



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**PSICOLOGÍA DE LA SALUD: SU LUGAR DENTRO DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD EN EL
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A
DAVID ALEJANDRO GÓMEZ CHIÑAS

DIRECTORA DE TESIS

Mtra. Blanca Leonor Aranda Boyzo



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi Universidad Nacional Autónoma de México y a la FES Iztacala; cuya calidad educativa, instalaciones, docentes y comunidad estudiantil, contribuyeron a mi excelente preparación académica y profesional y a descubrir la vocación por mi carrera.

A la Mtra. Blanca Aranda, por darme la experiencia profesional más valiosa de toda mi carrera; me permitió conocer de primera mano el servicio a mi comunidad. Por su paciencia, constancia y apoyo para la elaboración y culminación de esta tesis y la obtención de mi título profesional; siempre tendrá un lugar especial para mí y mi familia.

Al Mtro. Francisco Ochoa y el Lic. Emiliano Lezama, por su tiempo y atención. A la Dra. Laura Palomino y a la Mtra. Hilda Rivera, por su amable disposición.

A Leo, por tu existir, por ser mi más grande logro. Hijo, esto es para ti; siempre buscaré superarme para ser el mejor ejemplo que pueda. Estoy orgulloso de ti. Te amo.

A mi mamá y papá, que con los frutos de su trabajo y el amor que me han dado cada día de mi vida, me dieron la oportunidad de llegar hasta este punto; agradezco que puedan ser parte de este gran logro que también es suyo; gracias, los amo.

A mi familia, hermanas, abuelos, tíos, por sus consejos, amor y presencia constante en mi vida.

A Tania, por acompañarme durante estos años; por las cosas que aprendí de ti como persona y colega; por el apoyo en los momentos difíciles y el empuje que diste cuando lo necesité; sin ti, mi camino profesional y personal habrían sido muy distintos, gracias.

A los profesores que me marcaron como profesional, por sus enseñanzas, por impulsar en mí el pensamiento crítico, por mostrarme la importancia de la variedad en el aprendizaje, por compartir su valioso conocimiento, por contribuir a ser quien soy.

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

ÍNDICE

Introducción	1
1. Psicología de la Salud	3
1.1 Antecedentes	4
1.2 Surgimiento	5
1.3 Situación actual	7
1.3.1 Precisiones sobre el concepto de Salud Mental	9
1.3.2 Estadísticas sobre la Psicología de la Salud en el Mundo y América	10
1.4 Psicología de la Salud en México: Inicios y actualidad	13
1.4.1 Objetivos y metas	14
2. Funciones del Psicólogo de la Salud	26
2.1 Promoción de la salud	26
2.2 Prevención de la enfermedad	32
2.3 Organización de la atención a la salud	35
2.3.1 Primer nivel	36
2.3.2 Segundo nivel	37
2.3.3 Tercer nivel	38
2.3.4 Atención Primaria a la Salud	39
3. Problemas de salud e intervención en Psicología de la Salud	41
3.1 Componentes de las conductas saludables	42
3.2 Salud y comportamiento	44
3.3 Estilos de vida	48

3.3.1	Estrés	55
3.3.2	Ansiedad	56
3.4	Calidad de vida	59
3.5	Psicoterapia breve	61
3.5.1	Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU)	64
4.	Instituto de Salud del Estado de México (ISEM)	66
4.1	Centro de Salud Urbano “San Lucas Patoni”	67
4.1.1	Organigrama	71
4.1.2	Funciones del personal en el CSU San Lucas Patoni	73
5.	Reporte de Intervención	75
5.1	Actividades de Promoción y Prevención	75
5.2	Psicoterapia	77
5.2.1	Casos clínicos	82
	Conclusiones	127
	Bibliografía	136
	Anexos	

INTRODUCCIÓN

Actualmente los sistemas de salud alrededor del mundo están implementando cambios en su estructura para ampliar los alcances en la prestación de servicios sanitarios; la nueva meta es brindar una atención que sea capaz de abarcar un abanico en diversas áreas de la salud; entendiendo que los problemas de salud físicos no se originan, desarrollan y solucionan únicamente desde el cuerpo; sino que también se requiere abordar las interacciones sociales y la constitución de la persona a niveles psicológicos.

A partir del reconocimiento biopsicosocial del proceso salud-enfermedad por parte de la OMS, los psicólogos están comenzando a formar parte del equipo que se hace cargo de prestar la Atención Primaria de Salud (APS), respondiendo a las nuevas demandas sociales e institucionales.

A pesar de este cambio en el modelo de salud; la importancia tanto en la opinión pública como en los recursos gubernamentales destinados a los aspectos biológicos y al sistema sanitario superan por mucho a los dirigidos al estilo de vida (conducta) y el medio ambiente (contaminación, aspectos psicológicos y socioculturales), aun cuando estos últimos tienen mayor influencia en el cuidado de la salud que los anteriores; sobre todo en países en vías de desarrollo como México, donde la disponibilidad de fondos es escasa y su distribución desigual (Oblitas, 2003).

Prueba de la necesidad de modificar la jerarquía que ocupa la conducta y los aspectos psicosociales en la salud es que, de acuerdo con el Center for Disease Control of Atlanta, la mortalidad tiene relación directa con el estilo de vida en casi 50% de los casos, y los principales problemas son el consumo de alcohol y de tabaco, la obesidad, la falta de actividad física y la falta de sueño, sumado al aumento de enfermedades crónicas y degenerativas como las cardiovasculares, respiratorias, la diabetes, el cáncer o el SIDA. La disciplina a partir de la cual se está actuando es la Psicología de la Salud, la cual tiene poco de haberse reconocido formalmente pero sus antecedentes y conformación tienen una historia extensa que comienza por cambios en la morbilidad de enfermedades crónicas y degenerativas, y la mirada al comportamiento humano y su influencia en la salud, entre otros.

Este es el ambiente propicio para señalar la importancia de la Psicología de la Salud y la formación adecuada de profesionales en ésta área. De acuerdo con Sánchez (2016), tiene como base la prevención, esta disciplina se enfoca en mejorar la calidad de vida mediante acciones que disminuyan la probabilidad de enfermar, o bien, de que una enfermedad avance.

El psicólogo de la salud, debe estar capacitado, entre otras cosas, para actuar en el ciclo salud-enfermedad teniendo en cuenta: la influencia de las emociones y actitudes; las conductas ligadas a una buena salud o a la aparición de enfermedades; conocer estrategias de afrontamiento al estrés en la vida diaria; cómo vivir con una enfermedad o con un enfermo crónico; cómo afrontar el envejecimiento o el adaptarse a las exigencias de cada etapa del desarrollo humano.

Los psicólogos desempeñan su papel de manera directa en la prestación de los servicios, pero extienden su atención a aspectos no hospitalarios y también ayudan a la mejora de las políticas y programas sanitarios o sociales, teniendo como principal tarea la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

En las siguientes páginas, se presenta una investigación teórica y, con el objetivo de facilitar una apreciación práctica de las necesidades sociales y la importancia de la Psicología dentro del primer nivel de atención a la salud en nuestro país, se incluye también una descripción del Instituto de Salud del Estado de México y un reporte de intervención realizado en esa institución; el cual presenta las actividades de promoción y prevención que se llevaron a cabo y un informe del servicio de psicoterapia brindado a la comunidad. Aunque la implementación de los programas de APS y la inclusión de la Psicología de la Salud en los diferentes niveles de atención es relativamente nueva; ya es posible comenzar a percibir algunos cambios en la práctica profesional del psicólogo.

1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Actualmente, dentro de las ciencias de la salud se ha logrado un consenso sobre cómo concebir al ser humano: un sistema compuesto por su individualidad y la manera en la que participa dentro de una compleja estructura social.

Como consecuencia de esta perspectiva, surgió la necesidad de incluir un área en la salud que pudiera traspasar los límites biomédicos y trascender los ámbitos sociales y psicológicos que tienen importancia en el proceso salud-enfermedad.

La Psicología de la salud surgió como respuesta a esa necesidad; y se encarga de atender, tratar y prevenir las enfermedades, así como conservar o recuperar la salud desde un campo holístico; se define como:

...la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar (Oblitas, 2006 en Oblitas, 2008, p. 10).

También hace su campo de investigación y aplicación a las instituciones de salud (Rodríguez-Marín, 1998) e identifica "...las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria" (Matarazzo, 1980 en Rodríguez-Marín, 2002, p. 185-186).

Sin embargo, para comprender cómo fue que surgió esta nueva visión y se estableció la disciplina psicológica de la salud, se requiere hacer un recorrido histórico y conceptual de su conformación a nivel mundial y nacional.

1.1 Antecedentes

El ámbito de la salud estaba dominado por el modelo biomédico, el cual está sujeto al estudio del cuerpo humano dividido en sus distintos sistemas fisiológicos, en el que una condición patológica se encuentra situada en algún órgano o sistema corporal y se le trata separadamente de los demás; asimismo, una persona se consideraba sana si sus unidades biológicas se encontraban carentes de cualquier enfermedad.

Aunque el estudio y tratamiento corporal de la medicina siguen necesariamente vigentes; Guerrero y León (2008) señalan que desde 1941, Sigerist propuso que la salud no es únicamente lo opuesto a enfermedad, es también una actitud positiva que las personas tienen ante las circunstancias variadas de la vida, como dicen. Alcántara (2008) afirma que esta definición sirvió como base para que la Organización Mundial de la Salud (OMS) acuñara una nueva definición en 1948, la cual reconoce que la salud es un estado que se compone de un conjunto de factores, tanto internos como externos que interactúan entre sí y que pueden mantener en los individuos una calidad de vida y bienestar óptimos e integrales: el ambiente, su biología, la sociedad y su estado psicológico.

En 2012, Figueroa señala que no es lo más adecuado que la OMS se refiera a la salud como un <estado>, pues sugiere que es estática, constante y que se sitúa en un extremo opuesto de la enfermedad, lo cual es incorrecto si ya se tienen en cuenta las múltiples variables que intervienen en la conformación de una persona. Es por eso que se ha optado por decir que se trata de un proceso; entendiéndose como un movimiento, un dinamismo constante en el que alguien se encuentra al intentar adaptarse a los cambios constantes de su vida en cuanto a aspectos sociales, biológicos, ambientales o psicológicos.

Esto coincide cuando Libreros (2012) dice que al referirse al proceso salud-enfermedad, se borra la noción de que existe una frontera exacta que separe una de otra, al tiempo de que se le da un carácter multidimensional; mismo que requiere métodos de estudio y aplicación que puedan manejar la relación entre todos sus componentes; la respuesta a esta necesidad es el enfoque transdisciplinario, que

consiste en la realización de un diálogo entre diferentes áreas de la salud para la generación y aplicación de nuevos conocimientos; considerando al individuo como un sistema en el que cada componente puede tener funciones individuales, pero cada uno es afectado por los demás.

Entonces, para que estos conocimientos tengan impacto y puedan ponerse en práctica, este enfoque reconoce que no debe estar limitado al área de la salud, sino que debe actuar en otras áreas para lograr cambios en la estructura social, en el campo transcultural, transpolítico y transnacional, adaptándose a las características y necesidades de cada país.

Para Alcántara (2008), estas diferencias culturales son materia de estudio para la aplicación de nuevas técnicas, el uso de nuevas herramientas y la elaboración de reformas en el sistema sanitario, de ahí la importancia que tienen instituciones como la OMS que, al ser el organismo internacional más influyente en salud, facilita la adaptación y homogeneización de conceptos y procedimientos, además de dar pie a cambios políticos a nivel mundial.

Su concepto de salud, promueve el establecimiento de nuevos servicios sanitarios, en los cuales, los profesionales deben basarse en el modelo biopsicosocial para abordar el proceso salud-enfermedad, además de reconocer que su trabajo no está confinado a instituciones de salud y que parte de su responsabilidad es brindar propuestas políticas que permitan la aplicación, desarrollo y mejora de este modelo.

1.2 Surgimiento

Desde la Segunda Guerra Mundial, el campo de la psicología clínica comenzó a tener importancia, y Oblitas y Becoña (2000) marcan este punto histórico como parteaguas para la investigación de la relación entre problemas mentales y físicos; que contribuyó a romper la dicotomía cartesiana mente-cuerpo que se mantenía en la medicina, dando lugar a la posterior aparición de la Medicina comportamental y la Psicología de la salud.

Según Bishop (1994, en Oblitas y Becoña, 2000), los tres factores principales dentro del ámbito de la salud, que impulsaron a la búsqueda de nuevas bases teórico-

metodológicas fueron: el alza de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas que carecen de un origen específico (elementos, sociales, psicológicos y ambientales), en contraste a las infecciosas que se deben a determinados patógenos. La segunda razón fueron los altos costos que requerían los cuidados sanitarios; por último, la importancia que se le comenzó a dar a la calidad de vida. A eso podemos agregar, el cambio en el concepto de salud; el establecimiento de un nuevo modelo en medicina y el avance en las tecnologías conductuales.

La medicina tradicional, reduce las enfermedades a fenómenos corporales cada vez más simples, hasta llegar procesos bioquímicos básicos y usualmente le atribuye a la enfermedad una causa directamente relacionada a una condición biológica o agente patógeno específico; de ahí la importancia de las afecciones crónicas para el desarrollo de la Psicología de la Salud, pues estas carecen de causas concretas y no podían ser totalmente explicadas.

Oblitas (2008) retoma el planteamiento que Engel hizo en 1977; la importancia de que el sistema de salud tenga en consideración el contexto social del paciente, individual y los sistemas que se encuentran alrededor de la enfermedad y sus consecuencias; de esta idea nace el modelo biopsicosocial, que le da lugar a la inclusión de las técnicas de modificación de conducta desarrolladas por los psicólogos.

Del trabajo conjunto de médicos con psicólogos, de acuerdo a Oblitas y Becoña (2000), nace la Medicina comportamental, en el año de 1973, y posteriormente a la Psicología de la Salud.

De hecho, la Medicina comportamental es uno de los antecedentes más importantes, ya que Sánchez (2016) aclara que se concibió como una disciplina integradora de aspectos biomédicos y psicosociales en equipos interdisciplinarios y trabajando bajo el entendido de que la conducta influye directamente en la aparición de enfermedades y en su tratamiento. También concibe a la salud y la enfermedad como un proceso y busca la prevención y rehabilitación además del tratamiento directo.

Su principal aporte fue “...el reconocimiento de factores psicosociales para explicar la génesis, el desarrollo y la manifestación de síntomas de las enfermedades... además contribuyó en el manejo de síntomas meramente físicos recurriendo a técnicas conductuales” (Sánchez, 2016, p. 4).

Oblitas y Becoña (2000) señalan que elaboró conceptos como patógenos e inmunógenos conductuales, los cuales, respectivamente, aumentan y reducen las probabilidades de contraer alguna enfermedad, y cuya interacción con los riesgos del entorno, constituye una de las primeras aproximaciones a los estilos de vida y a la posibilidad de actuar preventivamente, para que la gente pueda mantenerse saludable mediante sus hábitos; considerándolos dentro de un sistema complejo que incluye las condiciones e interacciones sociales y ambientales, y la relación que guardan con las instituciones de salud y sus normas; por propia definición, ya estaba centrada en las enfermedades crónicas y la epidemiología conductual.

Por su parte, la Psicología de la Salud es formalizada e institucionalizada en el año de 1978, con la formación de la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), la cual, dedica sus esfuerzos a diagnosticar, prevenir, tratar y modificar los comportamientos relacionados a la salud y la enfermedad, dentro de los marcos en los que tienen lugar; y contribuyendo a la elaboración y mejora de políticas del sistema sanitario.

1.3 Situación actual

En ese mismo año, la OMS llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria en la Salud en Alma Ata, en la cual se demarcaron las estrategias coordinadas que sería necesario efectuar para desarrollar el campo de la salud a nivel global; planteando importancia de centrar esfuerzos en la promoción y mantenimiento de la salud, en lugar del tratamiento y rehabilitación de enfermedades. Para lograr la mejora de los sistemas sanitarios, era necesario comprender un aspecto fundamental de la morbilidad actual: el papel que la conducta tiene en el proceso salud-enfermedad; la cual es responsable de la epidemiología de enfermedades crónicas, adicciones, desórdenes alimenticios, entre otros.

Oblitas y Becoña (2000) informan que las diez principales causas de muerte en los países desarrollados pueden atribuirse a la conducta poco saludable de sus poblaciones, como alimentación, actividad física, consumo de sustancias nocivas, etcétera; y que entre 60 y 70% de la atención a nivel primario, tiene motivos conductuales; esto llevó a la aceptación total del modelo biopsicosocial; y junto con el establecimiento de la idea sobre concebir al ser humano y su sociedad como un sistema, surge la necesidad de incluir un área psicológica en lo concerniente al proceso salud-enfermedad.

Para cumplir con este objetivo, es necesario centrarse en aquello que esté contribuyendo a originar algún malestar, y desde el punto de vista psicológico, eso es, la conducta del individuo en interacción con el entorno; mientras más adaptativo sea el comportamiento, será más saludable; este conocimiento derivó en la inclusión de la Psicología de la Salud dentro de los sistemas sanitarios.

Santacreu (1997) dice que el papel actual de la Psicología de la Salud es estudiar la interacción de la conducta del individuo con su entorno en función de las consecuencias que trae a su salud, principalmente aquellas que incrementen las probabilidades de enfermar, y en el caso de aquellos que ya han enfermado, identificar y modificar los comportamientos que sustentan sus afecciones; en contraste, también se encarga de identificar las conductas que podrían mejorar la salud de alguien enfermo, así como aquellas que disminuyen las probabilidades de enfermar.

En conjunto con lo anterior, Rodríguez-Marín (1998) realiza un análisis de cómo el paciente se ve afectado psicológicamente por una enfermedad, por ejemplo, la percepción que tiene de sí mismo en función de su padecimiento, la manera en que le afectan los cambios que esto ha traído en sus relaciones interpersonales y a nivel familiar, laboral, afectivo, filial, etcétera; cómo estos cambios pueden repercutir en su salud física; las adaptaciones al estilo de vida que son necesarias al iniciar o modificarlos.

Estos aspectos propios del paciente deben estar conjugados con los alcances o las limitaciones propias del sistema de salud; para finalmente lograr su mejora y recuperación integral y realizar, a partir de estas intervenciones, un enriquecimiento al

funcionamiento y aplicación de los servicios sanitarios, para optimizar la atención y prevención en el futuro.

Estas funciones y objetivos del psicólogo en el área de la salud, están sujetas a variaciones de acuerdo a las regiones en el mundo y las diferentes legislaciones que cada país posee; es por eso que, a continuación, se presentan algunos datos estadísticos generales sobre las acciones políticas que rodean esta disciplina, no sin antes, hacer algunas aclaraciones sobre el término <salud mental> al que se hace referencia.

1.3.1 Precisiones sobre el concepto de Salud Mental

Tanto la OMS como las instituciones de salud de México, denominan <Salud Mental> al área de trabajo de los psicólogos dentro de los servicios sanitarios, por lo cual es necesario explicar el término y la relación que tiene con la Psicología de la Salud.

Como se ha mencionado en los apartados anteriores, el modelo biomédico dominaba el campo de la salud, y había una división teórica y metodológica entre mente y cuerpo; los asuntos de salud y enfermedad mental tenían su foco en el cerebro y estaban situados por separado en el estudio y tratamiento del resto del cuerpo.

Aunque hoy en día se continúa aceptando la influencia de los aspectos biológicos y fisiológicos en el funcionamiento psicológico de la persona y se mantienen vigentes la utilización de fármacos y ciertos procedimientos quirúrgicos; Mebarak, De Castro, Salamanca y Quintero (2009) afirman que con el establecimiento del concepto biopsicosocial de salud, vino también una nueva conceptualización de lo que salud mental significa.

Recapitulando, la OMS define a la Salud como "...un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia." (Organización Mundial de la Salud, 2004, p. 12), asimismo, la salud mental es "...un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y

fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” (Organización Mundial de la Salud, 2004, p. 12).

Ambos conceptos resultan complementarios entre sí, haciéndose posible concluir que la salud mental está atravesada por factores sociales, económicos, ambientales, biológicos, políticos y conductuales.

Además, entre las funciones de los profesionales de la salud mental, se incluyen actividades de promoción del bienestar, así como la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales; lo que de inmediato remite al concepto y funciones de la Psicología de la Salud.

