. y Oblitas, L. E. (1995). Estado actual y perspectivas de la psicología de la salud. *Psicología contemporánea* (2). Pp. 100-111.

Bellak, L y Siegel, H. (1986). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Editorial El Manual Moderno, S.A de C.V. México.

Bloom, B. L. (1988). *Health Psychology. A Psychosocial Perspective*. Englewood Cliffs, N.J.. Prentice Hall.

Borja, J. (2000). Psicología, salud, ciencia y tecnología. *Revista Psicología y Salud*, (10). Pp.15-29.

Carrascoza, C. A. y Ayala, H. (2000). La participación del psicólogo en el desarrollo de la salud pública en México. *Psicología y Salud*, (10). Pp. 149-160.

Carrobbles, J. A. (1993). Prólogo. En: Simón, M.A. (Ed.). *Psicología de la Salud. Aplicaciones Clínicas y Estrategias de Intervención*. Madrid: Pirámide.

Colegio Oficial de Psicólogos (COP) (1996). *El perfil del psicólogo clínico y de la salud*. Madrid: COP.

CONAPO. (1998). Consejo Nacional de Población. *Proyecciones de la población de México 1996-2005*. México, D.F.

Contini, M. L. J. (2000). Discutiendo el Concepto de Promoción de la Salud en el Trabajo del psicólogo que opera en la Educación. *Revista Psicología, Ciencia y Profesión*, (2). Pp. 46-59.

Costa, M. y López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona Martínez Roca. Díaz-Polanco, J. Y Maingón, T. (1997). *La reforma del sector salud en América Latina: Las políticas de salud en los 90*. Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Cuernavaca, México.

Dorantes, A. (2004). *El quehacer del psicólogo de la salud (tesis de licenciatura)*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, México.

Durán, L., Becerra, J. A., Torrejón, M. (1991). El proceso salud-enfermedad y su interrelación con el comportamiento humano. *Psicología y Salud*, (3). Pp. 101-113.

Durán, L., Hernández-Rincón, M. y Becerra-Aponte, J. (1995). La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud. *Salud Pública de México*. Vol. 37, (5). Pp. 462-471.

Espino, J., Fraile, J., Mateo, I. y Moriñigo, A. (1983). *Atención primaria y salud mental*. Papeles del psicólogo, (10).

Flores, L. (2007). *Psicología social de la salud: promoción y prevención*. Bogotá: Manual Moderno.

Gobierno del Estado de México, *Plan Estatal de Desarrollo 2005-2011*, México, Gobierno del Estado de México.

Godoy, J. (1999). Psicología de la Salud: delimitación conceptual. En: Simón, M.A. (Ed). Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva. Pp. 39-76.

Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de salud en México. Salud Pública en México, vol. 53 (2).

Grau, J. (1996). Hacia una integración en la Psicología de la Salud. Conferencia inaugural de la II Reunión ALAPSA de la Región Norte-Occidente de México.

Grau, J. (2002). La Psicología de la Salud en América Latina: tendencias y retos para el siglo XXI. Conferencia magistral en el I Congreso Nacional de Psicología de la Salud, Monterrey, México.

Hernández, E. y Grau, J. (2005). Psicología de la salud: aspectos históricos y conceptuales. Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones. Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud. Pp. 33-84.

INEGI. (2000). Proyecciones de la Población de México 2000 - 2050; y la estructura de la población por entidad federativa de la muestra censal del XII Censo de Población y Vivienda. México.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Anuario estadístico de servicios médicos. México, D.F.: IMSS, 1980-1998.

Kendall, P.C., Norton-Ford, J.D. (1982). Clinical Psychology: N.Y.: Wiley.

Lambert, M. J. (1992). Psicoterapia de investigación: Implicaciones para una integrativa de los terapeutas. Manual de Psicoterapia de Integración. Estados Unidos.

León, J. M., Jarana, L. (1992). Una perspectiva psicosocial de los servicios de salud. En: Gil, F.

Ley General de Salud. (2016). OECD Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud. México. 16ª edición actualizada. México, D.F.: Editorial Porrúa, 2000.

Lipowski, Z.J. (1986). Psychosomatic Medicine: Past and Present. Part I. Historical Background. *Canadian Journal of Psychiatry*; (31). Pp. 2-7.

Luzoro J. (1999). *Psicología de la Salud*. Chile: Bravo Allende.

Marks, D. (1995). Putting Health Psychology in context. In: Rodríguez Marín, J. (Ed.). *Proceedings of the 8th. Annual Conference of the European Health Psychology Society: Health Psychology and Quality of Life Research*. University of Alicante, Spain, (1). Pp. 39-51.

Marks, D. (2008). *Psicología de la salud, teoría, investigación y práctica*. México: Manual Moderno.

Martín, A. y Jodar, G. (2008). *Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria*. Barcelona: Elsevier.

Martín, M., Grau, J, Grau R. (2003). El inventario de depresión rasgo-estado (IDERE): desarrollo de una versión cubana. *Terapia Psicológica*; (2).

Martínez, R. (2004). *El papel del psicólogo en el área de la salud (tesis de licenciatura)*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, México.

Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new psychology. *American Psychologist*; (35).

Morales, Ascaño (1987) El marco conceptual de la Psicología de la Salud y su relación con la atención primaria. En: *La Psicología de la Salud en la Atención Primaria*. Apuntes para un Taller Pre-Congreso. XXI Congreso Interamericano de Psicología, Palacio de Convenciones, La Habana. Pp. 24-34.



Morales, F. (1991). La promoción de salud como problema de la psicología en la atención primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol. 7, (4). Pp. 362-370.

Morales, F. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. Hermosillo (México): UNISON.

Noar, S. M. y Zimmerman, R. S. (2005). Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Education Research*, (20). Pp. 275-290.

Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud: teoría y práctica*. México: Plaza y Valdés.

Oblitas, L. A. y Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.

OMS. (1978). *Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud de Alma-Ata en 1978*. Alma Ata, URSS: OMS-UNICEF.

Organización Panamericana de la Salud. (1999). *Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos de salud 1999*. Ginebra: OPS/OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington, D.C.: OPS.

Ortiz, G. R. (1988). El psicólogo en la atención primaria en salud. *Psicología y Salud*. Vol. 1, (1).

Ospina, H. (1993). *Psicología de la Salud*. En: Ardila, R. *Psicología en Colombia*. Santa Fe de Bogotá.

Ottawa. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Canadá.

Piña, J. A. (1990). Estudio exploratorio sobre el ejercicio profesional del psicólogo en el sector salud en Hermosillo, Sonora. *Revista Sonorense de Psicología*, (4). Pp. 144-154.

Piña, J. A. (1991). La Psicología en el proceso salud-enfermedad: la necesidad de una redefinición conceptual y práctica. *Psicología y Salud*. Pp. 85-93.

Piña, J. A. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e investigación en psicología*. Vol. 15, (2). Pp. 233-255.

Programa Estatal de Salud del Estado de México 2005 - 2011 Ejercicio de una mística que transforma. Consultado en: <http://salud.edomexico.gob.mx>

Ribes, E. (1989). La psicología: algunas reflexiones sobre su que, su por qué, su cómo y su para qué. En J. Urbina (Comp.). *El Psicólogo. Formación, ejercicio profesional y prospectiva*. México: UNAM.

Ribes, E. (1990a). *Psicología general*. México: Trillas.

Ribes, E. (1990b). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.

Rodin, J., Stone G.C. (1987). Historical highlights in the emergence of the field. In: Stone, G.C., Weiss, S.M., Matarazzo, J.D., Miller, N.E., Rodín, J., Belar, C.D., Follick, M.J., and Singer, J.E. (Eds.). *Health Psychology. A discipline and a profession*. Chicago: The University of Chicago Press.

Rogers, C. (1951). *La terapia centrada en el cliente: su práctica actual, implicaciones y teoría*. Londres: Constable.

Romero, C. (2002). *Psicología de la salud en la promoción de la salud como un estado de bienestar bio-psico-social (tesis de licenciatura)*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, México.

Sarafino, E. (1990). *Health Psychology: biopsychosocial interactions*. N.Y.: Wiley.

- Simón, M. (1999) Manual de Psicología de la Salud. Madrid, Biblioteca Nueva.
- Simón, M.A. (1993). Presentación. En: Simón, M.A. (Ed.). Psicología de la Salud, Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. Madrid: Pirámide. Pp. 3-5.
- Soberón, G. (1988). La atención primaria a la salud: el caso de México. Ponencia presentada en la Reunión de XL aniversario de la Organización Mundial de la Salud y X de Alma Ata. Acapulco, México.
- Stone, G. (1988). Psicología de la salud: una definición amplia. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 20 (001). Pp. 15-26.
- Stone, G. C. (1990). An international review of the emergence and development of Health Psychology. Psychology and Health, (4). Pp. 3-17.
- Torres, I. y Beltrán, F.J. (1986). Psicología de la salud: campos y aplicaciones. Xalapa, México: Universidad Veracruzana.
- Urbina, J. (2004). La psicología como elemento fundamental para la promoción de la salud. En G. Rodríguez (Coord.): Medicina conductual en México, tomo I. México: Miguel Ángel Porrúa. Pp. 57-70.
- Urbina, J. y Rodríguez, G. (1993). El psicólogo en el sector salud en México. En J. Palacios y E. Lucio (eds.), Memorias del I Congreso Internacional de Psicología de la Salud. México: UNAM. Pp. 246-259.
- Videla, M. (1991). Prevención: Intervención psicológica en salud comunitaria. Buenos Aires.
- Werner, R., Pelicioni, M.C., Chiattoni, H.B.C. (2002). La Psicología de la Salud en Latinoamérica: hacia la promoción de salud. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. Vol. 2, (1). Pp. 153-172.

## INDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Capítulo 1. Psicología de la Salud.....	8
Capítulo 2. Sistema de salud en México.....	24
Capítulo 3. Nivel de atención primaria.....	55
Capítulo 4. Funciones del psicólogo de la salud.....	73
Capítulo 5. Experiencia de intervención.....	89
Conclusiones.....	157
Bibliografía.....	163