La aclaración que se hace en este apartado tiene como función establecer que, en los datos de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Secretaría de Salud, presentados más adelante sobre Salud Mental, hacen referencia implícita a la Psicología de la Salud, a pesar de no ser mencionada de manera literal por dichas instituciones.

1.3.2 Estadísticas sobre la Psicología de la Salud en el mundo y América

La Organización Mundial de la Salud (2014) realizó un estudio sobre los recursos de salud mental, el “Mental Health Atlas 2014”; en el cual, se reportan los resultados obtenidos a una serie de cuestionarios que respondieron 171 de los 194 países que conforman la OMS, y permitió conocer las situaciones en las que se encuentra la salud mental.

Por ejemplo, 131 países declaran poseer una política independiente o un plan de acción en cuanto a salud mental refiere; 24 de ellos en América. De un total de 168 países que respondieron acerca de la implementación de políticas, únicamente el 15% reporta que están aplicando en su totalidad las legislaciones en este rubro, 14% tienen un plan o política pero aún no la implementan y 10% no tienen ninguna política en absoluto, el porcentaje restante es para los países que han puesto en marcha sus planes, pero sólo parcialmente.

En América, el 7% de sus países afirman la puesta en marcha de sus políticas de manera completa, el 77% parcialmente, el 10% las tiene, pero aún no las ejecuta y el 7% carece de ellas.

Se evaluaron las políticas/planes en función de cinco categorías:

1. Que promuevan la transición hacia un servicio de salud mental basado en la comunidad.
2. Que pongan atención a los derechos humanos de las personas con desórdenes mentales.
3. Que promuevan la prestación de un rango completo de servicios y apoyos, para permitir a la población tener independencia e inclusión en la comunidad.
4. Que promuevan una recuperación con un enfoque basado en el cuidado de la salud mental.
5. Que promuevan la participación de personas con desórdenes mentales en la toma de decisiones.

Los resultados muestran, que a nivel mundial (156 países), las políticas cumplen, respectivamente, con un 92, 85, 76, 76 y 68% con los puntos establecidos por la OMS. En América, de 28 países que respondieron a esta parte del cuestionario, 63% dicen cumplir con las 5 categorías.

En complemento con las políticas, se registraron las legislaciones existentes; 99 países reportaron poseer leyes específicas para la salud mental y 47 tienen alguna ley añadida a la legislación general de salud o discapacidad. Únicamente 14 países de América entraron en esta categoría, la mitad tiene leyes independientes de salud mental, de los cuales sólo 2 han actualizado sus leyes desde el 2010.

También resultó de suma importancia, conocer los recursos destinados a la salud mental, encontrándose las siguientes medias a nivel mundial/en América por cada 100 mil habitantes: 9/16.2 profesionales en esta área, incluyendo 0.7/1.4 psicólogos, 0.9/1.1 psiquiatras, 0.3/0.8 médicos en otras áreas, 5.1/5.3 enfermeras, 0.4/0.6 trabajadores sociales, 0.2/0.3 terapeutas ocupacionales, y 3.7/5.9 profesionales de salud mental de otras clases.

Otro punto del que es indispensable hablar, es la importancia de los programas de promoción y prevención, y aunque la OMS ha propuesto la meta de que para el año 2020, 80% de los países que la conforman cuenten con al menos dos programas funcionales, multisectoriales y a nivel nacional; hasta 2014, sólo el 41% de los 194 países los tenían; y en el caso de América, el 31%, sumando un total de 58 programas diferentes en el continente.

Ahora bien, de 411 programas considerados, los grupos de edad que manejan, a nivel mundial, encontramos que la mayoría están dirigidos a grupos de todas las edades, con un 50%; seguido de aquellos para la edad adulta con 12%, un 10% son para la niñez, 9% para la adolescencia y 2% para la tercera edad; 17% de los programas no estaban categorizados.

En el caso de los principales objetivos de dichos programas, el 55% están destinados a la concientización y antiestigmatización de la salud mental, 8% a la promoción de la salud mental en escuelas, 9% en el trabajo, 8% a prevenir el suicidio, 5% a la prevención de la violencia y abuso de mujeres y niños, 4% promocionan la salud mental en padres y familias, 2% a la promoción de salud mental en madres y 6% dedicados a otras áreas.

Como se puede apreciar, la salud mental aún tiene un largo camino por recorrer, ya que existen grandes diferencias geográficas en estos servicios; en países con ingresos altos la tasa de trabajadores de salud mental es de 1 por cada 2 mil habitantes y se invierte en este rubro US\$ 50 por habitante, en tanto que países con ingresos medios y bajos la tasa es de 1 por cada 100 mil y el gasto es de apenas US\$ 2 por persona.

El aumento de recursos económicos y humanos en la atención primaria es vital para identificar, prevenir y tratar los trastornos mentales graves y cotidianos. Las mejoras en cuanto a políticas se han dejado ver en cuanto a frecuencia, ya que 2/3 de los países cuentan con políticas, planes o programas, no obstante, la aplicación es deficiente, no se ajustan a los estándares de derechos humanos o carecen de una participación activa por parte de la comunidad.

Es por eso que con base en los resultados obtenidos en el Mental Health Atlas 2014, la ONU puso en marcha el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 con cuatro objetivos principales: fortalecer el liderazgo y gobernanza de la salud mental; servicios integrales y asistencia social a la comunidad; aplicar estrategias de promoción y prevención; aumentar la información e investigación.

1.4 Psicología de la Salud en México: Inicios y actualidad

De acuerdo con Hernández y Grau (2005), antes de aparecer en México, incluso antes de ser formalizada por la APA en 1978, la Psicología de la Salud era un área en la que psicólogos trabajaban en Cuba, y en 1974 se fundó en La Sociedad Cubana de Psicología de la Salud, y hoy en día, es reconocida internacionalmente.

En Latinoamérica, el país que sigue a Cuba en cuanto al trabajo de psicólogos en el área de la salud, principalmente en el ámbito hospitalario, es Brasil. En el caso de México, se pueden encontrar los primeros trabajos en este tema entre 1982 y 1983; tres años más tarde, se publicó el primer libro sobre esta materia en español, al tiempo que la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ponía a disposición una Maestría bajo un modelo de residencias médicas.

Más adelante, en trabajo conjunto con el Hospital General de México, se celebró el Congreso Internacional “Psicología y Salud”; también se presentó la opción de una Residencia en Atención Integral a la Salud, la cual incluyó en su equipo de trabajo a psicólogos; un año después, la Universidad Veracruzana dio origen a la revista “Psicología y Salud”.

La UNAM, fue sede de la Conferencia Latinoamericana sobre Psicología y Salud de 1996, año en el que también se abrió la Maestría y Doctorado en Psicología de la Salud en la Universidad de Guadalajara, lo cual abrió la oportunidad de generar investigadores en la materia, aun cuando no fuesen psicólogos; esta situación sentó las bases necesarias para que en 1998 tuviera lugar el I Congreso Mexicano en Psicología de la Salud en Guadalajara, el cual, al año siguiente patrocinó el II Congreso con sede en Veracruz.

Cosas similares ocurrían a lo largo de América Latina, destacando países como la ya mencionada Cuba, Colombia, Brasil, Venezuela o Chile, entre otros. Este último fundó en 1993 la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA), la cual en 2001 celebró en Veracruz su primer Congreso Latinoamericano.

Otro evento a considerar es la Declaración en Montevideo realizada en 2005, que Borches (2014) retoma; en la cual los países latinoamericanos, miembros de la OPS, acordaron dar seguimiento a lo expuesto en Alma Ata, y pusieron en marcha la renovación de la Atención Primaria en las Américas; en donde se haría un cambio en los sistemas de salud, basándolos en la APS, lo que los haría centrarse en la atención de primer nivel, en la promoción, prevención y en proporcionar la salud a todos, así como el trabajo interdisciplinario de sus profesionales; definiendo la interdisciplina como el establecimiento de vínculos en la generación y aplicación de conocimientos y habilidades, de manera que cada profesional integre y genere prácticas e información fuera de su área.

Este crecimiento relativamente acelerado que ha tenido la Psicología de la Salud en Latinoamérica se puede atribuir, según Hernández y Grau (2005), a la inclusión cada vez mayor, de psicólogos en la elaboración de políticas sobre salud; el acercamiento entre la preparación profesional y su ejercicio para dar solución a necesidades sociales sanitarias; la madurez teórica y conceptual de la disciplina; su extensión en la formación a nivel universitario y estudios de posgrado; y el crecimiento en proyectos, investigación y estudios psicosociales con un enfoque transdisciplinario, transcultural y multisectorial.

1.4.1 Objetivos y metas

En el año 2011 la Organización Mundial de la Salud publicó el “IESM-OMS Informe sobre el sistema de salud mental en México”, el cual recopila los datos recabados a partir del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) en 2008; este instrumento fue aplicado en las 32 entidades federativas de la República Mexicana.

El informe incluye la información dividida en seis secciones principales: política y marco legislativo; servicios de salud mental; salud mental en la Atención Primaria a la Salud; recursos humanos; educación sanitaria y vínculos con otros sectores; monitoreo e investigación. A continuación, se presenta una breve síntesis de cada apartado y sus contenidos más importantes, con el objetivo de conocer la situación actual de la salud mental en México, además de las expectativas y los cambios que se esperan lograr.

1. Política y marco legislativo

De acuerdo a la OMS, los principales objetivos de las políticas en el ámbito de la salud mental, son incluir la salud mental a los servicios de salud generales, aumentar el personal que trabaja en esta área, así como la calidad y el presupuesto del que disponen, incrementar la promoción de la salud y la participación de la comunidad en la conformación de los servicios y garantizar el respeto a los derechos humanos.

Estas metas son descritas en el “Plan de Acción Específico – Salud Mental 2013-2018” de la Secretaría de Salud (2014), y se presentan organizadas en seis principales ejes:

- a) Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención de los trastornos mentales

En primera instancia, este objetivo se centra en posicionar la salud mental dentro de la atención primaria, para reducir las barreras sociales que se interponen entre la población y la salud mental. Lo primero sería enfocarse a la conducta de la población, fomentar comportamientos saludables que en primera instancia prevengan la enfermedad, actuando con familias que sean víctimas de alguna clase de violencia social, en la enseñanza de factores de riesgo y protección, fomentar la actividad física y las actividades culturales; lo siguiente es dirigirse a poblaciones susceptibles y educarles en la atención oportuna, informando sobre cómo detectar trastornos mentales y darles a conocer los servicios que están disponibles para su tratamiento; hacer esfuerzos de detección y tratamiento para personas de la tercera edad, adolescentes y niños,

además de combatir el maltrato y el suicidio, ambas problemáticas persistentes en estos sectores.

Otra manera de ampliar la efectividad de los programas de promoción y prevención, es entendiendo que debe realizarse un trabajo conjunto de la Secretaría de Salud de cada estado con otras instancias gubernamentales como el Sistema Nacional de Salud, el Desarrollo Integral para la Familia (DIF) y la Secretaría de Educación Pública (SEP).

b) Fortalecer la cobertura de los servicios de salud mental

Incluyéndolos dentro de los servicios de salud básicos o generales; para lograrlo, la Organización Mundial de la Salud (2011) propone conocer la situación de los servicios de salud mental en cada entidad del país y después hacer una homologación de funcionamiento y servicios de las unidades de salud, basándose en el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.

Sandoval y Richard (2005) señalan que el nuevo modelo está enfocado a nuevas estructuras de prevención, hospitalización y reintegración social poniendo especial atención al respeto de los derechos humanos y la calidad del servicio. Asimismo busca combatir la marginación y discriminación de aquellos que requieren atención psiquiátrica, y que estos estigmas sociales sean desligados de la institucionalización de estos pacientes; enfocarse en el desarrollo personal de los pacientes, brindarles seguimiento y fomentar su reintegración funcional y mantenimiento dentro de la sociedad, con capacidad de autonomía y calidad de vida, incluyendo apoyo en el ámbito laboral; para lograrlo, contempla brindar ayuda directa como programas de empleo, además de educar y asesorar a las familias, realizar actividades de promoción de salud mental en la comunidad y apoyarse haciendo convenios con organizaciones no gubernamentales, públicas o privadas.

En adición, la Secretaría de Salud (2014) informa que también se busca redistribuir los recursos y los servicios de salud mental, en primera instancia, conociendo el personal con el que dispone cada entidad federativa, promover

la atención psiquiátrica de urgencia y la hospitalización breve; también es necesaria la capacitación del personal en atención primaria, específicamente, en la “Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada” elaborada por la OMS-OPS, y la preparación de las unidades de primer y segundo nivel en el Uso de Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales; construir Centros Integrales de Salud Mental en los estados que no cuentan con ellos y aumentar la cantidad en los estados que sí los tienen.

c) Promover la mejora de atención en los servicios de salud mental

Lo primero es como se dijo antes, lograr implementar de la misma manera y a nivel nacional el Modelo Miguel Hidalgo, estableciendo cuáles serán las políticas, procedimientos y lineamientos de la hospitalización, de los programas de reinserción social, contemplando lo mismo para las unidades de atención primaria y ambulatoria especializada, garantizando la disponibilidad de medicamentos en estas últimas y en unidades de hospitalización psiquiátrica; verificar y mantener los recursos humanos, espacios dignos y materiales necesarios para el adecuado funcionamiento y el respeto a los derechos humanos en las unidades de los tres niveles de atención.

d) Coordinar la elaboración e instrumentar Programas Específicos de Intervención en las unidades que conforman la red de servicios

Como especialistas en la materia o instituciones nacionales e internacionales, enfocándose a cada grupo social de acuerdo con su edad (niños, jóvenes y adultos) y a los trastornos más frecuentes; instrumentar los Programas de Rehabilitación Psicosocial.

e) Establecer las prioridades de capacitación y entrenamiento de recursos humanos especializados

Preparar adecuadamente a los profesionales, siguiendo como guía el cumplimiento de los lineamientos del Modelo Miguel Hidalgo, en todos los niveles, iniciando con el personal de primer nivel, brindando capacitación

constante a prestadores de servicios especializados y a aplicadores de programas de rehabilitación psicosocial y de reinserción social; capacitar a todo el personal de salud mental en Perspectiva de Género, Derechos Humanos y Prevención de la Tortura.

- f) Incidir en la protección de Derechos Humanos de las y los usuarios de los servicios de salud mental

Mediante la vigilancia y supervisión permanente del derecho a la igualdad, al trato digno, a la no discriminación, el respeto a la privacidad y autonomía individual, a la información y participación, entre otros; también se protegerán informando a los usuarios de sus derechos, capacitando al personal en el cuidado de los mismos y formando Comités de Vigilancia en hospitales psiquiátricos. Todo esto respaldado por actualizaciones y/o modificaciones a nivel legal y normativo.

Todos los objetivos y metas antes planteados en el Plan de Acción Específico, se encuentran respaldados por el Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (2015); por medio de los artículos encontrados en la Ley General de Salud; la cual, en su Capítulo Único incluye la definición de salud de la OMS, que engloba la salud mental; y menciona que la salud mental es un asunto de salubridad general.

En el Título Tercero, Capítulo Uno, marca el deber de desarrollar e impulsar a las familias y la comunidad, así como la reintegración social y crecimiento mental en los niños; dice que la atención integral debe incluir prevención, tratamiento, rehabilitación y urgencias en salud mental. En su tercer capítulo, se manifiesta que es un derecho de los que coticen en instituciones de seguridad social públicas; que se deben realizar actividades de promoción y prevención en este ramo, y ésta debe estar enfocada de acuerdo a la edad, sexo y características físicas y psicológicas de las personas.

El Séptimo Capítulo está dedicado totalmente a la Salud Mental, compuesto del artículo 72 al 77, los cuales disponen que es de carácter prioritario la prevención de trastornos mentales y de comportamiento; que el tratamiento debe ser

multidisciplinario y enfocado a la reinserción psicosocial y respetando los derechos humanos; dice que los gobiernos de las entidades federativas, así como las instituciones de salud en todos sus niveles, deben realizar actividades de promoción de salud mental y otras dirigidas a personas con trastornos mentales, que incluyan interacción sociocultural, educación, prevención y control de uso de sustancias que puedan generar adicción, la reducción de la discriminación a personas en tratamiento; investigación integral constante en la materia; mejora continua del servicio; detección de grupos de riesgo; los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento; que el internamiento de pacientes sea usado como último recurso y en total respeto de los derechos de los mismos; y el establecimiento de normas y vigilancia de establecimientos que presten atención a la salud mental.

Otra faceta en cuanto a la política en Salud Mental es el financiamiento que recibe por parte del gobierno. Los datos de la Organización Mundial de la Salud (2011), indican que México gastó el 6.5 % del Producto Interno Bruto en salud, del cual solamente 2% es destinado a la salud mental, y de este, el 80% se otorga a los 46 hospitales psiquiátricos que existen en el país. El sistema de salud ha conseguido que 85% de la población tenga libre acceso a medicamentos psicotrópicos, para el resto que no tiene este beneficio, paga 0.85 dólares por una dosis diaria de medicamento antipsicótico y 0.14 dólares por la dosis de antidepresivos. Estas cifras muestran que el capital dirigido a salud mental se encuentra desproporcionalmente invertido en el tercer nivel de atención, dejando al primer y segundo nivel con muy poco presupuesto, situación que se pretende cambiar con las políticas antes mencionadas.

2. Servicios de Salud Mental

Se encuentran divididos en dos grandes instituciones a nivel nacional, la primera de ellas en el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME), encargado de proponer nuevas políticas y actualizar el marco jurídico. También planea, supervisa y evalúa los servicios de salud mental y realiza propuestas de planes de acción en atención, prevención y rehabilitación de trastornos mentales; plantea medidas de seguridad y puede sancionar en caso de que haya faltas a las normas dispuestas.

La segunda institución, Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), tiene como tarea manejar los programas y servicios especializados en todas las unidades psiquiátricas; establece relaciones con las demás instituciones de salud y con las de seguridad social; ayuda a realizar normas en atención psiquiátrica tanto en las leyes oficiales mexicanas como en las que se aplicarán en los lugares donde se brinde este servicio.

La capacidad de atención de salud mental en México sigue siendo muy limitada a pesar de que hay diversos tipos de unidades dedicadas a brindarla; el grupo más numeroso es el de los 544 establecimientos ambulatorios, estos atendieron a 310 de cada 100 mil habitantes, de los cuales 56% fueron mujeres, y el 27% niños y adolescentes. Se encontró que los principales trastornos mentales fueron afectivos con 28% de prevalencia, neuróticos con 25% y un total de 26% de epilepsia, trastornos mentales orgánicos, desórdenes psicológicos del desarrollo y retraso mental. En promedio, las personas hicieron uso de estas instalaciones 4 veces por año; entre el 81 y 100% de los servicios prestados realizaron intervenciones psicosociales el último año y 67% contaban con algún medicamento terapéutico psicotrópico, como ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, antiepilépticos y estabilizadores del ánimo.

Otra clase de establecimientos son las de tratamiento diurno, solamente existen 3 en todo el país, son conocidas como “casas de medio camino” y rehabilitan psicosocialmente a personas con discapacidades psíquicas; su atención fue de 0.25 habitantes de cada 100 mil, el 41% eran mujeres, no hubo atención a niños o adolescentes y los pacientes tuvieron estancia media de 332 días.

Dentro de los hospitales generales, existen únicamente 13 unidades de internamiento psiquiátrico, con 147 camas en total, 9% de los pacientes fueron niños y adolescentes, las mujeres representaron el 60%; el promedio de internamiento fue de 14 días; atendieron a 2 habitantes de cada 100 mil; y los principales diagnósticos correspondieron a trastornos afectivos con 27%, asociados al consumo de drogas un 18% y otros 22%. Entre el 51% y el 80% de los pacientes recibieron intervenciones psicosociales y todas las unidades dispusieron de por lo menos un medicamento psicotrópico terapéutico de cada clase.

Hay 46 hospitales psiquiátricos, 13 de ellos son del sector privado, de los cuales 63% están integrados con unidades de salud mental ambulatorias. En total cuentan con 5 camas por cada 100 mil habitantes, niños y adolescentes representaron 6% de los pacientes, en tanto que las mujeres un 50%; atendiendo a 47 personas por cada 100 mil. Los diagnósticos más comunes fueron los trastornos afectivos con 27%, la esquizofrenia con 24% y otros un 16%. La media de internamiento fue de 24 días, sin embargo, el 31% de los pacientes estuvo internado por más de 10 años, el 7% entre 5 y 10 años, entre 1 y 4 años el 4% y 58% de los pacientes estuvieron menos de un año. El 80% recibió intervenciones psicosociales y en 98% de los hospitales se encontraba disponible un medicamento psicotrópico terapéutico de cada clase.

Los 8 establecimientos residenciales comunitarios en México atendieron a 0.5 habitantes de cada 100 mil, de los que 20% eran mujeres y 2% niños o adolescentes; quedándose internos una media de 120 días.

Entre los establecimientos de otra clase, se encuentran los forenses y los residenciales. Las personas reclusas en prisiones con trastornos mentales, tienen a su disposición 1096 camas (1 por cada 100 mil habitantes), aunque dentro de esos establecimientos no existe un servicio específico de salud mental. En 2008 se atendieron 566 pacientes, el 19% permaneció menos de un año, 35% entre 1 y 4 años, 28% entre 5 y 10 y el 17% más de 10 años. Por otro lado, los establecimientos residenciales (incluidos los informales) como hogares para indigentes, para personas con retardo mental o establecimientos de desintoxicación para pacientes internos, entre otros, cuentan con 2546 camas.

El porcentaje de admisiones involuntarias es muy elevado (16% en hospitales generales y 67% en psiquiátricos), debido a que los pacientes llegan en etapas críticas de su trastorno y no tienen las condiciones necesarias de aprobar su internamientos, haciéndose necesario que este sea realizado por un familiar y dos testigos, lo que refleja un problema de derechos humanos; no obstante, una vez que el paciente cuenta con las facultades necesarias se lleva a cabo un procedimiento para que este valide su estancia en la institución, respetándose así sus derechos. Aun así, en 2008

el 2% de pacientes fue aislado o restringido en hospitales psiquiátricos y entre 2% y 5% en unidades de hospitalización.

Las condiciones de igualdad de acceso a los servicios de salud mental, principalmente los psiquiátricos no son adecuadas, ya que la gran mayoría de estas instituciones se encuentran situadas dentro o en los alrededores de las más importantes ciudades, dejando a las áreas rurales y su población con escasa atención; situación que se pretende cambiar en los próximos años con la construcción de centros de servicios y promoción de los mismos.

3. Salud Mental en la Atención Primaria de Salud

De los centros de atención primaria que cuentan con un médico en APS, entre el 21% y el 50% también tienen procedimientos para evaluar y tratar trastornos de salud mental y tienen disponible al menos un medicamento psicotrópico de cada categoría; a diferencia de aquellos que no cuentan con médicos APS, que sólo entre el 1% y 20% cuentan con procedimientos similares y medicamentos disponibles; esto es un problema para los usuarios ya que solamente los médicos están capacitados para prescribir medicamentos, y la ausencia de estos dificulta el tratamiento farmacológico oportuno.

4. Recursos Humanos

El total de trabajadores dedicados al área de salud mental suman más de 10 mil, cuya tasa de profesionales por cada 100 mil habitantes es de 1 psicólogo, 0.19 terapeutas, 0.53 trabajadores sociales, 1 médico no especializado, 1.5 psiquiatras, 3 enfermeras, y 2 profesionales/técnicos en salud.

Estos profesionales pueden desempeñarse en distintos sectores laborales; de los que trabajaron en el área privada estuvieron 43% de los psiquiatras y 22% de los profesionales psicosociales (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y enfermeros); el sector público contó respectivamente con 25% y 69%; en tanto que aquellos que laboraron en ambas áreas fueron un 38% y 9%.

Las unidades de consulta externa y hospitales psiquiátricos contaron respectivamente con 379 y 502 psiquiatras, 440 y 479 médicos generales, 544 y 2843 enfermeros, 1200 y 999 trabajadores psicosociales. Las unidades de internamiento psiquiátrico dentro de hospitales generales contaron con 34 psiquiatras y 36 trabajadores psicosociales.

Participaron en capacitación sobre el uso racional de medicamentos 24% de los psiquiatras, 30% de enfermeros, 81% de médicos y 10% de otro personal de la salud; se capacitó en intervenciones psicosociales y en psiquiatría infantil y de la adolescencia un 12% y 5% de psiquiatras, 39% y 66% de médicos, 19% y 5% de enfermeros, 34% y 20% de psicólogos y 8% y 11% de otros trabajadores.

5. Educación Sanitaria y vínculos con otros sectores

Es importante mencionar que la Psicología de la Salud no se encuentra sólo dentro de hospitales; las actividades realizadas fuera de estas instalaciones son de igual importancia, como las campañas de educación y concientización que se han realizado, dirigidas principalmente a niños y adolescentes, las mujeres, personas que han experimentado algún trauma, grupos vulnerables, profesores y profesionales de la salud.

Algunos grupos particulares, por sus condiciones sociales o de salud, requieren de acciones específicas para salvaguardar su salud, por lo que la Secretaría de Salud trabaja en conjunto con instituciones o asociaciones dirigidas a estos grupos o tareas determinadas, como las mujeres, personas con adicciones, el VIH, la SEP o la Procuraduría General de Justicia (PGJ), entre otros. También se han dispuesto legislaciones para que las empresas contraten a ciertas cantidades de empleados con discapacidad, y les brinden protección contra salarios bajos o despidos, fruto de la discriminación. Existen organizaciones sanitarias (aproximadamente 20%) que tienen acuerdos con empresas privadas o instituciones gubernamentales para brindar oportunidad de empleo a personas con trastornos mentales graves.

En cuanto a la promoción de la salud mental en escuelas de nivel básico (primaria y secundaria) entre 21% y 50% realizan estas actividades y solamente un 5% cuenta con un profesional que pueda atender las necesidades de la institución.

Las instalaciones penitenciarias del país, reportan que menos del 2% de los presos presentan retardo mental o psicosis; entre el 1% y el 20% de las prisiones refieren a un reo con un profesional de la salud mental, al menos una vez por mes; y menos del 20% de jueces, abogados o policías participaron en alguna actividad sobre educación de salud mental.

6. Monitoreo e investigación

Todos los establecimientos de salud a petición de la Secretaría de Salud, deben proporcionar datos como el número de camas, admisiones voluntarias e involuntarias, duración de la estadía y diagnóstico de los pacientes. Un 87% de los hospitales psiquiátricos cumplió con recopilar los datos, 54% de las unidades de internamiento psiquiátrico de los hospitales generales y 60% de las unidades ambulatorias.

La investigación científica en salud también es un aspecto fundamental, de los 1449 artículos publicados en ese tema es 2008, 26% estuvo dirigido a la salud mental, incluyendo temas como evaluaciones clínicas, intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas, epidemiología, estudios genéticos, evaluación y políticas de servicios.

Concluyendo, la salud mental en México tiene una presencia importante en el sector salud, los servicios de seguridad social y el Seguro Popular cubren trastornos de esta clase, existe disponibilidad de medicamentos, se realiza investigación en el tema, se busca proteger los derechos humanos de los pacientes y se ponen en marcha políticas y programas para extender la atención y el acceso que la población tenga a ella. Sin embargo, aún quedan muchos retos por lograr, como la creación de programas para la detección y tratamiento de trastornos mentales en la niñez y la vejez, que se asigne más presupuesto y se distribuya mejor entre los tres niveles de atención, aumentar el personal dedicado al cuidado de la salud mental dentro y fuera

de instituciones hospitalarias, incluyendo sectores como el laboral o escolar, así como incrementar la capacitación del mismo.

Una de las principales metas a cumplir es integrar e incrementar la atención a la salud mental en el primer nivel de atención, y no mantenerla como una alternativa especializada. El colocarla en este nivel, permite que tenga un primer contacto con la mayoría de la población, y se hace posible promover y prevenir de estos trastornos o sus consecuencias, como las enfermedades crónicas y crónico-degenerativas; además de agregar la colaboración de psicólogos con otros profesionales de la salud, permitiendo dar un tratamiento integral.

2. FUNCIONES DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD

La presencia y funciones que los psicólogos desempeñan es cada día más importante; Buendía, Coy y Esteban (1984), coinciden que se debe, en gran parte, a los conocimientos que tienen sobre cómo el individuo se comporta dentro de diversos panoramas y con múltiples interacciones con sus semejantes que tienen consecuencias en cada aspecto de su vida. Para el psicólogo de la salud, el conocimiento de los procesos sociales es tan importante como el de los procesos psicológicos, pues a partir del entendimiento del individuo y de cómo se constituyen y relacionan los componentes de la sociedad, -comenzando con la familia y extendiéndose hasta una nación- es como se hace posible comprender con amplitud el complejo proceso por el cual la salud y las enfermedades se manifiestan y realizar intervenciones en todos los micro y macrosistemas sociales

Esto hace que la psicología de la salud tenga presencia en los tres niveles de atención del sistema sanitario, y aunque parte de sus funciones es el tratamiento de los trastornos mentales, su principal tarea, de acuerdo a Fernandes, do Carmo y Jiménez (2009), es evitar que estos se presenten en la población, mediante la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

2.1 Promoción de la salud

La promoción de la salud, como una estrategia formal y reconocida por la OMS fue establecida durante La Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa el 21 de noviembre de 1986; y fue definida como:

...el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y ser capaz de cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no

como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales junto con capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida saludables para llegar al bienestar.” (Carta de Ottawa para la promoción de la salud, 2001, p. 20).

También se mencionan algunas sugerencias para las necesidades de la salud pública que se presentaban alrededor del mundo y las bases para que el nuevo concepto pudiera aplicarse, divididas en doce puntos:

1. Prerrequisitos para la salud. Para que la salud pueda mejorar, se requiere paz, un hogar, educación, ingreso económico, recursos sostenibles, alimentación, equidad y justicia social.

2. Abogar por la salud. Favorecer las condiciones sociales, políticas, económicas, biológicas, ambientales y comportamentales de los individuos, dado que afectan directamente a su salud.

3. Capacitación. Lograr que todas las personas tengan iguales posibilidades y medios para proteger y potenciar su salud, haciendo uso del acceso a la información y la adquisición de aptitudes para lograrlo; hasta alcanzar la equidad sanitaria y el control de las variables que pueden alterar su bienestar.

4. Mediación. A pesar de los esfuerzos para globalizar la salud, siempre habrá ciertas diferencias en la manera en que cada país afronta sus problemáticas o mejora sus servicios sanitarios; es por eso que la promoción de salud debe hacer lo necesario para cumplir sus objetivos, a la par que se ajusta a las políticas internas de una nación, a sus instituciones, a las autoridades locales, a su economía, etcétera; promoviendo un diálogo entre las partes involucradas.

Las acciones o participaciones llevadas a cabo para la promoción de la salud, deben implicar:

5. La elaboración de políticas públicas saludables. Lo cual abarca tanto la eliminación de obstáculos como propuestas o reformas a las leyes, programas y procedimientos, de modo que se garantice una facilidad de entrega de servicios a la población y no se entorpezcan los esfuerzos de los profesionales de la salud.

6. Entornos favorables. La calidad del ambiente, ecológicamente hablando, así como los estilos de vida, traen consecuencias directas o indirectas a la salud, es por eso que una preocupación de la promoción de la salud es que el uso de los recursos naturales y las condiciones laborales proporcionen satisfacción y seguridad.

7. Acciones comunitarias. Involucrar a la sociedad de manera activa en la toma de decisiones, establecimiento de prioridades y planificación de estrategias para mejorar sus condiciones sanitarias.

8. Desarrollo personal de aptitudes. Enseñar autocontrol a la población, para que sea capaz de manejar su entorno y tomar decisiones para mantener o mejorar su salud y lidiar con las enfermedades.

9. Reorientación de servicios sanitarios. Dirigir la mayor parte de recursos de las instituciones y la población hacia la prevención, para así disminuir aquellos que se usan en los requerimientos clínicos o curativos.

10. Avance hacia el futuro. Crear consciencia de que la salud debe cuidarse a nivel personal y social, y que esta se mantiene en el margen de lo cotidiano.

11. Compromiso con la promoción de la salud. Que las organizaciones encargadas de realizar los cambios aquí mencionados, lo hagan de manera políticamente adecuada; con oposición a posturas dañinas para la salud y el ambiente; trabajando en pos de la equidad sanitaria; capacitando y apoyando con los medios necesarios a las personas, a las familias y comunidades para que mantengan su bienestar; otorgando los recursos requeridos por todas las disciplinas, sectores y comunidades para la promoción de la salud; tratando los asuntos sanitarios con su carácter global y manejar el cuidado de la salud como una inversión.

12. Llamada a la acción internacional. Que la OMS y las demás organizaciones internacionales apoyen estos lineamientos para proporcionar una mejor salud a la población mundial.

Al hablar de promoción de salud, la Organización Mundial de la Salud (2004) sugiere que se deben dirigir los esfuerzos a un nivel comunitario, comprendiendo los factores sociales y económicos que intervienen en la salud, para lograr que todos los sectores de la comunidad participen conjuntamente para alcanzar un bienestar psicológico y general. En 2014, hace hincapié en llevar a cabo actividades en escuelas; intervenciones en los campos laborales de la población; información y programas de mejora de viviendas; educación sobre prevención de la violencia; actividades dirigidas a sectores específicos de la población, como minorías o grupos de riesgo; fomentar la colaboración comunitaria; intervenciones en las etapas de desarrollo (gestación, infancia, adolescencia, adultez y vejez), etcétera.

En 1999, Victorian Health Promotion Foundation, realizó un marco que comprende los factores personales, contextuales, socioculturales y económicos necesarios para la promoción de la salud mental y el bienestar, mismo que puede ser usado para esclarecer punto por punto las áreas de acción que tiene la Psicología de la Salud, presentadas en el siguiente esquema:

Determinantes clave de la Salud Mental y Temas para la acción

Inclusión social	Ausencia de discriminación y violencia	Participación económica
<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones de apoyo - Participación en actividades de grupo - Participación cívica 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de la diversidad - Seguridad física - Autodeterminación y control de la propia vida 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo - Educación - Vivienda - Dinero



Grupos de población y Áreas de acción

Grupos de población	Acción para la promoción de la salud
<ul style="list-style-type: none"> - Niños - Jóvenes - Mujeres y hombres - Ancianos - Comunidades indígenas - Comunidades culturalmente diversas - Personas que viven en comunidades rurales 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigación, monitoreo y evaluación - Desarrollo de habilidades individuales - Desarrollo organizacional - Fortalecimiento comunitario - Comunicación y mercadeo - Abogacía de cambios legislativos y de políticas



Sectores y Entornos para la acción

Vivienda – Transporte	Comunidad - Corporativo	Educación – Público	Lugar de trabajo - Académico	Deporte, arte y recreación - Gobierno local	Salud – Justicia
-----------------------	-------------------------	---------------------	------------------------------	---	------------------



Resultados Intermedios

Individuales	Organizacionales y comunitarios	Sociedad
Mayor sentido de: <ul style="list-style-type: none"> - Pertenencia - Autoestima - Autodeterminación y control 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizaciones accesibles y sensitivas - Ambientes de seguridad, apoyo e inclusivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Programas y políticas públicas integradas y de apoyo - Sólida plataforma legislativa - Asignación de recursos



Mejor Salud Mental



Beneficios a largo plazo

<ul style="list-style-type: none"> - Menor ansiedad y depresión - Menor abuso de sustancias - Mejor salud física 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejor productividad en el trabajo, la casa y la escuela - Menor violencia y criminalidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de las desigualdades en salud - Mejor calidad de vida y mejor expectativa de vida
---	---	--

Figura 1. Áreas que conforman la salud mental y sobre las cuales se debe actuar (Organización Mundial de la Salud, 2004, p.27).

Ahora que se plantea el camino a seguir, lo siguiente es decir qué acciones concretas debe tomar el psicólogo para darle a la población la capacidad de controlar su propia salud; lo principal, dice Oblitas (2003), es comenzar con los cambios graduales a nivel individual, que al extenderse por la comunidad se convertirán en cambios sociales: cambiar conocimientos y creencias; modificar actitudes y valores; reforzar la toma de decisiones; cambiar comportamientos. Establecidos estos cambios inicialmente en unos individuos y generalizándose a pequeños grupos, se pueden redirigir los esfuerzos a: establecer ambientes sanos y conseguir cambios sociales hacia la salud, lo que finaliza con el apoderamiento de la comunidad sobre sus procesos salud-enfermedad.

Es posible notar que los cambios a grandes escalas no pueden darse sin lograr antes cambios cognitivos y comportamentales en los individuos, por lo tanto, la base de la acción de esta disciplina radica en la percepción que cada persona tiene de sí mismo y de su entorno; de hecho, la salud psicológica o mental se compone precisamente el bienestar percibido “acompañado por una sensación subjetiva de bienestar general y de satisfacción con la vida” (Oblitas, 2003, p. 57).

Teniendo en cuenta esto, la promoción de la salud debe buscar la mejora individual y comunitaria del bienestar y calidad de vida, para lograrlo debe partirse de la idea de que ambas se desarrollan a partir de factores externos (trabajo, ingreso económico, alimentación, vivienda, recreación, capacitación y un buen medio ambiente) e internos (creencias, expectativas, emociones). El problema fundamental es que las condiciones externas o internas poco saludables no garantizan que un individuo crea que debe o que puede cambiar su situación, por eso, la promoción de la salud implica medidas educativas y motivacionales que incrementen el conocimiento y elección por circunstancias sanas.

La educación para la salud consiste en todo proceso de enseñanza y aprendizaje que favorece la adquisición, preferencia y mantenimiento de prácticas saludables, a la vez que dificulta las de riesgo; es la herramienta principal que da soporte a los cambios económicos, normativos, ambientales y organizativos que la promoción de la salud busca como meta final.

En resumen, la promoción de la salud como objetivo principal busca que la población lleve a cabo una serie de acciones que le permitan alcanzar un nivel óptimo de salud. El psicólogo, como especialista en el comportamiento humano, conoce los medios y estrategias para lograr instaurar conductas sanas en los individuos y en las diferentes esferas de interacción social; entendiendo que esta meta sólo puede cumplirse si se realizan intervenciones en las creencias y actitudes de la comunidad, con la enseñanza en los diferentes grupos de interacción: familiares, comunitarios, laborales o institucionales; actuando a nivel político, económico, ecológico, etcétera. Estas áreas en las que debe intervenir se tienen características diferenciadas en cada comunidad, y Fernandes (et al., 2009) apunta que las actividades de promoción, antes de ser implementadas, deben ser ajustadas de acuerdo al lugar y población, para que los resultados puedan presentarse y se alcance un mayor potencial de salud.

2.2 Prevención de la enfermedad

Oblitas (2003) señala que la prevención se aplica en relación directa con la promoción; pero la base de la que cada una parte es opuesta, es decir, la prevención, basa su acción y mide su éxito con base en la enfermedad, evitando la aparición de condiciones clínicas específicas; en el otro extremo, la promoción busca la salud, con fines comunitarios, el bienestar y estilos de vida sanos.

Sus objetivos están en función del avance de la enfermedad; generalmente se divide a la prevención en tres niveles, los cuales son aplicados de manera correspondiente a los tres niveles de atención a la salud: primaria, secundaria y terciaria. A continuación, se muestra un esquema sobre el lugar de la prevención en relación con el avance de una patología:



Figura 2. Prevención e historial natural de la enfermedad (Redondo, 2004, p. 11).

Oblitas (2003) y Redondo (2004) coinciden en que la prevención primaria es la que está más estrechamente relacionada con la promoción, de hecho, no puede realizarse una sin la otra en este nivel, ya que busca evitar que surja algún problema de salud en personas sanas.

El dormir 7 u 8 horas diarias, desayunar cada día, evitar comer entre alimentos, mantener peso y talla adecuados, no fumar, evitar el abuso del alcohol y practicar ejercicio regular, son comportamientos que Oblitas (2003) dice, pueden usarse por igual en promoción y prevención y constituyen los cimientos, tanto de la reducción del riesgo de enfermar como de una vida más sana. Figueroa (2012) añade que cuando los estilos de vida saludables son promovidos, la prevención de primer nivel actúa a nivel pre patogénico y educa a los diferentes grupos sociales para que eviten comportamientos o factores de riesgo, basándose en el conocimiento epidemiológico de un lugar y población; y para Redondo (2014), actuar antes de que se presente el problema y reducir la incidencia de la enfermedad son sus más importantes tareas.

Fernandes (et. al., 2009) dice que uno de los beneficios de la actuación a niveles primarios, es que se produce un descongestionamiento de los servicios más especializados, pues reduce la aparición o prevalencia de enfermedades y, por lo tanto, la necesidad de tratamientos posteriores.

En caso de que ya exista un problema de salud, Redondo (2014) lo toma como el momento en que se debe aplicar una prevención secundaria; ésta se sitúa en centros donde existen profesionales de la salud con alguna especialidad, como centros ambulatorios o de especialidad. Su función más importante es, de acuerdo con Figueroa (2012), la detección precoz de una enfermedad, es decir, en sus fases pre-sintomáticas y así, facilitar el tratamiento oportuno, para detener o retardar el avance del padecimiento.

Para Fernandes (et. al., 2009), es vital el seguimiento del paciente durante su tratamiento; el psicólogo debe intervenir a la par de los demás profesionales para identificar los factores que intervienen en la falta o prevalencia de adherencia al tratamiento. La adherencia al tratamiento se compone de múltiples factores; por parte del paciente, son los actos enfocados a comprender y participar del tratamiento que tenga asignado. Por otra parte, el psicólogo actúa como el puente entre el profesional que brinda directamente el tratamiento y el paciente; se encarga de incrementar y mantener en el paciente, el seguimiento a las indicaciones terapéuticas, sobre todo cuando éstas son aumentan en duración o complejidad, pues en esos casos, la adherencia suele comenzar en niveles bajos.

Otras de sus tareas son la de conjugar las expectativas que tienen tanto el profesional como el paciente, entrenar en habilidades de afrontamiento, facilitar el entendimiento del paciente sobre su condición actual y venidera, el diálogo en la toma de decisiones, la duración y complejidad de las prescripciones de salud, los hábitos del paciente o su voluntad por mejorarse, insertar y educar redes de apoyo, comenzando por la familia; el entrenamiento de los pacientes en habilidades de autocontrol y autorregulación. El trabajo en esta área es más importante que nunca, pues las enfermedades crónicas y degenerativas requieren que el paciente continúa cumpliendo con las prescripciones durante el resto de su vida.

El último nivel se presenta en institutos que otorgan servicios con mayor complejidad, realiza las investigaciones de problemas de salud muy específicos y, como dice Redondo (2004), consiste en el seguimiento de aquellos con enfermedades en fases agudas o crónicas.

Para Fernandes (et. al., 2009), los psicólogos tienen su labor con personas que se encuentran en tratamientos clínicos, quirúrgicos, en quimioterapia o radioterapia. Estos procedimientos generan altos niveles de estrés que suelen acarrear consecuencias psicológicas como trastornos del sueño, de la alimentación o depresión; es indispensable preparar al paciente psicológicamente antes de que se le realice una operación, con técnicas de afrontamiento y reducción de ansiedad.

Las actividades del psicólogo pueden comenzar desde el momento en que alguien necesita enfrentarse a un diagnóstico y a los cambios y consecuencias que experimentará en adelante; lo mejor es trabajar con la familia, que constituirá el apoyo principal, comenzando con información sobre el padecimiento y sus repercusiones, y guiarlos a través de las etapas de recuperación, agravamiento o terminales.

Cabe mencionar que las estrategias de prevención primaria pueden realizarse en conjunto con los otros tipos de prevención, pues evitar los factores de riesgo de otros padecimientos es vital para el paciente en cualquier situación de salud-enfermedad en la que se encuentre.

2.3 Organización de la atención a la salud

El área principal de trabajo para los psicólogos de la salud se encuentra dentro de las instituciones dedicadas a atender a la población; y las tareas que desempeñan se dividen en dos categorías principales, en función de:

- La complejidad del problema: En esta clasificación, se encuentran los tres niveles de atención.
- Las estrategias de atención: aquí se encuentra situada la Atención Primaria de Salud (APS).

Cabe aclarar que ambas categorías son complementarias, es decir, mientras se realicen los ajustes necesarios, las herramientas y métodos propios de la APS, son aplicables en cualquiera de los tres niveles de atención de la salud; aplicándose la misma regla para la promoción y prevención.

2.3.1 Primer nivel

Es afirmado por Julio, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011) que el primer nivel es el que se puede impartir durante el primer contacto entre la población en general y la institución; atiende a las problemáticas más básicas, que son también las más frecuentes; se caracteriza por poseer las instalaciones menos complejas, como centros de salud o consultorios. Se encarga de atender a la mayoría del influjo de personas que requieren servicios sanitarios, aproximadamente un 85%. Fernandes (et. al., 2009) afirma que es sumamente útil en controlar el influjo de pacientes a los niveles posteriores, sirviendo como filtro y canalizando a aquellos que realmente necesitan una intervención especializada.

Para ejercer el modelo biopsicosocial, Borches (2014) dice que el psicólogo necesita trabajar en equipos interdisciplinarios; cuyas tareas organizativas y funcionales se efectúen en conjunto, de modo que se logren identificar las principales problemáticas sociales y se persiga la salud general y comunitaria, no únicamente la salud mental o individual.

Las estrategias de promoción y prevención son ejecutadas principalmente en este nivel y son dirigidas a la comunidad sana, principalmente; la intervención se realiza de manera directa sobre los problemas y necesidades previamente detectadas en una comunidad; por esta razón, el trabajo que el psicólogo debe hacer, cambiará conforme a cada población en la que se encuentre.

Las funciones que el psicólogo puede desempeñar en el primer nivel de atención están dirigidas a perpetuar las prácticas que mejoren la calidad de vida, como entrevistas a los pobladores para conocer sus preocupaciones o carencias, la elaboración y aplicación de programas de promoción educativos; programas de mejoramiento de servicios sanitarios; conocer el perfil epidemiológico de su comunidad; hacer dinámicas grupales para la comunidad y los equipos de trabajo interdisciplinarios; apoyar a las escuelas que le correspondan en su área geográfica; hacer la derivación de pacientes; educar sobre temas que representen una problemática potencial o en curso de la comunidad como trastornos alimenticios, adicciones, consumo de sustancias nocivas, desarrollo de estilos de vida saludables, comportamientos y factores de riesgo, enfermedades e infecciones de transmisión

sexual, planificación familiar, sexualidad, envejecimiento, problemas de conducta; violencia intrafamiliar, de género, urbana, laboral; depresión, ansiedad, etcétera; brindar consultas integrales junto con otros profesionales.

Se debe tener conocimiento en técnicas de diagnóstico, orientación y psicoterapia breve; ya que, aunque Fernandes (et. al., 2009) coloca a la psicología clínica en el segundo nivel; para Borches (2014) es posible realizar consultas familiar o individualmente en este nivel, siempre y cuando sean de orientación y resolución sobre situaciones de crisis en las que el problema o demanda del paciente sea muy específica. Durante la psicoterapia, el psicólogo servirá como facilitador de procesos, en los que se busca empoderar a los pacientes, es decir, fortalecer su autonomía, mediante la toma de decisiones, solución de problemas, reconocimiento y aprovechamiento de habilidades. También se debe dar seguimiento a los pacientes y, de ser necesario, referirlos a servicios más especializados.

2.3.2 Segundo nivel

Julio (et al. 2011) lo coloca dentro de hospitales, los cuales tienen una diversidad de servicios más amplia y, por tanto, cuentan también con profesionales preparados en áreas más concretas. En adición, Fernandes (et. al., 2009) explica que sirve de nexo entre los otros dos niveles; como se explicó, en el primero prevalece la prevención en personas sanas, y en el último, lo que predomina es la atención directa sobre la enfermedad. El segundo nivel toma los datos recabados en la investigación de tercer nivel sobre los aspectos biopsicosociales de la enfermedad y los compagina con las estrategias preventivas del primer nivel; además, se encarga de recibir los pacientes canalizados y, de ser necesario, colocarlos en los servicios de alta especialidad.

La tarea más característica del psicólogo es el tratamiento de problemas mentales, mediante la rama clínica de la psicología y utilizando las diferentes técnicas psicoterapéuticas en pacientes de todas las edades. Algunas otras son: trabajar junto a los demás profesionales para intervenir en la adhesión al tratamiento, realizar psicodiagnósticos, derivar a sus pacientes con especialistas, y realizar investigación.

2.3.3 Tercer nivel

Finalmente, Julio (et al. 2011) dice que el tercer nivel se encarga de recibir el menor sector de la población, que por sus problemáticas de salud mayor dificultad y menor aparición, requieren de personal y procedimientos específicos e instrumentos o equipos que no se localizan en los demás niveles de atención; esta clase de asistencia se encuentra únicamente en hospitales o centros especializados

La investigación es crucial para comprender los factores biopsicosociales que se relacionan con el proceso salud-enfermedad-vida-muerte, consecuencia de los estilos de vida; los factores de riesgo, la epidemiología, cómo se adquiere y mantiene un padecimiento, son algunos de los temas más recurrentes e importantes para encontrar los aspectos conductuales, sociales, económicos, fisiológicos, de la enfermedad.

Además de la investigación, para Fernandes (et. al., 2009) el psicólogo debe apoyar a todo paciente en este nivel junto con sus familias; busca rehabilitar a los enfermos y evitar recaídas; mejora la calidad de vida, atrasando o reduciendo las posibles secuelas; le corresponde el apoyo en cuidados paliativos; el trabajo interdisciplinario; actividades recreativas, sobre todo con niños; ser parte de alas psiquiátricas; e incluso, brindar apoyo psicológico a otros profesionales de la salud, incluyendo a otros psicólogos.

Es importante mencionar que la división de la atención a la salud obedece a la complejidad de los procesos salud-enfermedad, no obstante, están relacionados uno con otro, de tal modo que tanto la población como los profesionales comprendan en la práctica, que el acceso al sistema de salud es continuo. Este entendimiento promoverá que aquellos dedicados a esta área visualicen su actuación profesional como una responsabilidad social y no personal, y que la comunidad sepa y exija la atención que requiere.

2.3.4 Atención Primaria a la Salud

La APS se compone de varias estrategias que persiguen como principal objetivo el acceso a los servicios esenciales de salud a cualquier persona, sin importar sus recursos socioeconómicos; estas tareas deben abarcar cualquier necesidad básica, durante cualquier etapa de desarrollo y siempre fundamentándose en conocimientos, métodos y procedimientos avalados por la ciencia; se incluyen dentro de sus estrategias las ya mencionadas promoción y prevención, la organización y objetivos recientes de los niveles de salud.

Está basada en el modelo biopsicosocial; de este modo es que incluyó a la Psicología de la Salud (salud mental) dentro de las áreas a desarrollar y aplicar, pues es capaz de concebir al individuo junto con su participación social e interacción con su ambiente; lo visualiza con la capacidad de responsabilizarse, decidir y actuar sobre su propia salud (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Se le sitúa principalmente en el primer nivel de atención, debido a que es en este nivel donde se efectúa la mayor demanda de un servicio psicológico y ya es posible tomar el servicio directamente; anteriormente, el acceso a la Psicología era posible únicamente mediante la canalización del médico y, aunque este método sigue vigente, ya es una opción recibirlo desde el primer acercamiento con las instituciones de salud (Pérez y Fernández, 2008).

A pesar de esta nueva posibilidad, no debe olvidarse que el trabajo interdisciplinario es necesario, por el entendimiento de que la salud psicológica está ligada a la física y viceversa, el psicólogo debe trabajar en conjunto con los demás profesionales.

La Organización Mundial de la Salud (2008) encontró que la APS es la medida que mayor peso tiene en las reformas que los gobiernos están implementando en sus regulaciones de servicios sanitarios, dado que es la principal responsable de lograr un acceso universal a la protección de la salud. Toma en cuenta los riesgos a la salud de forma integral; promueve estilos de vida saludables; evalúa los peligros ambientales o sociales; facilita el acceso a medicamentos e instrumentos; permite un diálogo entre la

institución y la sociedad y comprende el contexto multidimensional en el que el proceso salud-enfermedad se encuentra inmerso.

Para Redondo (2013) la manera en que el psicólogo puede contribuir en este aspecto es trabajando para formar políticas saludables; tomando en cuenta las variables que ocasionan un problema, cómo mejorarlas y haciendo una previsión de su funcionamiento. La conducta y los métodos para modificarla es la variable principal en la que debe enfocarse el psicólogo en sus propuestas, y en cómo medir el progreso de cada intervención.

De acuerdo con Sánchez (2016), hay tres áreas principales en la que se debe actuar políticamente: los reglamentos de los niveles de la salud; mejorar la estructura, funcionamiento y prestación de servicios; y la preparación del personal. Como las demandas sociales están en constante cambio y deben ser monitoreadas para satisfacerlas con el adecuado uso de los recursos humanos, financieros, y legislativos.

3. PROBLEMAS DE SALUD E INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

En esta época las actividades sociales son más exigentes que nunca; la necesidad de cumplir las demandas de un trabajo o de la familia, pueden traer serias consecuencias si no se aprende a lidiar con la presión.

Una persona siente estrés a menudo por las actividades que debe hacer o las situaciones a las que es expuesta, es una reacción natural, al igual que la ansiedad; pero estas emociones están manifestándose a niveles clínicos con alta incidencia, de hecho, son el principal problema de salud mental en la actualidad, junto con la depresión.

La razón de que estos males están tan extendidos es que la mayoría de la gente se habitúa a sentirse sobrepasados por sus obligaciones cotidianas, e ignoran que están sufriendo una enfermedad mental, o bien, no le dan la suficiente importancia a su bienestar psicológico, mientras puedan continuar cumpliendo con sus actividades diarias; es hasta que la enfermedad les impide continuar con sus deberes que algunos buscan ayuda.

Otras consecuencias de los estilos de vida en la actualidad es que los hábitos pocos saludables son comunes; la gente consume grandes cantidades de grasas y azúcares, consumen drogas legales e ilegales, la gente no practica ejercicio regularmente, etcétera; esto hace que los índices de obesidad, adicciones, diabetes, cáncer y otras enfermedades crónico-degenerativas estén más elevados que nunca. Lo que hace tan difícil combatir este problema es que no existen métodos médicos o farmacológicos que curen estas enfermedades, pues no las causan agentes patógenos sino el comportamiento diario de las personas que no cambia fácilmente.

El psicólogo debe intervenir en la población para concientizarla sobre las enfermedades que están tan extendidas y que se desarrollan a lo largo de varios años sin presentar síntomas iniciales; ayuda en la adquisición de herramientas de modificación de conducta, educa a la población para detener las creencias sobre la

salud y las enfermedades que pudieran ponerla en riesgo y se encarga de mejorar la calidad de vida.

3.1 Componentes de las conductas saludables

Las conductas saludables son aquellas que buscan preservar o incrementar el bienestar y son realizadas por personas sanas o por las que necesitan lidiar de mejor manera con una enfermedad. En ocasiones las personas necesitan adquirir, mantener y/o modificar su comportamiento para tener un estilo de vida más sano, y estos cambios son un largo proceso en donde intervienen varios factores, tanto externos como internos.

Según Amigo y Fernández (1998, en Oblitas, 2010) nuestra conducta es influenciada por aquellos que nos rodean, lo que imitamos de ellos, por nuestro estatus social; otros factores que tienen efecto en nosotros son los estados de ánimo que mantenemos, mismos que derivan de la manera en que se percibe una situación, la propia capacidad para afrontarla y de las reacciones físicas que se activan. Si este conjunto de reacciones son negativas puede llevar a un individuo a sentirse desmotivado o ansioso, y si se presentan con regularidad o intensidad, suelen aparecer conductas que ayuden a sobrellevar esas emociones, aunque frecuentemente son medidas poco saludables, por ejemplo, lidiar con la ansiedad, miedo o depresión, bebiendo alcohol, fumando, comiendo, etcétera.

Otro factor son las creencias sobre la salud, una persona construye sus ideas sobre cómo evitar enfermarse, o bien, el significado que cada enfermedad tiene; también forma su propio criterio para identificar los factores que conforman una buena salud, o lo que debe cambiar para obtenerla. Finalmente, la percepción que alguien tiene de la gravedad de los síntomas que anteceden o manifiestan una enfermedad, podría motivar cambios positivos en su conducta, ya sean momentánea o permanentemente.

Teniendo en cuenta esto, Shwarzer y Fuchs (1999, en Oblitas, 2010) señalan que se busca que las personas logren autorregularse, es decir, capacitarlas en tomar control de su salud, comenzando por fortalecer la idea de autoeficacia, que es la creencia sobre la propia capacidad para lograr cambios deseados; la motivación de un

individuo para modificar sus hábitos será más alta en tanto más convencido esté de que puede lograrlo. Se compone por la capacidad de mantener los cambios con la paciencia y consistencia suficientes para comenzar a notar resultados; así como lidiar con la frustración, reevaluar y reajustar sus acciones o su entorno a favor de su salud. Como un apoyo extra, debe buscarse el respaldo de una red social, principalmente la familia, educándola sobre el tema que esté en cuestión y exhortando a brindar apoyo a la persona en cuestión

Las expectativas de resultados son también importantes; Oblitas (2010) dice que si las personas aprenden a identificar y aceptar que gran parte de su situación actual es consecuencia de sus acciones, pondrán más esfuerzo en los cambios que deben hacer para obtener los resultados esperados; esto implica dos fases en las que el psicólogo debe intervenir: primero deben definirse las acciones a realizar (motivación), después aclararse la cantidad de esfuerzo para implementarlas y el tiempo que se demorará en hacerlas un hábito (volición); esta segunda fase puede dividirse en dos partes; el plan de acción, que consiste en la evaluación de estrategias para poner en marcha una conducta; y el control de acción, conformada por ajustes necesarios e impedimento de recaídas a conductas insanas.

Este modelo basado en cogniciones para cambiar el comportamiento es similar al modelo de creencias sobre la salud, en el cual se afirma que motivación-información y actitudes-creencias son necesarias para modificar el actuar habitual, y que éstos tendrán como línea de partida la vulnerabilidad percibida, influida por la amenaza percibida (susceptibilidad a la enfermedad, creencia de la gravedad de las consecuencias); también se consideran las características psicosociales y demográficas, y los métodos posibles de acción; incrementando la probabilidad de cambio estableciendo claramente una relación costo-beneficio, en la que las recompensas deben ser siempre mayores.

El entendimiento de las variables que intervienen en la conformación de la conducta, ayuda al psicólogo a intervenir para cambiarlas; también permite aplicar un programa a nivel individual o comunitario, ajustándolo a las características de una persona o comunidad en particular.

3.2 Salud y comportamiento

Como se ha mencionado antes, la importancia de abordar los hábitos de las personas es que la principal causa de mortalidad son fenómenos relacionados a los estilos de vida. De acuerdo con Oblitas (2010), la primera barrera a la que se enfrenta un psicólogo es la de convencimiento, debe ser capaz de comunicar la información persuasivamente, de manera que la gente sea exhortada a modificar su conducta en beneficio de su salud.

Para la comunicación persuasiva el primer paso es identificar el grupo al cual el mensaje será dirigido, entré más definido sea el grupo, mayor será la comprensión, aceptación y retención del mensaje; si se dirige el mismo mensaje a un grupo indefinido, el impacto será menor e incierto, pues el grado de identificación que el grupo sienta con la información presentada será cuestión de azar. Los argumentos deben ser adaptados a las características del receptor, pero sin importar a quién se dirija la información, ésta siempre debe presentar simpleza, claridad y conclusiones. Aunque la persuasión no es ciento por ciento efectiva, es muy útil para que las personas presten atención a la posibilidad de un problema o de mejorar su estilo de vida.

En 1988, la mayoría de las muertes eran causadas por enfermedades crónicas, en contraste con las enfermedades infecciosas que eran, a principios del siglo pasado, las causantes de la mayoría de las muertes; siendo la neumonía, la gripe y la tuberculosis las principales responsables; esta situación cambió gracias a las vacunas y las mejoras en el sistema sanitario, que redujeron drásticamente la muerte en infantes y permitieron mejores tratamientos. Actualmente, las tasas de incidencia de padecimientos coronarios, ataques cardíacos y cáncer, han mantenido un incremento año con año, al igual que los índices de suicidio y SIDA.

Ya se sabe que esto hizo necesario un nuevo enfoque en salud, pues los padecimientos crónicos pueden permanecer por años o toda la vida de una persona; su aparición se debe principalmente a la conducta y no a agentes patógenos; adultos de mediana y avanzada edad son los más afectados; y, por último, los tratamientos suelen ser mucho más costosos por su duración y complejidad, lo que a su vez reduce su alcance, haciéndolos inaccesibles para la mayoría.

Estas situaciones fortalecen la idea de prevenir y promover la salud; e intentan lograr con ello, cambiar algunas ideas que se tienen sobre las enfermedades, y que llevan a las personas a adoptar comportamientos que hacen más difícil su prevención o tratamiento; porque en muchos casos no manifiestan síntomas de gravedad o ninguno en mucho tiempo, hasta que están en etapas avanzadas; por esto mismo, se mantienen creencias y actitudes pasivas a estos trastornos.

Otra barrera muy importante es la ilusión de invulnerabilidad, Cortada (2008) la relaciona tanto con cargas afectivas como con el ya mencionado largo periodo de aparición de una enfermedad. Es la idea de que un acontecimiento no puede presentarse en uno mismo; y se fortalece con la ilusión de control, que es el pensamiento aplicado de manera personal de poder manipular por completo una situación, controlando los elementos que la conforman, por lo que la probabilidad de que ocurra alguna contingencia se percibe baja o nula.

La persona sustenta su idea de control y de ser un caso de excepción, a partir de la comparación de sí mismo con otros, por ejemplo, alguien observa que otra persona que fuma desarrolla cáncer, pero cree que no será su caso porque no fuma tanto, porque puede dejar el cigarro cuando desee, o porque no se siente enfermo. El factor afectivo es más notorio cuando un individuo extiende esta percepción a las personas con quienes tiene alguna relación, como familiares o amistades; mientras más cercanía tenga con una persona, le atribuirá menor riesgo de sufrir cualquier percance.

Irónicamente, esta creencia los hace mucho más vulnerables; no le dan importancia a la dieta, al ejercicio o al consumo de sustancias nocivas socialmente aceptadas como el tabaco y el alcohol, razón por la que el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo y el alcoholismo, entre otros problemas, están tan extendidos.

Los hábitos necesarios para ganar una buena salud han sido ampliamente promovidos con acciones informativas y educativas, pero sólo tienen impacto en la población cuando existe la decisión y voluntad para cambiar, que es lo más difícil de conseguir. Además de la invulnerabilidad percibida, Oblitas (2010) menciona que lo que complica tanto que alguien se esfuerce en modificar sus hábitos es que muchas

de las conductas nocivas son placenteras y sus efectos suelen ser inmediatos, mientras que las consecuencias no son visibles hasta mucho tiempo después.

Las enfermedades crónicas como las cardiovasculares o el cáncer, resultado de fumar o beber, pueden demorar años o décadas en manifestarse y sólo después de altos y prolongados consumos sin ningún efecto significativo. Lo mismo sucede para la diabetes y su relación con la mala alimentación, o la obesidad con el sedentarismo, los padecimientos gastrointestinales y el estrés constante.

Las personas se hacen incapaces de cambiar su conducta por la fuerte habituación y placer que relacionan con ella, por los beneficios emocionales con determinado comportamiento y por factores ambientales, económicos o bioquímicos. Además, con un intervalo tan prolongado, se pierde de vista la relación causa-consecuencia de los hábitos, y cuando finalmente se desarrolla una enfermedad, es muy difícil no perder el sentido de responsabilidad, atribuyendo el padecimiento a causas externas o desconocidas, en lugar de a las decisiones personales.

En caso de que una persona llegase a considerar la posibilidad de enfermar en un punto lejano del futuro, deposita su confianza en la ciencia médica para poder curar cualquier problema; aunque la medicina ha avanzado en desarrollar diagnósticos y tratamientos, las principales causas de muerte siguen siendo las mismas y sus índices siguen aumentando. La población en general, se convence de que las enfermedades crónicas serán tratables y curables del mismo modo que las infecciosas, con que bastará con medicarse para volver a estar sanos, sin tener que modificar su estilo de vida.

Los que entienden que deben implementar cambios en su vida cotidiana, suelen resistirse a la idea de que el cambio no es fácil, que los resultados no serán inmediatos y menosprecian la influencia que la cultura ejerce en su interpretación y comportamiento. El consumo de sustancias nocivas, el poder adquisitivo, la mala alimentación, ciertas conductas de riesgo, suelen ser alentadas y validadas por la sociedad, pues muchas de esas actividades pueden fungir como mecanismos de integración, adaptación o control social, como método de identificación o sociabilización.

El psicólogo de la salud debe intervenir con quienes necesiten tener hábitos más saludables, apoyando en cada una de las etapas del proceso de cambio. La precontemplación es la primera fase, en la que la persona no considera realizar cambio alguno, pues su conducta no es vista como un problema, por falta de información sobre las consecuencias negativas o los beneficios que puede darle el cambio, también puede suceder que no se esté seguro de poder lograrlo. Aquí, el primer paso del psicólogo es vencer la falta de conciencia y llenar el vacío informativo, personalizar el valor de los beneficios y fortalecer la autoeficacia, que será necesaria durante todo el proceso.

Durante la segunda fase, la contemplación, el obstáculo aquí es la ambivalencia; la persona comienza a pensar en la existencia de un problema, pero no está del todo decidida, aunque puede considerar cambiarlo en los siguientes 6 meses y busca información útil activamente. Se debe seguir trabajando en que la persona crea en sus capacidades y se complementa con la ayuda en la elaboración de un plan de acción en el que se le dará apoyo a lo largo de su implementación.

La siguiente es la preparación y sirve de puente entre la segunda y cuarta fase; la persona está convencida de que puede lograr la meta planteada y comienza a realizar pequeñas modificaciones a corto plazo, comenzando con la meta de 1 mes aproximadamente y extendiéndola hasta 6 meses; puede seguir existiendo ambivalencia, pero se combate con información y orientación en menor medida.

Cuando se muestran capaces de mantener esos cambios graduales, el siguiente paso, la acción, puesta en peligro por la falta de compromiso, de hecho, es en donde existe mayor índice de recaídas. En este punto se modifica totalmente la conducta nociva y al lograrlo, se pasa a la etapa de mantenimiento, que consiste en permanecer abstinentes por otros 6 meses, fortaleciendo la autoeficacia. Para evitar una recaída, se implementan estrategias de mantenimiento, enseñando estrategias de control, evitación y autorregulamiento.

Si el objetivo se completa, se finaliza la intervención, sin embargo, si existe una recaída se deben analizar sus razones y darlas a conocer a la persona, planificar el

siguiente intento, afianzar la confianza y la convicción en el cambio y ofrecer nuevamente el apoyo.

3.3 Estilos de vida

Los hábitos pueden ser, según Oblitas (2003), saludables (inmunógenos conductuales) o riesgosos (patógenos conductuales), y forman gran parte del estilo de vida, influyen, entre otras cosas, en la salud; la cotidianidad es el punto clave de este tema, y la dificultad de modificarlo radica en que las conductas nocivas suelen ser normalizadas porque se realizan todos los días y porque no tienen consecuencias inmediatas.

La conducta no puede expresarse de manera negativa, es decir, el psicólogo no puede basar su trabajo en decirle a las personas lo que no deben hacer; se debe ser propositivo, no prohibitivo, y siempre que se identifiquen comportamientos insanos, se busca sustituirlos por otros y de manera gradual.

Sobre la promoción de estilos saludables Oblitas (2010) identifica ciertas conductas con más influencia tienen en la salud física, psicológica y social de las personas; y sobre las que pone especial atención: sueño, alimentación, peso y talla, adicciones y actividad física, aunque abarca muchas otras.

1. El ejercicio físico regular, ayuda a contrarrestar algunos problemas cardiovasculares y ayuda a todo el sistema circulatorio, previene la osteoporosis y ayuda a lidiar con molestias propias del envejecimiento, controla el peso y regula el metabolismo.

Psicológicamente reduce el estrés y ansiedad, los cuales pueden propiciar la depresión, desestabilidad emocional, o problemas en las actividades laborales. Igualmente, mejora el autoconcepto y permite que se involucre en otros círculos sociales y más actividad física; también ayuda a evitar pensamientos o conductas negativos, sustituyéndolos con sentimientos de eficiencia, control y competencia. Cuando una persona comienza a realizar ejercicio, lo mejor es iniciar con metas que puedan alcanzarse con facilidad, esto reforzará la sensación de éxito y podrá aumentarse la intensidad y frecuencia poco a poco.

2. El control de peso y talla es una de las consecuencias del ejercicio físico, pero lo mejor es acompañarlo con una dieta nutritiva y de apoyo social. No existe ninguna dieta que sea adecuada para todos, los cambios en la alimentación deben estar siempre en función de los hábitos y características personales; sin embargo, hay algunas recomendaciones generales que pueden seguirse; como el consumo regular de frutas y verduras, que, en su mayoría, aportan vitaminas y minerales, sin contener sodio o colesterol; reduciendo las probabilidades de diabetes o hipertensión.

Las carnes suelen representar el grupo alimenticio más predominante en las personas, pero pueden sustituirse sus aportes nutricionales con las legumbres, esto reduce los niveles de colesterol y triglicéridos, mantiene en niveles adecuados la presión arterial y disminuye las probabilidades de contraer algunos tipos de cáncer, además de aportar antioxidantes, y fibras; estas últimas ayudan a que los carbohidratos de las verduras se absorban lentamente, impidiendo que los niveles de insulina se disparen y también las calorías que serán almacenadas.

Moderar el consumo de alimentos con altos contenidos grasos, pues a pesar de ser los preferidos por su sabor, también producen menor saciedad, lo que hace que se consuman en grandes cantidades y frecuencia; además, el cuerpo almacena rápidamente la grasa, pero es lo último que utiliza; otra alternativa es la carne de pescado que contiene ácidos grasos que el cuerpo necesita.

La salud psicológica puede ser afectada también por lo que se come; por ejemplo, el azúcar en exceso aumenta los niveles de insulina, lo que reduce la glucosa en la sangre, esto puede hacer que las personas se sientan fatigadas, tengan cambios de humor, o incluso estados depresivos, lo que genera ansiedad y un deseo por consumir más azúcar; las deficiencias de vitamina C están relacionadas con depresión o irritabilidad.

El reto de una buena dieta es difícil por las condiciones sociales actuales en donde predomina un consumo calórico excesivamente alto, compuesto de grasas y azúcares; el ajetreo y la necesidad de cumplir con las actividades diarias deja poco tiempo para una dieta adecuada, lo que deja a la comida rápida y los alimentos procesados como la primera y mejor opción. Darle la importancia a una alimentación

más sana y el apoyo social es fundamental; si la familia apoya el cambio en los hábitos alimenticios será más fácil obtener resultados, ya que se reduce la exposición y tentación a comidas perjudiciales.

3. Dormir constituye aproximadamente un tercio de la vida de las personas, y la calidad del sueño depende de sus fases, de factores comportamentales y fisiológicos: tiempo circadiano o la hora a la que se duerme; factores intrínsecos del organismo como edad, patrones de sueño o necesidad de dormir; conductas que facilitan o inhiben el sueño; y el ambiente donde se duerme.

Los factores comportamentales del sueño son los que determinan si puede considerarse sano o no; comenzando por el tiempo circadiano, es importante mantener un horario fijo para dormir y levantarse; esto puede ser difícil por malos hábitos, la interferencia de situaciones externas, enfermedades o ansiedad constante y depresión; aquellos que modifican constantemente sus horarios, pueden tener problemas de salud, inestabilidad emocional o alteraciones de sueño.

Entre los factores intrínsecos está la necesidad de dormir que varía naturalmente con la edad, aproximadamente desde los 20 años el patrón de sueño ideal se mantiene entre 7 y 8 horas; cualquier alteración que se haga en los patrones que el cuerpo requiere traerá problemas, pero quienes más probabilidades tienen de sufrir algún padecimiento asociado, son los que habitualmente duermen 6 horas o menos.

Otras variables que pueden perjudicar la calidad del sueño son la presencia de depresión, estrés o ansiedad constante, el consumo de sustancias estimulantes aún en pocas cantidades, el uso prolongado de fármacos para dormir, consumir alimentos con alto contenido proteínico por la noche y la excesiva actividad mental durante la noche; además, un ambiente poco propicio, donde el ruido sea excesivo, las temperaturas demasiado bajas o altas, la presencia de alta iluminación y la poca comodidad. La práctica regular de ejercicio, siempre que se realice entre 4 y 6 horas antes de dormir y una adecuada alimentación inducen un mejor descanso.

4. La promoción del sexo seguro es un tema en el que los esfuerzos se han acrecentado desde la aparición del VIH en los años ochenta; la tasa del virus ha incrementado desde entonces y su principal medio de transmisión son las relaciones sexuales, ya que durante ellas se producen micro lesiones en la vagina y ano, que permiten que el virus presente en los fluidos vaginales y seminales pasen al torrente sanguíneo; el contagio también puede suceder durante el sexo oral, por la presencia de lesiones abiertas en la boca; el uso de preservativo y mantener relaciones monógamas disminuyen drásticamente las probabilidades de infección.

Se recomienda también el uso de métodos anticonceptivos, pues el embarazo no esperado, sobretudo en adolescentes, es un grave problema social debido a que los adolescentes no reciben la atención adecuada, o llevan a cabo conductas de riesgo durante el embarazo.

Conlleva grandes consecuencias psicológicas, sociales, educativas y económicas para los jóvenes padres y sus familias; problemas de salud potenciales para la madre, como el doble de probabilidades de padecer anemia, preclamsia o complicaciones durante el embarazo y parto que pueden llegar a ser fatales, y en 4 de cada 10 casos, aborto. En el caso de los niños, su morbilidad y mortalidad es doblemente más elevada, y presentan con más frecuencia malformaciones congénitas, retraso mental, problemas de desarrollo, parálisis cerebral, ceguera o epilepsia.

5. Adicciones. Actualmente el consumo de sustancias tóxicas, representan un fuerte malestar en la cultura general; la adicción a las drogas es más frecuente entre la población, la edad mínima en la que se presenta su consumo es cada vez menor y es causa de muchos problemas físicos, psicológicos y sociales; la mayoría causados por el alcohol y el tabaco. A este problema se suman las adicciones comportamentales, es decir, conductas que generan dependencia del mismo modo que lo haría una sustancia, como la adicción al juego, al sexo, al internet, el uso de teléfonos celulares, a las compras, entre otras.

La dependencia a una sustancia o a una conducta atraviesa las mismas etapas; en primer lugar, la persona desarrolla tolerancia, lo que significa que la satisfacción

experimentada disminuirá con el tiempo si mantiene las dosis en las mismas cantidades, lo que la llevará a aumentarlas para conseguir el mismo efecto. También se atraviesa por el síndrome de abstinencia como consecuencia de la interrupción de consumo; causa malestar físico y psicológico, que será aliviado, usando nuevamente la misma sustancia o una similar.

Si la persona se percató de que ha estado consumiendo en mayores cantidades o por más tiempo del que había planeado; intentará (sin éxito) disminuir o detener su consumo. Con el paso del tiempo, las personas comienzan a dedicar cada vez más tiempo y esfuerzo en actividades relacionadas a su adicción, y descuidan otros aspectos de su vida personal, afectiva, laboral, etc. Al final, el adicto puede ser consciente de que tiene un problema y de los efectos negativos en su vida, pero no encuentra cómo detenerlo.

Generalmente alguien con una adicción pasa por estas etapas repetidamente antes de decidirse a buscar ayuda, y aún entonces, suelen necesitarse varios intentos antes de poder mejorar realmente. Hay dos principales razones para ello, en primer lugar, está la constante negación ante una dependencia de cualquier tipo; en segundo lugar, está la fuerte relación que se establece entre el consumo con el placer (satisfacción) y con la abstinencia con displacer (síndrome de abstinencia), es decir, la adicción se convierte en el remedio para un mal que esta misma está provocando.

Sin embargo, cuando la persona finalmente se acerca a pedir ayuda, se le debe evaluar, determinando cuál es su adicción, qué la mantiene y cuáles han sido sus consecuencias. El objetivo final de toda intervención es la abstinencia, y para ello se debe conseguir la desintoxicación (en caso de las sustancias) o la deshabitación (para las conductas). Aunque cada etapa en la búsqueda de la abstinencia es difícil, combatir la dependencia psicológica suele ser un paso más largo y complicado que la fisiológica; se debe entrenar a las personas a reorganizar sus actividades cotidianas y a afrontarlas sin recurrir a su adicción, también se les prepara para que sean capaces de evitar y rechazar situaciones que puedan poner en riesgo la rehabilitación.

A pesar de que cada adicción tiene particularidades propias que deben ser tratadas, existen modelos genéricos para combatirlas, uno de ellos es el que propone Becoña y Vázquez (2001, en Oblitas, 2010), que consiste en cuatro etapas:

I. Se comienza con la demanda de tratamiento; el objetivo es retener al paciente indagando con profundidad sobre las motivaciones que tuvo para buscar ayuda y persistir en el tratamiento, también los recursos que posee para cumplir el objetivo.

II. Se evalúan, mediante entrevistas y auto-informes, las áreas individuales, sociales y familiares que deben cambiarse con más urgencia a corto y mediano plazo, y se busca la reinserción social.

III. Inicia el tratamiento, dividido en seis fases:

a) La desintoxicación, para la dependencia a una sustancia; apoyada por asistencia médica u hospitalaria.

b) Deshabitación psicológica y continuación de la abstinencia a la sustancia; se refuerza la adherencia al tratamiento y se le entrena en solución de problemas, control de estrés, técnicas de afrontamiento y habilidades sociales, relajación, reestructuración cognitiva y terapia individual y familiar.

c) Normalización; consiste en reajustar su estilo de vida mediante objetivos de reinserción y participación social por medio de planificación de objetivos, asertividad, aprendizaje de nuevas habilidades, actividades recreativas, etcétera

d) Prevención de recaídas, enseñando a seguir auto-instrucciones, control de estímulos, entre otros.

e) Apoyo a corto, mediano y largo plazo, con visitas, actividades recreativas, grupos de autoayuda

f) Reducción de daños; se aplica cuando la adicción deja secuelas y se busca reducir sus consecuencias, o bien, cuando se busca prevenir una recaída mediante intervenciones educativas sobre el problema de interés.

IV. Se da un seguimiento después de que se da de alta a la persona, por medio de llamadas, visitas, auto-informes o análisis de detección de drogas.

El psicólogo debe intervenir en todas las etapas del tratamiento a una adicción, pero su papel más fuerte se encuentra en combatir la fuerte asociación de la adicción con la satisfacción física, emocional, social y psicológica; y trata de romper la visión del estado de intoxicación como referente de un estado mejor del que se experimenta en la sobriedad.

Debe contar con el apoyo social de familiares y enfocarse en la modificación del entorno para reducir los factores que incrementen las probabilidades de recaídas; busca dirigir la atención de la persona a las ventajas de la sobriedad y las desventajas del consumo, ya que cuando una persona es adicta está concentrada en lo contrario; mientras más factores positivos o reforzantes se logre asociar con la abstinencia, las probabilidades de una recuperación son más elevadas.

6. Los accidentes son eventos involuntarios, sin embargo, pueden prevenirse voluntariamente con conductas y medidas de seguridad que reduzcan situaciones de riesgo; actualmente constituyen la tercera causa de muerte en países desarrollados, ocasionan la mitad de fallecimientos en niños y adolescentes.

Los accidentes domésticos son los más frecuentes, con aproximadamente un 75% de todos los que ocurren, abarcan todas las edades y ambos sexos; niños menores de 5 años y mujeres posmenopáusicas y ancianos son los más vulnerables; las clases bajas o medias son más propensas a sufrir percances durante el trabajo, por los empleos riesgosos que tienen.

Los accidentes de tránsito son los que causan más discapacidad y muerte, la mayoría de los casos se encuentra entre los 15 y 24 años y después de los 65; suelen estar relacionados con el consumo de drogas o medicamentos, alta velocidad, cansancio o estrés, y algunas variables ambientales como la mala calidad de las vías, funcionamiento de semáforos o uso de intersecciones. Finalmente, las actividades recreativas como los deportes de contacto, son fuente de lesiones, principalmente en hombres jóvenes.

La exposición de las personas a situaciones de riesgo está inversamente relacionada con la apreciación de la vida humana, propia y de terceros, es decir cuanto más se aprecie el bienestar, menos se expondrán a sí mismos y a otros a accidentes.

Las acciones destinadas a aminorar potenciales percances deben comenzar con encontrar los comportamientos pocos seguros y después valorar sus efectos en los problemas de una comunidad; después esas conductas se definen y categorizan, con el fin de hallar y priorizar aquellos factores que las estén facilitando y reforzando, para definir sobre cuáles se actuará primero; durante la intervención se debe medir el progreso y realizar las mejoras necesarias.

3.3.1 Estrés

Las emociones también repercuten en la salud, directamente en el bienestar psicológico y fisiológico, o indirectamente, al desencadenar y mantener conductas poco saludables. Las emociones más ampliamente asociadas a problemas de salud son la ansiedad y el estrés.

Oblitas (2010) señala que el estrés se desencadena naturalmente a partir de la relación que el individuo mantiene con el entorno, en el momento en que, con base en sus características personales, evalúa las situaciones a las que se enfrenta; de esta evaluación dependerá la relación que establece con los acontecimientos y si la sensación será positiva (eustrés) o negativa (distrés).

En primer lugar, la persona se centrará en conocer la situación a la que se enfrenta, y la evaluará basándose en que puede ser de amenaza, daño o pérdida, desafío, beneficio; después se valoran los recursos personales con los que se afrontará al problema, contemplando los recursos físicos, psicológicos, materiales, ambientales, sociales y aptitudes; finalmente, se realizan ajustes sobre la marcha para adaptarse lo mejor posible.

No importa cómo se evalúe una situación, las sensaciones buenas o malas que desencadene dependerán en mucho del resultado, sin embargo, cuando se les denomina desafiantes o benéficas, puede llevar al eustrés desde el comienzo del afrontamiento; siempre que se posean los recursos necesarios y la creencia en el éxito.

Esto se debe a que el cumplimiento de objetivos trae sentimientos o superar una dificultad, refuerza la autoestima y las estrategias de afrontamiento. Por otro lado, la falta de confianza, de habilidades de afrontamiento o la exposición constante a situaciones demasiado exigentes disparan el estrés, que puede enfermar a la persona.

Los efectos negativos dependen directamente del aumento de la intensidad percibida y de la duración de la sensación y de la poca adaptabilidad a la situación. Cuando el estrés se presenta de manera intensa pero breve, pueden presentarse problemas como trastorno por estrés agudo, por estrés pos-traumático, ataque de pánico, fobias, trastornos del estado de ánimo, que acarrear otros problemas como depresión o trastornos del sueño, irritabilidad, también pueden aparecer trastornos psicosomáticos, como contracturas musculares, cefaleas, úlceras, y otros. Estas consecuencias suelen ser pasajeras y la mayoría son reversibles.

Cuando el estrés se mantiene por meses o años, se hace crónico y los problemas de salud son más graves y permanentes; entre las enfermedades asociadas más comunes están los trastornos cardiovasculares como la hipertensión, infarto al miocardio, patología coronaria, arritmias, trombosis cerebral y muerte súbita; en el sistema digestivo se suelen presentar, dispepsia, gastritis, colitis nerviosa, gastroenteritis; puede afectar el sistema endocrino, alterando hormonalmente, lo que afecta al sistema nervioso central, el desempeño sexual y capacidad reproductiva; incluso puede aumentar el consumo de drogas.

A nivel psicológico se presenta el insomnio, depresión, agresividad, disfunción familiar y laboral, conducta antisocial y hasta psicosis grave; estos problemas, afectan el sistema inmune, cuya eficacia y reproducción decrece considerablemente, por ejemplo, se sabe que el estrés y la depresión, por la reducción de actividad que provocan en el sistema inmunológico, afectan el avance de varios tipos de cánceres, permitiéndoles desarrollarse con mayor rapidez.

3.3.2 Ansiedad

La ansiedad es un mecanismo natural que tiene como función motivar a la acción o ayudar a enfrentar una situación percibida como amenazante; actúa

deteniendo momentáneamente la actividad motora para enfocarse en cómo responder a una situación de la mejor manera. Es experimentada por todos en la vida cotidiana, y es inofensiva para el organismo en tanto se manifieste de forma moderada; sin embargo, cuando la ansiedad se experimenta a niveles excesivos, puede impedir actuar, reduce la funcionalidad y puede generar problemas psicológicos y fisiológicos.

El sentimiento constate de ansiedad suele ser producto del modo de vida acelerado que se lleva día con día; y puede dar lugar a crisis, que se presentan de manera súbita y momentánea; en algunas personas, las crisis aumentan en frecuencia con intervalos de relativa tranquilidad, y en otras, aún los periodos entre crisis se manifiesta ansiedad constante o crónica; en los casos más graves, se desarrollan trastornos, que incluyen de ansiedad, por estrés, fobias, obsesiones y compulsiones.

Puede entenderse a la ansiedad a partir de tres modelos explicativos y complementarios; el primero de ellos es el que la aborda desde lo biológico, que incluyen las alteraciones producidas en la psicofisiológica, bioquímica, neuroanatomía del cuerpo. Argumentan que los sistemas de neurotransmisión tienen un mal funcionamiento, ya sea por exceso (excitadora) o por defecto (inhibidora); implican, además, las estructuras cerebrales asociadas a las emociones y a la ansiedad, como la amígdala, el sistema límbico o septohipocámpico.

El segundo modelo es el de la conducta; este explica que cuando una persona se encuentra dentro de una situación que le exige un esfuerzo más allá de sus capacidades y no encuentra una manera efectiva de lidiar con ello, aprenderá que tal situación es amenazante, y cuando deba enfrentarse a esa misma situación u otra similar, lo hará sintiendo una fuerte ansiedad, que la llevará a comportarse de manera ineficaz. El problema con esto es que cada vez que la persona actúa desadaptativamente, aumenta los niveles de ansiedad, aumentando las probabilidades de fallar nuevamente y así, el ciclo se repite, convirtiéndose en un hábito.

Finalmente, el modelo cognitivo propone que la ansiedad se siente a partir de patrones cognitivos aprendidos que alteran una o más formas del pensamiento que conforman el sistema de procesamiento de información: los constructos, que pueden

ser estructurales, cuando se refieren a las partes del sistema; proposiciones que son los contenidos almacenados; procesos, son las operaciones con las que se maneja la información; productos, son el resultado del procesamiento.

Como complemento a estos modelos, se añade el papel que la personalidad tiene en la forma en que la ansiedad se experimenta. La personalidad se compone de aspectos de la conducta y pensamiento que se manifiestan de modo similar en diferentes momentos y situaciones; de esta estabilidad y consistencia del comportamiento se obtienen los rasgos. De esa manera, puede decirse que una persona tiene elevada ansiedad rasgo, cuando tiene la predisposición de percibir variadas circunstancias como amenaza y reaccionar ansiosamente en diversos momentos. De la interacción entre el rasgo y la situación, surgen los estados, que son momentáneos, una vez que la amenaza termina, el estado ansioso se acaba.

Se debe señalar que el mecanismo fundamental de la aparición e intensidad de la ansiedad es la valoración subjetiva que se hace de factores externos o internos; esas percepciones, pensamientos y emociones, están fundamentadas en el aprendizaje, por lo tanto, se puede re-aprender a pensar y actuar de manera más adecuada. Este es el principio sobre el que se basan las estrategias de manejo de la ansiedad, que se enfocan en la activación fisiológica o bien, en el entrenamiento en resolución de problemas, habilidades sociales, autoestima o autoconcepto, entre otros.

Las similitudes entre estrés y ansiedad los convierten en conceptos tomados habitualmente como sinónimos; ambos pueden servir como agentes para el afrontamiento, preparación y solución de problemas, así como desarrollar efectos negativos; no obstante, el estrés puede desarrollar emociones positivas relacionadas con el logro y cumplimiento de objetivos. Otra diferencia es que la ansiedad puede sentirse sin motivo aparente o por razones desconocidas para el afectado, en tanto que el estrés necesita de una situación o estímulo estresor, interno o externo, identificado (Oblitas, 2010). No obstante, las consecuencias a la salud pueden ser las mismas para ambos tipos de emoción y afectan la calidad de quienes las sufren.

3.4 Calidad de vida

La calidad de vida se define como la valoración objetiva y subjetiva de los elementos con los que se cuenta para cubrir las necesidades básicas, como vivienda, salud, alimentación, trabajo, vestido, ocio y derechos humanos. Cabe aclarar que cuando se habla de la evaluación subjetiva se refiere a la que hace cada persona y o cada grupo sobre sus propias circunstancias; y cuando se realiza la observación objetiva, se analizan las respuestas individuales y sociales ante esos elementos.

Ya fue señalado por Oblitas (2010) que después de años de estilos de vida poco saludables y de vivir con ansiedad y estrés constantes, se desarrollan padecimientos que merman el bienestar de las personas y las restringen en sus actividades diarias, como los trastornos de ansiedad, la depresión, o las enfermedades crónico-degenerativas; lo que preocupa al psicólogo de estas enfermedades es cómo afectan la calidad de vida.

El caso de las enfermedades crónico-degenerativas y terminales resalta porque avanzan constantemente, no tienen cura, el deterioro físico y emocional aumenta con el tiempo, al igual que los efectos secundarios de los tratamientos. Esto inspiró a que se elaborara el concepto de “calidad de vida relacionada a la salud”, que es el valor asignado a la duración de la vida en función de los cambios que se presentan en lo social, físico, psicológico y la funcionalidad a raíz de una enfermedad, lesión o tratamiento; y ayuda a medir el bienestar de los pacientes y da información sobre los costos y beneficios potenciales de cualquier tratamiento médico.

Un profesional de salud mental, interviene de ser necesario, desde que se informa el diagnóstico, ayuda en la medición de bienestar en diferentes momentos del paciente y en la adaptación psicológica y social ante las nuevas y cambiantes circunstancias producto de la enfermedad.

El proceso de duelo es un claro ejemplo de adaptación; la persona se enfrenta a las etapas de negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Se procura que la aceptación llegue lo antes posible, ya que facilita la adherencia al tratamiento, el ajuste a la enfermedad y la modificación de hábitos; de no tomar papel en este proceso, las

personas pueden alternar entre una y otra etapa por largos periodos de tiempo, empeorando su situación, otro peligro son la depresión o los diferentes trastornos depresivos y de ansiedad, que, en el peor de los casos, pueden llevar al suicidio.

Para ayudar a sobrellevar los cambios psicosociales de un paciente crónico o terminal, se realiza un análisis de las variables que pasadas y presentes que conforman el padecimiento. Los eventos antecedentes son los que contribuyeron parcial o totalmente al desarrollo de la enfermedad, tomándose en cuenta las áreas biológicas, psicosociales y ambientales; también se incluyen las circunstancias contextuales, es decir, sociodemográficas y culturales. Todas estas variables afectan el proceso adaptativo a la enfermedad, que es lo segundo que debe conocerse.

La reacción ante la noticia y el estilo de vida que se llevará al recibir un diagnóstico crónico o terminal varía individualmente; se analizan por plazos, en el corto e inmediato, pueden presentarse el shock, ansiedad, depresión o enojo; a largo plazo, se observa si adaptación es pasiva o activa, en las áreas afectivas, conductuales, la integración y las limitaciones físicas.

Finalmente se realiza un sondeo global para conocer y anticipar las consecuencias a nivel psicológico, marital, familiar, interpersonal, laboral, ambiental (independencia y satisfacción con condiciones de vida), escolar y recreativa.

Conociendo la calidad de esas áreas, pueden elegirse las estrategias de intervención que requieren el entrenamiento en inoculación al estrés, relajación, habilidades sociales, solución de problemas. Otra parte importante es la prevención de segundo y tercer nivel y el trabajo conjunto de los profesionales involucrados, el fortalecimiento de la adherencia terapéutica, estrategias de modificación de conducta, grupos de ayuda, tratamiento psicológico contra la depresión y los cambios físicos y fisiológicos que obstruyen el desenvolvimiento funcional.

Durante el tratamiento psicológico se pretende que el paciente sea consciente de su nueva realidad pero que no se defina a sí mismo en base a su enfermedad, y que sus relaciones sociales estén basadas en la interacción con los demás desde una perspectiva persona-persona, en lugar de enfermo-sano. Esto último es importante

porque la visualización de “normalidad” ayuda a mejorar la calidad de vida, pues, como se dijo antes, se basa en las percepciones subjetivas personales, mientras más positivas o neutrales sean, las probabilidades de que se presenten comportamientos desadaptativos o trastornos psicológicos graves, serán menores.

3.5 Psicoterapia breve

Es la estrategia más utilizada por los psicólogos para ayudar directamente a las personas con sus estilos y calidad de vida en el primer nivel de atención a la salud; la razón de esto es que este tipo de intervención de corta duración y permite atender a un mayor flujo de pacientes, algo indispensable en el nivel más saturado de todo el sistema de salud, otra ventaja es que reduce los costos y ofrece resultados rápidamente.

De acuerdo con Hewitt y Gantiva (2009), su principal objetivo es hacer que la gente pueda identificar cuáles son los comportamientos, emociones y pensamientos que les están causando el problema en cuestión, motivar el cambio y ponerlo en marcha. Siempre se enfoca en problemáticas específicas, generalmente ya identificadas por el paciente.

No suele tratar trastornos clínicos severos y siempre debe evaluarse si una persona es una candidata adecuada para este tipo de tratamiento o si debe ser referido a alguno más especializado, otro criterio de evaluación es que pueda tomar decisiones acerca del objetivo de la terapia, que se le pueda dar solución en el periodo que abarca el tratamiento de 5 sesiones en promedio, y que exista disposición para llevar a cabo el cambio.

Se apoya de hacer que el paciente reconozca y contraste sus ideas con sus conductas, así como los antecedentes y consecuencias de éstas. Para poder ayudarle a desarrollar las habilidades que requerirá para mejorar su situación y prevenir que ocurra la conducta problema, se le explica que las creencias que tiene sobre sus propias capacidades determinan cómo actúa, y para modificar las percepciones que le impiden avanzar positivamente, esas ideas deben ser cambiadas o reaprendidas; así tendrá mayores posibilidades de reajustar sus emociones y conducta.

Ese reajuste voluntario es impulsado por un sentido de autoeficacia, es decir, la convicción de que se puede tener un control sobre su entorno, en la medida en que ese entorno interactúa con sus decisiones personales, y que esas decisiones son su responsabilidad y que pueden controlarlas, en palabras de Bandura la autoeficacia son las ideas orientadas “no hacia las habilidades que tienen, sino hacia los juicios de lo que pueden hacer con las habilidades que poseen” (1986, en Hewitt y Gantiva (2009), p. 167).

La corta duración de la psicoterapia breve se debe a que busca prevenir el abandono del tratamiento, pues es común que ocurra con las terapias de larga duración; también ayuda a los objetivos generales, ya que establecer metas a corto plazo promueve que el paciente se movilice e impide la dependencia; precisamente por el enfoque en resultados rápidos, y el enfoque en el control de situaciones actuales, esta terapia no puede centrarse demasiado en el pasado de la persona. También es más accesible, porque menos consultas implican menor costo para la comunidad y puede adaptarse para atender a quienes están en espera de servicios más especializados o como complemento a éstos.

Aunque hay varios modelos de acción, una estructura básica es la FRAMES, por sus siglas en inglés:

1. Feedback. Es la retroalimentación que se da a la persona sobre los riesgos personales y sociales de su actuar.
2. Responsibility. Dejar claro que la persona es responsable de su cambio.
3. Advise. Asesorarlo en el proceso de cambio.
4. Menu. Proporcionar un abanico de opciones de cambio.
5. Empathetic. Tener una relación empática.
6. Self-efficacy. Fortalecer la autoeficacia.

La retroalimentación también puede hacerse sobre los resultados que ha ido obteniendo, se puede evaluar su disponibilidad, negociar las metas y estrategias, y establecer sesiones de seguimiento. Las etapas no siempre siguen un orden específico, si es necesario, pueden y deben reajustarse.

Las estrategias finales de una intervención son la solución de problemas y autocontrol que son congruentes con los objetivos iniciales, la responsabilidad de sus acciones y sus consecuencias y la autoeficacia.

Cuando se habla de autocontrol, se refiere a que una persona debe ser capaz de comportarse con la constancia suficiente para obtener recompensas a largo plazo, posponiendo las que pudiera obtener de forma inmediata; una ventaja del autocontrol es que es tendiente a reforzarse a sí mismo, cuando alguien controla la impulsividad de ganar a corto plazo, obtiene resultados que son mucho más valorados, más duraderos y con mayores ventajas. El desafío es que es más sencillo actuar o planear con los elementos disponibles en el momento y que la evaluación de una recompensa lejana suele perder peso cuando se compara con una que puede tenerse en poco tiempo.

Por eso este entrenamiento es vital, porque será una habilidad necesaria para que la persona pueda ser autónoma y tomar control de variedad de situaciones una vez finalizado el proceso terapéutico. Para entrenar en autocontrol y solución de problemas el paciente debe, en primer lugar, llevar a cabo la auto-observación y registrar su conducta, esto para línea base de comportamiento (principalmente de frecuencia e intensidad), para fortalecer la conciencia del propio comportamiento y poder evaluar la eficacia del tratamiento.

El establecimiento de metas es un proceso constante en todas las sesiones, para crear el hábito de plantearlas en términos realistas y medibles, esto es, con metas precisas, con conductas expresadas positivamente, que no dejen lugar a la ambigüedad, esto permite aterrizarlas y observar claramente los avances.

La identificación de antecedentes y consecuentes facilita entender ampliamente el propio comportamiento, comenzando con las emociones, pensamientos y situaciones que detonan el problema, y lo que resulta de él. Después se planean las estrategias de cambio, teniendo en cuenta las posibles dificultades que puedan presentarse en el proceso, para acrecentar la confianza y evitar la desmotivación.

La toma de decisiones ya tiene un precedente cuando la persona decidió modificar su problema; después se hará presente cuando, ya habiendo evaluado las alternativas, elija una a seguir, tomando en cuenta los recursos que necesitará para lograr lo que se propone.

Durante la implementación de las estrategias elegidas, se le enseña a la persona a ser capaz de realizar autoevaluaciones, tomando como medida de efectividad las consecuencias que resultan de comportarse diferente; cuando encuentra beneficios, debe auto-reforzarse, de lo contrario, puede volver a planear una nueva estrategia y seguir desde ese punto el proceso.

3.5.1 Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU)

La psicoterapia breve puede ser implementada de muchas maneras, sin embargo, como afirma Bellack (1999), estas modalidades no son excluyentes, sino que pueden usarse conjuntamente para proveer al psicólogo de las herramientas necesarias para explorar y atender al paciente de la manera más completa posible. Este modelo integrador es llamado PBIU, que tiene orientación con base psicoanalítica, pero que puede utilizar los aportes de los enfoques cognoscitivos, sistémicos, conductuales o de la terapia de insight.

Bellack propone que cuando un paciente llega a consulta se debe esclarecer puntualmente el motivo de consulta, porqué tomó la decisión de acudir en ese momento y no en otro, y que para entender la problemática es necesario conocerla en su pasado inmediato y en la historia personal. El interés en la historia personal se basa en la noción de que provee información de los factores que se involucran en el proceso de formación de un síntoma, es decir, cómo las condiciones sociales, económicas, familiares, están interactuando para que el paciente desarrolle un problema; ese contexto siempre dará al psicólogo más certeza y eficacia al tratar un síntoma.

Los síntomas son entendidos como consecuencias de lidiar de manera poco efectiva las dificultades; la gente se habitúa a reaccionar o manejar las situaciones desafiantes de ciertas maneras, éstas no son siempre las más adecuadas, y con el paso del tiempo esa poca adaptabilidad se manifiesta psicológica o físicamente de

manera negativa. Estos patrones de acción no son permanentes o inmutables, en el entendido de que si pudieron formarse a través del proceso de aprendizaje, pueden modificarse aprendiendo nuevas maneras de comportarse; mediante el tratamiento de un problema en específico y estableciendo las metas a alcanzar para solucionarlo.

El perfil básico de este método es el siguiente:

1. Cinco o seis sesiones con duración de 50 minutos, una vez por semana.
2. Una sesión de seguimiento un mes después.
3. Anamnesis completa.
4. Valoración psicodinámica estructural.
5. Considerar los aspectos médicos y sociales.
6. Plan para áreas de intervención.
7. Plan para los métodos de intervención.
8. Plan para la secuencia de áreas y métodos de intervención.
9. Decidir si serán sesiones individuales, o si serán combinadas con sesiones familiares o conjuntas.
10. Considerar las condiciones facilitadoras como el uso de fármacos u hospitalización breve.

Este método es una guía, lo que quiere decir que no es rígido, sino adaptable, por ejemplo, el número de sesiones parece adaptarse bien a las necesidades y disposición de los pacientes, sin embargo, hay casos que pueden requerir más sesiones; lo mismo sucede con la duración, que, principalmente la primera puede extenderse hasta el doble, o bien, pueden recortarse.

Al final de la terapia breve se espera que la problemática inicial esté resuelta y se pretende que la persona pueda hacerse cargo de su propio cambio y que pueda tomar lo aprendido para resolver nuevos problemas.

4. INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO (ISEM)

Durante los semestres 2014-II y 2015-I se realizó en el Instituto de Salud del Estado de México una intervención con el fin de brindar el servicio de psicoterapia y apoyo en actividades de promoción y prevención en el primer nivel de atención a la salud; en este apartado se describe información general del Instituto y del centro de salud en donde se intervino.

De acuerdo con los datos presentados por Reyes y Cárdenas (2011), el ISEM es una dependencia del gobierno creada en 1987, encargada de resguardar la salud y buscar el bienestar de la población; respondiendo a sus necesidades con servicios de calidad. Recientemente adoptó la cultura de la promoción y prevención como principal medio para lograr esos objetivos; y lleva a cabo sus tareas mediante equipos de trabajo interdisciplinarios, la participación comunitaria, reducción de factores de riesgo, mejoramiento de condiciones sanitarias. A continuación, se muestran sus tres ejes principales:

- Misión. “Proporcionar con oportunidad, calidad y calidez, servicios de salud pública para contribuir al ejercicio pleno de las capacidades de la población de Estado de México.”
- Visión. “Ser la institución líder que proporcione servicios de Salud Pública, de calidad en sus tres niveles de atención a la población... fomentando la prevención y la cultura del autocuidado, para satisfacer las demandas de la sociedad.”
- Objetivo General. “Proporcionar con prontitud, eficacia y calidez, servicios de salud a la población abierta del Estado de México, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, así como al mejoramiento de su calidad de vida y desarrollo social.” (Reyes y Cárdenas, 2011, p. 7)

Brinda asistencia social al sector de la población que no cuenta con ningún tipo de seguridad social, grupos vulnerables y de escasos recursos; aunque también colabora con otras instituciones y organismos públicos y privados para satisfacer las necesidades sociales de la manera más amplia posible.

Considera que la calidad en los servicios es un compromiso y deber para la institución y para la sociedad y que debe ser abordada integralmente y en armonía con el nuevo modelo de salud. Toma en cuenta a todo el sistema de salud, en sus partes orgánicas: dependencias, cadena de mando, recursos humanos; y procedimentales: normatividad, regulación de establecimientos, la actualización constante de guías, el trabajo basado en evidencias.

Vigila que se cumplan los lineamientos establecidos en las normas de funcionamiento y cuida que se implemente el énfasis en la promoción, prevención y rehabilitación como las formas más eficaces de cuidar la salud de la población. También busca ser una institución incluyente, que permita la participación comunitaria y que sus trabajadores siempre procedan con responsabilidad, ética y equidad.

4.1 Centro de Salud Urbano “San Lucas Patoni”

Según la información de Guerrero (2015), a partir de la conferencia de Alma Ata de 1978, se estableció el objetivo de “Salud para todos en el año 2000”; para alcanzar este objetivo y tener una mayor distribución de los recursos de atención a la salud, el territorio de cada municipio se dividió en regiones y éstas en microrregiones que comprenderían a una población abierta.

De esta división surgió el CSU San Lucas Patoni, inaugurado por el Dr. Gustavo Baz Prada en 1981; en sus inicios brindó una variedad de servicios, incluyendo la consulta médica general, inmunización, servicio dental, entre otros. Se encuentra ubicado en Emiliano Zapata S/N, Col. San Lucas Patoni, Tlalnepantla de Baz, C.P. 54100, Estado de México.

Es un centro de Atención Primaria con derivación disponible a instalaciones de segundo y tercer nivel; pertenece a la Jurisdicción Tlalnepantla y es dirigida desde la Coordinación El Tenayo; el área que le corresponde atender abarca las colonias Guadalupe Chalma (norte), Zona Escolar y Acueducto de Guadalupe (este), El Tenayo (oeste) y San José de la Escalera (sur).

La población que puede utilizar este centro es de 20,060 hombres y 20,329 mujeres; está dividida en 9 Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB), es decir, un

conjunto de manzanas delimitadas: El Puerto, Puerto Chalma, San Miguel Chalma, Unión Chalma, San Lucas Patoni, San Lucas Patoni (2), San Bartolo Tenayuca, Acueducto Tenayuca y Tenayo.

Actualmente la atención se brinda en el turno matutino de 7:00 a 16:00 hrs. y el vespertino de 16:00 a 20:00 hrs., en la tabla siguiente se muestran los recursos disponibles:

RECURSOS HUMANOS		INFRAESTRUCTURA	
Turno matutino		Turno vespertino	
Director	1		6 consultorios médicos
Administrador	1		1 módulo de estimulación temprana
Jefe de enfermeras	1		1 área de CEDHATOS
Médico General	5	Médico General	3
Medico pasante	1		1 Somatometría
Enfermeras	4	Enfermeras	2
Pess.	3		1 cuarto de aseo
Odontólogos	3		1 baño para pacientes hombres
Asistente dental	1		1 baño para pacientes mujeres
T.A.P.S.	12		1 vestidor para personal femenino
Cuidadora de la salud	2		1 vestidor para personal masculino
Estadígrafo	1		1 almacén
Trabajadora social	1		1 archivo
Auxiliar de farmacia	1	El mismo	1 caja
Administrativos	4	Administrativos	2
Intendencia	2		1 farmacia
Veladores	2		1 jefatura de enfermería
Vigilantes	2	Los mismos	1 consultorio dental
			1 área de inmunizaciones
			1 estadística
			1 administración
			1 área secretarial
			1 dirección
			1 área para TAPS
			1 aula
			1 módulo de detecciones

Tabla 1. Recursos humanos e infraestructura del CSU San Lucas Patoni (Guerrero, 2015, p. 24).

El departamento de enfermería realizó un análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) en este centro de salud, encontrando:

- Fortalezas
 - Programa anual de trabajo
 - Programa de capacitación
 - Programa de supervisión
 - Bitácora de mantenimiento preventivo
 - Rol de servicios
 - Control por medio de libretas
 - Insumos suficientes
 - Cardex de asistencia
 - Coordinación y comunicación con los jefes
 - Normatividad existente
- Oportunidades
 - Centro de salud acreditado
 - Normas Oficiales Mexicanas (NOM)
 - Cédula de satisfacción de los usuarios (calidad)
 - Programa de estímulos a la calidad de enfermería
 - Base Legal (Ley Federal del Trabajo, Condiciones Generales de Trabajo)
 - Capital intelectual de enfermería profesional y no profesional
 - Dirección de enfermería comprometida con la mejora continua
- Debilidades
 - Personal renuente al cambio
 - Personal de nuevo ingreso no comprometido con la institución
 - Procesos incompletos
 - Representante sindical
 - Falta de interés por la capacitación y desarrollo humano por exceso de trabajo
- Falta de instructivos y manuales para uso de aparatos electro médico
- Insuficiente tecnología
- Uso inadecuado de insumos
- Faltas programadas
- Amenazas

- Aumento de la población adscrita al seguro popular
- Ausentismo no programado
- Representantes sindicales
- Desconocimiento del manejo de algunas normas oficiales
- Transición demográfica de la población
- Baja cultura de auto cuidado de la salud en la población
- Aumento de quejas en el buzón

A partir del análisis FODA, se busca mejorar la institución mediante 5 principales estrategias:

1. Promover la capacitación para el desarrollo del personal.
2. Motivar al personal para que acuda a capacitación para su superación profesional.
3. Vigilar el cumplimiento de las técnicas y procedimientos del personal de enfermería para mejorar la calidad de la atención.
4. Organizar los servicios en base a las necesidades y los recursos humanos.
5. Solicitar recursos humanos de acuerdo a número de médicos, servicios y AGEBS.

El personal de enfermería con la colaboración del departamento Trabajo Social, pueden ejecutar estrategias de mejora que abarquen al personal del centro de salud y su funcionamiento interno.

4.1.1 Organigrama

A continuación, se presenta un esquema que muestra la estructura orgánica interna del CSU San Lucas Patoni:

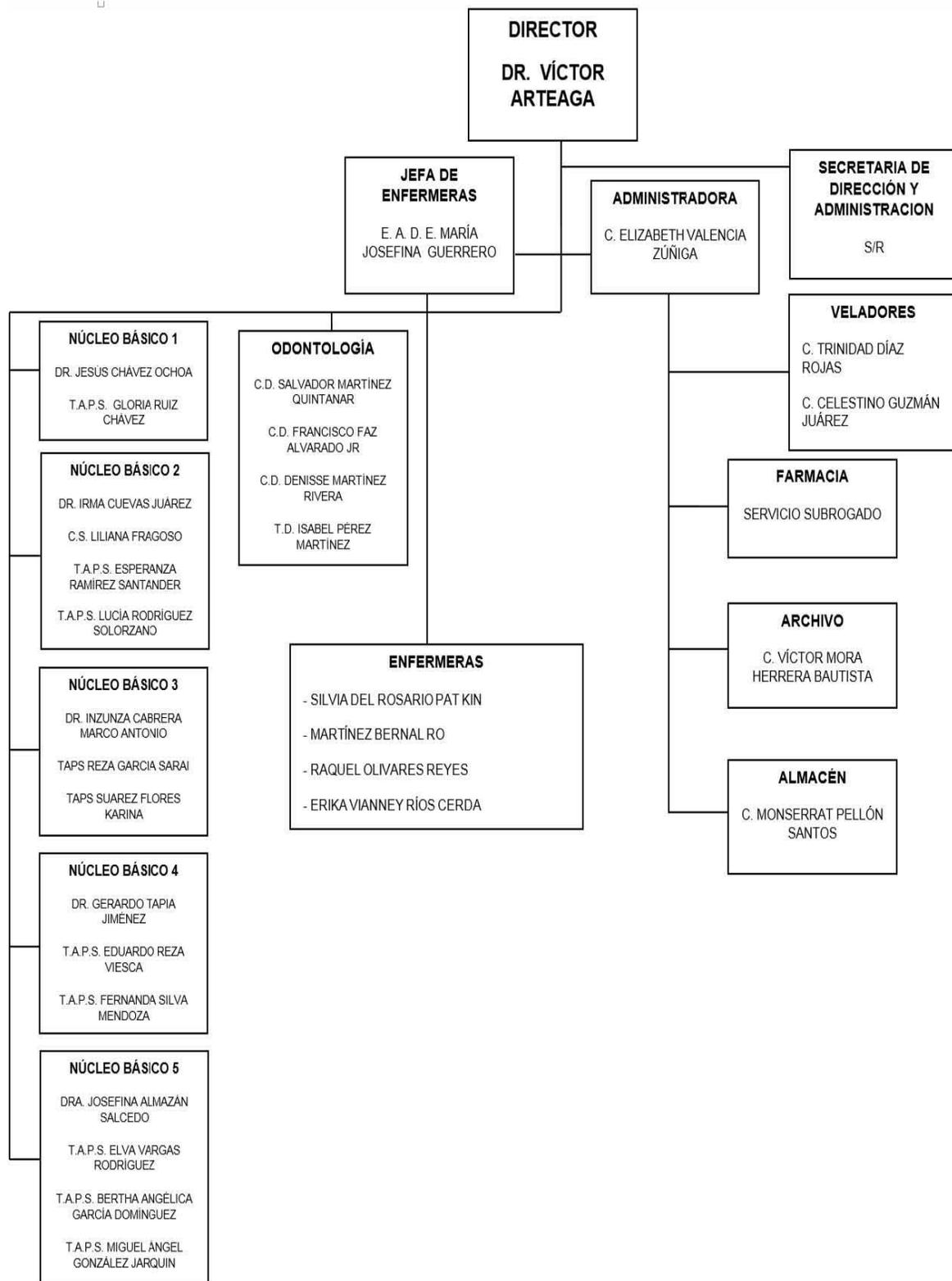


Figura 3. Organigrama CSU San Lucas Patoni (Guerrero, 2015, p. 21).

4.1.2 Funciones del personal en el CSU San Lucas Patoni

Las actividades más importantes y servicios que ofrece el Centro de Salud se dividen en las funciones de los profesionales que ejercen la mayoría de las tareas, cabe destacar que en el CSU San Lucas Patoni, algunas de las enfermeras también desempeñan actividades de TAPS:

Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS)

- Participa en programas de capacitación investigación y calidad.
- Delimita zona geográfica bajo su responsabilidad representada en un croquis numerando por casas, manzanas y sectores.
- Elabora y actualiza el diagnóstico de salud de la comunidad especificando los riesgos familiares e individuales.
- Elabora y actualiza tarjetas de visita familiar en forma continua.
- Orienta, aconseja y realiza demostraciones mediante comunicación educativa correspondientes a factores de riesgos y cuidados de la salud en familias y comunidad.
- Capacita a madres en el cuidado de salud familiar con énfasis en menores de cinco años.
- Detecta mujeres embarazadas en el primer embarazo canalizándolas a la unidad de salud para su control.
- Realiza actividades de prevención y control de enfermedades infecciones conjuntamente con el núcleo básico.
- Informa los casos epidemiológicos de manera oportuna.
- Realiza referencias de comunidad a la unidad.
- Trabajo en conjunto con la trabajadora social.
- Da charlas informativas a la comunidad.

Médicos generales

- Atención en consulta externa.
- Derivación de pacientes.
- Atención de heridos.

Enfermeras

- Participa en programas de capacitación, investigación y calidad implementados en área de adscripción
- Participa en la elaboración del programa operativo anual del centro de salud
- Apoya en la consulta médica prestada en el consultorio
- Colabora en el control de los expedientes clínicos
- Realiza curaciones, ministra medicamentos
- Participa en semanas de salud, aplicación de biológico basado en las normas oficiales.
- Participa en programas de educación para la salud a la población.
- Orienta a los pacientes y familiares en la participación de tratamiento y prevención de enfermedades.
- Forma y coordina grupos de personas con riesgos y problemáticas similares para su atención.
- Coordina y vigila la correcta clasificación del manejo de residuos biológicos infecciones conforme a la normatividad.

El Centro de Salud cuenta con una excelente organización para la atención de la comunidad, ya que se apegan a los programas de salud y a pesar de las carencias de recursos que existe a nivel salud, el personal siempre busca brindar la mejor atención a la comunidad. El personal de salud está en constante capacitación y supervisión para orientar de manera correcta a los pacientes e integrantes de la comunidad, dar atención de calidad y humanitaria.

5. REPORTE DE INTERVENCIÓN

Las actividades realizadas durante la intervención de psicología estuvieron divididas en dos áreas principales:

1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
2. Psicoterapia breve.

Tales actividades tuvieron lugar en el ya mencionado CSU San Lucas Patoni, los días martes y jueves con un horario de 8:00 – 14:00 hrs. En ocasiones estas actividades eran realizadas alternadamente por ambos pasantes; mientras uno brindaba atención psicológica, el otro realizaba actividades de promoción y prevención; en otras, ambos pasantes participaron de las mismas actividades; esto estaba condicionado a las necesidades diarias del centro de salud.

Durante toda la intervención se recibieron visitas periódicas de la Mtra. Blanca Leonor Aranda Boyzo, quien imparte la materia Psicología Aplicada Laboratorio VII y VIII, con el fin de dar chequeos a las labores, orientar y aclarar dudas que surgieran durante su ejecución.

A final de cada mes se entregaban registros de todas las tareas hechas al departamento de estadística y un reporte mensual a la Mtra. Blanca Aranda, también se le entregó se realizó un reporte completo de lo realizado cuando finalizó la intervención.

5.1 Actividades de Promoción y Prevención

En este rubro se realizaron pláticas educativas a la población en las dos salas de espera con las que cuenta el centro de salud, también se dieron en escuelas a nivel kínder, primaria y secundaria. Durante algunas de esas pláticas se dio material informativo como trípticos (ver anexos); y en la secundaria se administraron cuestionarios de detección de violencia y adicciones.

En la siguiente tabla se muestran los datos de lo hecho en esta área por ambos pasantes:

TEMA	CANTIDAD	LUGAR	IMPACTO (PERSONAS)
Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H)	7		94
Depresión	6		55
Psicología y psicoterapia	4		24
Esquizofrenia	4		36
Bullying (acoso escolar)	4		35
Estimulación temprana	2		20
Demencia	2		15
Asertividad	2		15
Disciplina en casa	2		20
Planificación familiar	2		24
		Secundaria	
Planificación familiar	2	Técnica “José María Velasco Obregón”	79
	2	Primaria “20 de Noviembre”	84
Bullying (acoso escolar)	2	Primaria “Ramón García Chávez”	74
	2	Primaria “Miguel Hidalgo”	25
Disciplina en casa	1	Jardín de niños “Fernando de Alba”	30
TOTAL			630

Tabla 2. Pláticas de Promoción de la salud y Prevención de la Enfermedad.

El centro de salud proporcionó cuestionarios que podían ser contestados por los usuarios, para detectar situaciones que requirieran atención, estos eran entregados a las TAPS (ver anexos):

- Herramienta de Detección de Violencia
- Cuestionario de Fasgerström para Detectar la Dependencia a la Nicotina
- Cuestionario AUDIT (Pruebas para identificar trastornos por el Consumo de Alcohol)
- Cédula de Indicadores para Medir Dependencia a Drogas

También se le daba continuamente folletos y trípticos al área de trabajo social, que los ponía a disposición de los usuarios del centro y éstos podían tomarlos en cualquier momento. Otras actividades incluyeron carteles conmemorativos de efemérides y un periódico mural con tema del Día Mundial de Salud Mental (ver anexos):

5.2 Psicoterapia

Este servicio fue puesto en marcha durante esta intervención después de que fue suspendido por un año en el centro de salud. Al ser reinstaurado fue proporcionada una lista de espera de personas que habían solicitado el servicio por adelantado; aunque se trató de contactar a estas personas, ya no pudieron acudir por diversas cuestiones.

El centro marcó un costo inicial del servicio de psicoterapia de \$124.00 MXN por 5 sesiones (ver anexos); posteriormente el costo se eliminó y fue promocionado como un servicio totalmente gratuito. Se realizó la promoción de la psicoterapia a través de carteles en el centro de salud y de tarjetas con la información de cómo recibirlo. El servicio fue altamente demandado, teniendo respuesta de la población desde el primer momento.

Se ofreció la modalidad de psicoterapia breve, y el diagnóstico solicitado por el centro de salud se realizó según los parámetros de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10).

Se atendió a la gente en el orden en que solicitaba el servicio, en el momento en que las horas disponibles se agotaron, se hizo un registro de los interesados y se les mantuvo en espera, conforme un espacio se abría, se recibía a alguien nuevo.

La mayoría de las sesiones se llevaron a cabo en el aula designada originalmente para Estimulación temprana, pero se dio la facilidad de usar ese espacio como consultorio de psicología y de acondicionarlo para tal uso. En los momentos en que algún consultorio médico estuviera disponible se permitió usarlo para el mismo fin, así como el aula de TAPS en algunas ocasiones.

Se brindó la modalidad de psicoterapia breve; cada tratamiento tuvo una duración promedio de 5 sesiones, aunque en algunas excepciones, se daba una sesión extra; también se programó una sesión de seguimiento un mes después de finalizado el tratamiento. Cada sesión era registrada en un formato proporcionado por el centro, denominado “Notas de Evolución” (ver anexos) y luego estas hojas se añadían al expediente clínico mediante el departamento de Archivo.

A continuación, se presentan gráficos que muestran datos estadísticos provenientes de la prestación de este servicio y de los 21 pacientes atendidos:

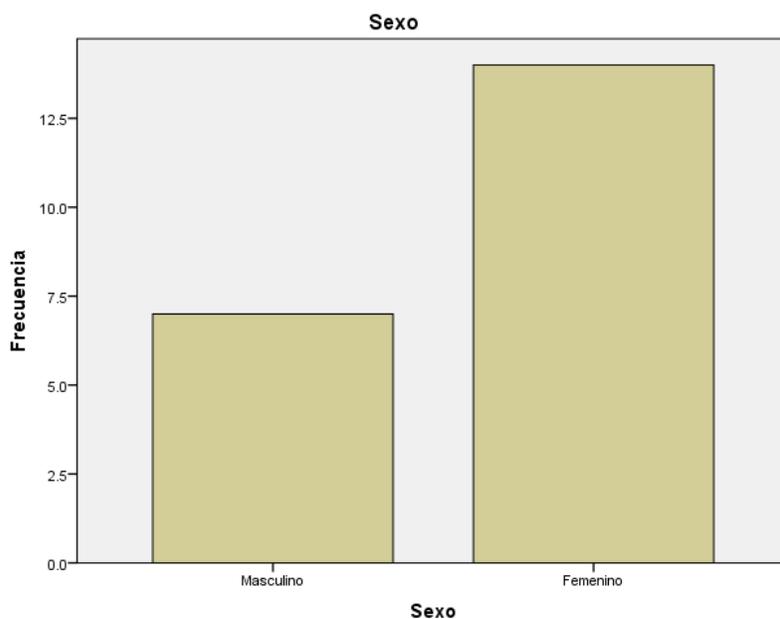


Figura 4. Sexo de los pacientes.

La primera gráfica muestra que el servicio fue más solicitado por mujeres, siendo éstas 14, en contraste con los 7 hombres atendidos.

Las edades de los solicitantes variaron bastante, de los 5 a los 49 años, en la gráfica siguiente se muestran los 9 rangos que varían de 5 años de diferencia cada uno:

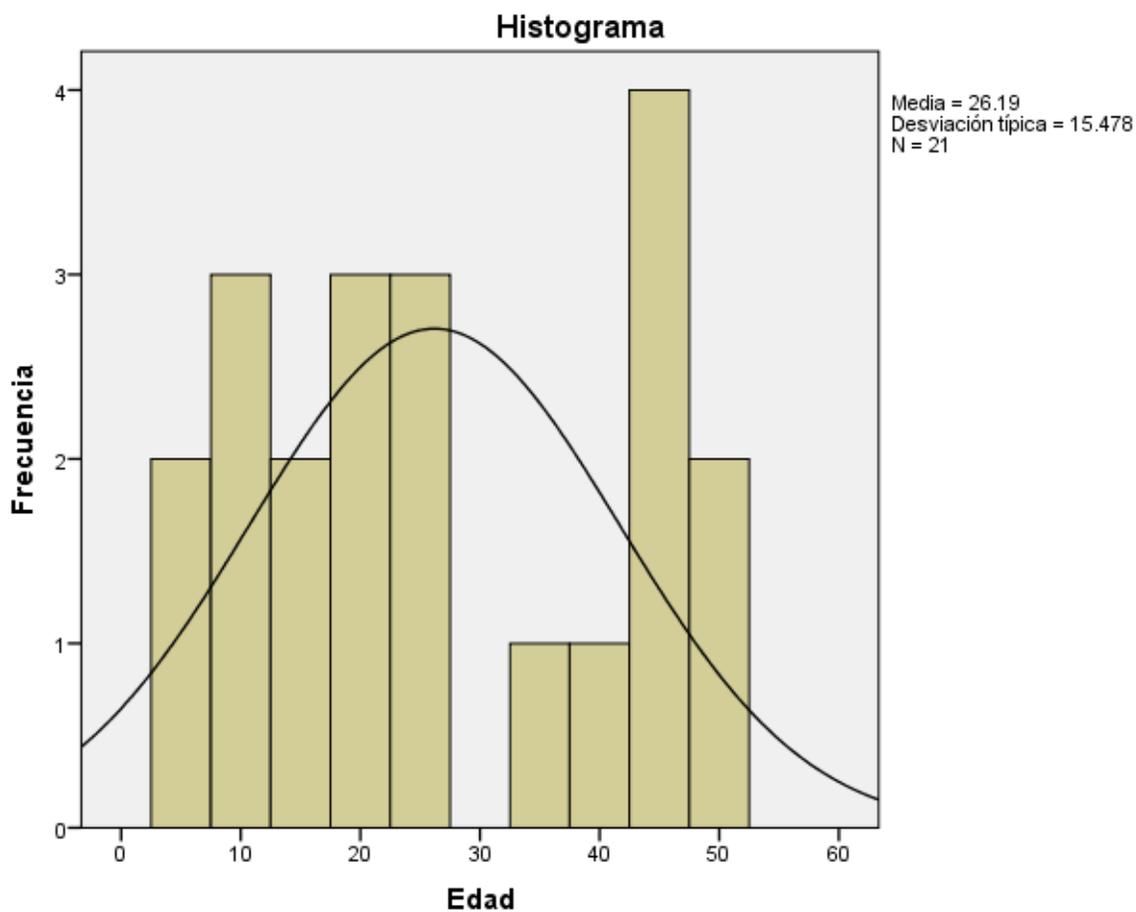


Figura 5. Rangos de edades de los pacientes.

Se observa que el rango de edad más frecuente es el de 5 a 10 años de edad, con 5 pacientes.

El siguiente gráfico muestra la escolaridad de la gente que fue atendida, que abarca educación básica y media superior; ningún paciente contó con educación universitaria; 10 de los pacientes estudiaron hasta la secundaria, siendo la mayoría, 7 estudiaron hasta la primaria y 4 hasta la preparatoria:

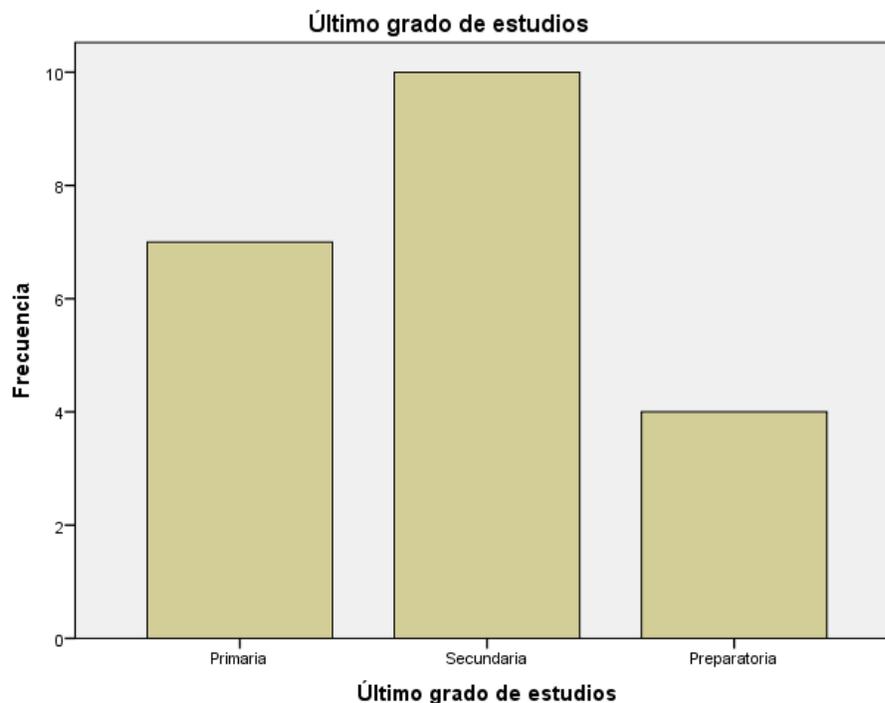


Figura 6. Último grado de estudios de los pacientes.

Ninguno de los pacientes cuenta con educación superior, en la siguiente gráfica se muestra la frecuencia de abandono escolar en contraste con los que siguen estudiando:

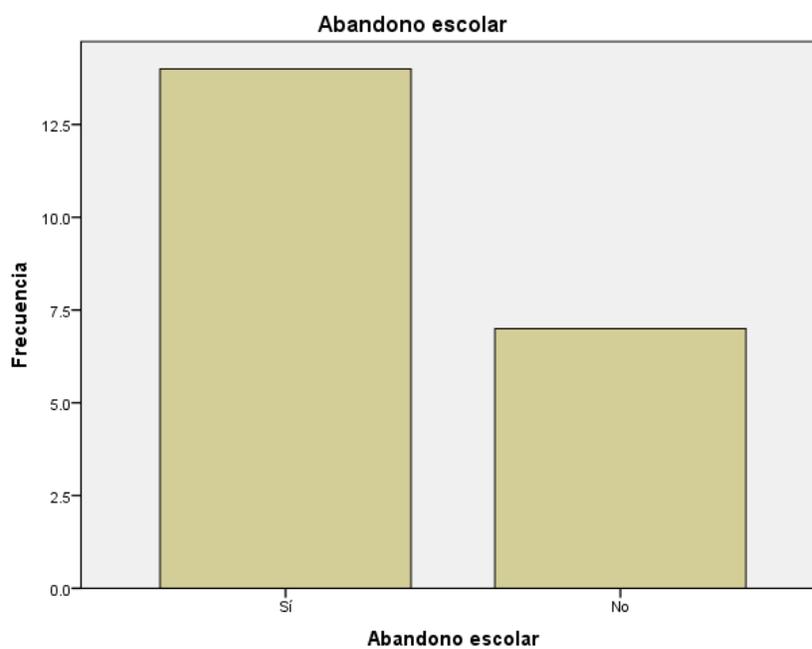


Figura 7. Frecuencia abandono escolar.

De los 7 pacientes que continúan sus estudios, 5 están cursando la primaria, 1 la secundaria y 1 la preparatoria.

Se muestra el gráfico correspondiente a los diagnósticos de cada paciente:

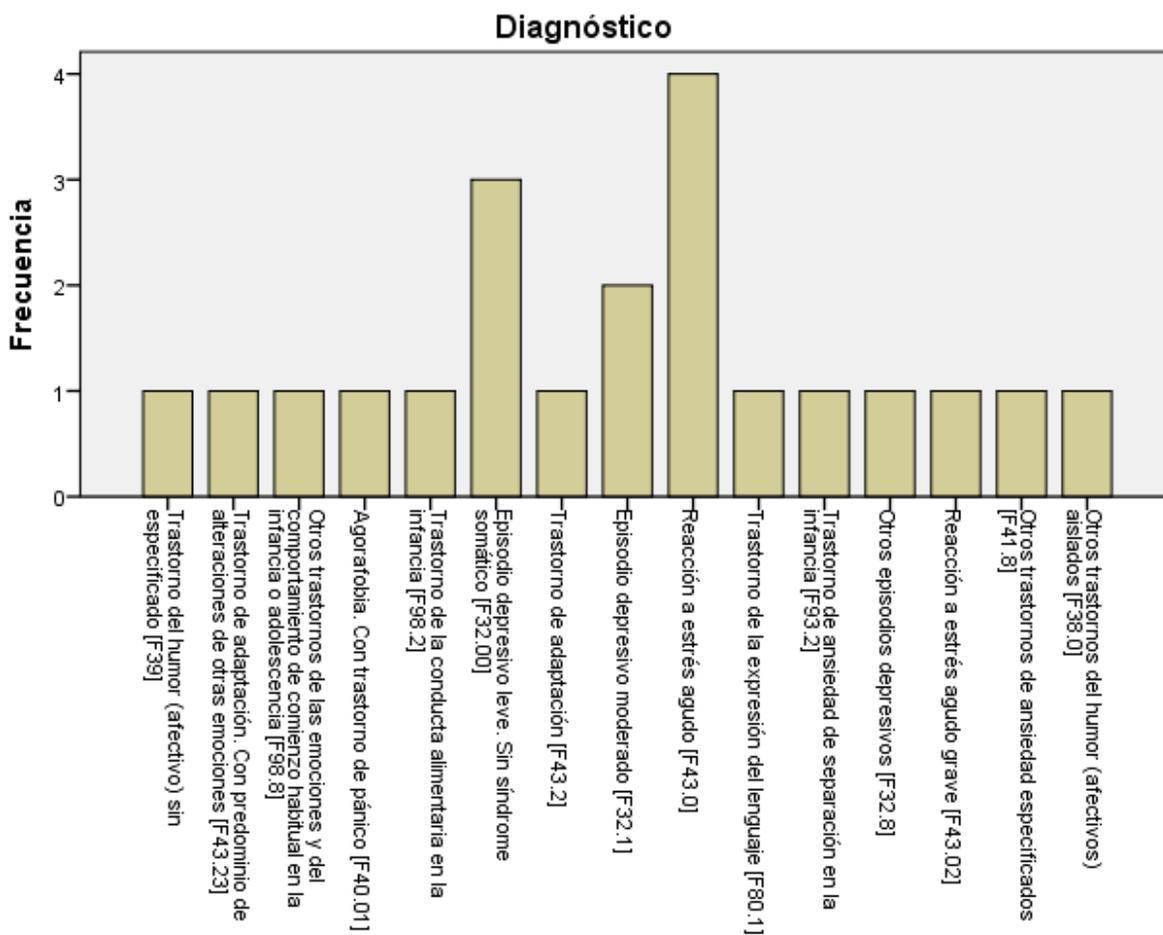


Figura 8. Diagnóstico de acuerdo al CIE-10.

Finalmente, la Figura 9 muestra la frecuencia de los diagnósticos, pero agrupados según su categoría principal en el CIE-10.

Puede notarse que los más recurrentes (con 9 pacientes) fueron los “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, que incluye los padecimientos F40 a F49. Entre estos trastornos están los relacionados al estrés y ansiedad, que también fueron recurrentes, como muestra la Figura 7.

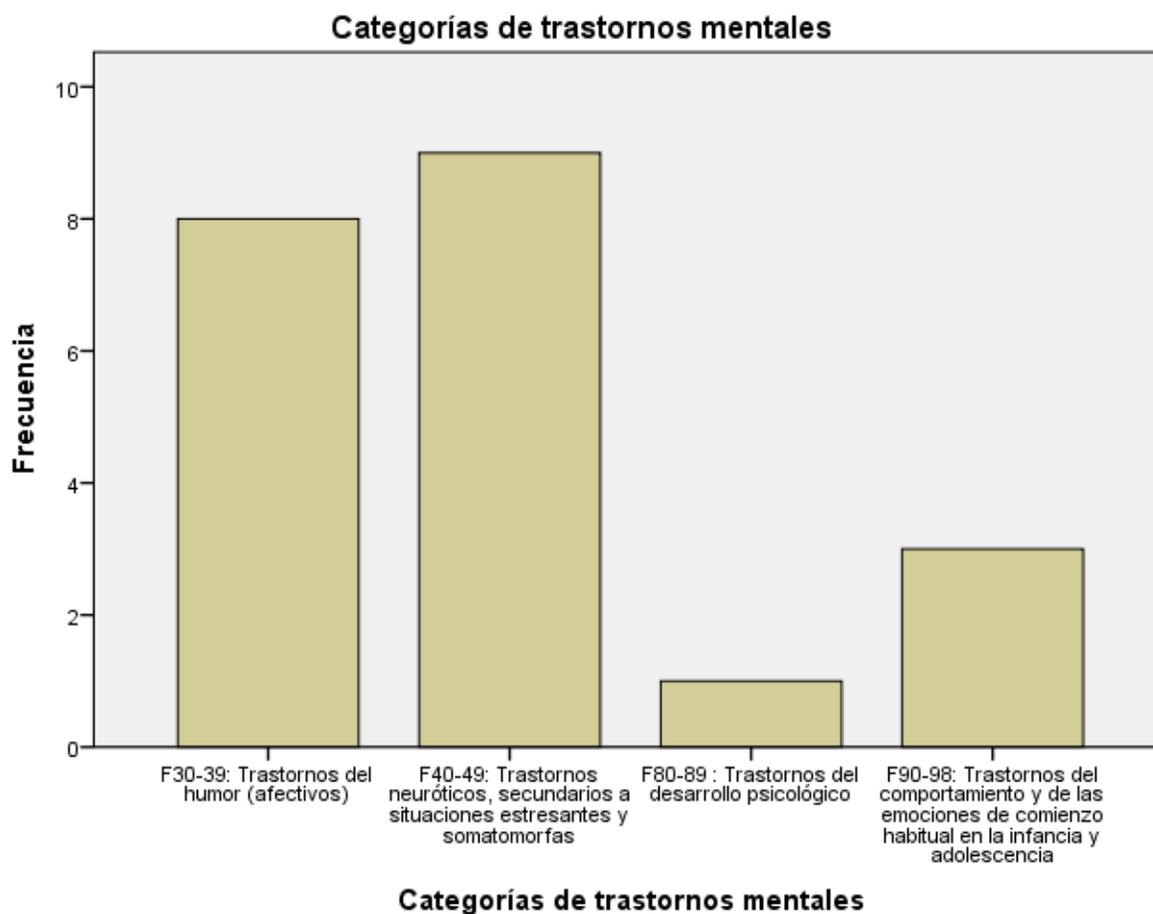


Figura 9. Frecuencia de diagnóstico en sus categorías generales.

Los trastornos del humor (afectivos) también tuvieron gran incidencia, con 8 pacientes; esta clasificación abarca los padecimientos depresivos, que se presentaron en 3 pacientes.

Los datos coinciden con lo expuesto por Oblitas (2010), quien indica que la depresión, ansiedad y estrés son los principales padecimientos mentales de la actualidad; y que todos ellos están directamente relacionados con el estilo y calidad de vida.

5.2.1 Casos clínicos

De los pacientes atendidos, 12 concluyeron el tratamiento con resultados positivos y visibles, lo 9 que no concluyeron no mostraron avances.

Es muy notorio que en general, en los pacientes adultos están presentes problemas económicos, de falta de empleo, problemas familiares y de hacinamiento; estas situaciones cotidianas generan estrés, depresión y ansiedad que puede llegar a niveles crónicos si no se tratan.

Esto es atribuible a una serie de características que tiene la zona y la población en la que se encuentra el centro de salud, que el ISEM cataloga como zona de alto riesgo: la gente es de bajos recursos, tiene poco nivel educativo, no hay oportunidades laborales, hay altos índices delictivos, es frecuente el embarazo indeseado tanto de adolescentes como mujeres adultas, violencia intrafamiliar, abuso de sustancias, adicciones, hacinamiento.

Un problema adicional de estos factores es que no ocurren aisladamente unos de otros, son parte del tejido social y forman en esta comunidad patrones cognitivos y conductuales que les dificultan aún más cambiar su situación. Se observó que muchos pacientes están insatisfechos con su calidad de vida, pero no conciben que pueden cambiarla, y mucho menos el cómo; perciben su modo de vivir algo inevitable. Estas personas están tan sumergidas en sus estilos de vida que en un momento dejan de ver claramente cuáles son los problemas que tienen y cómo cambiarlos.

La mayoría de las personas atendidas no tienen puntos de referencia que les ayuden a contrastar sus estilos de vida con otros mejores, no conocen vías de acción distintas; muchas de ellas reportan no haber salido mucho más allá de unas colonias aledañas a donde viven, dicen que viven “al día”, preocupándose por obtener lo suficiente para obtener el dinero de los gastos diarios, y suelen tener deudas constantemente. Los trabajos suelen ser informales e inconstantes, por lo que no tienen ingresos estables, ni seguridad social o posibilidades de créditos para vivienda o fondo de retiro.

La cuestión del estudio es grave también, algunas personas, adultos y jóvenes, perciben la preparación académica como una manera de mejorar su situación en general, sin embargo, no siempre es así, pues como dijeron unos pacientes, han sido capaces de mantener a sus familias sin haber estudiado y es una idea que enseñan a sus hijos. Por otro lado, muchos jóvenes carecen de referencias de que la preparación

académica puede ser útil, pues quienes los rodean suelen tener educación básica o, en menor medida, media superior. Otro factor es que para muchos llega el momento en que las necesidades económicas inmediatas superan a los beneficios potenciales a largo plazo del estudio y deben abandonar la escuela para generar ingresos.

Finalmente, lo que dificulta aún más el cambio es que mucha gente no cree que han contribuido con sus acciones a lo que no les agrada de su vida, no se responsabilizan, culpan del todo a las circunstancias, a otras personas o al azar.

Durante las sesiones con varios pacientes, estas situaciones diarias estaban repercutiendo en su salud psicológica y física, causando principalmente estrés, ansiedad, depresión, cambios de humor, irritabilidad, dolores de cabeza, sensación de opresión en el pecho o alta frecuencia cardíaca. Por eso, la atención al estilo de vida se volvió vital para que la intervención fuera exitosa.

Además de atender el motivo de consulta, se intervino paralelamente en el estilo de vida, ya que muchos síntomas provienen de éste. Primero se tuvo que trabajar el área de la responsabilidad; esto fue especialmente difícil, pues muchas personas no creen que contribuyen directamente a sus problemas; enseñarles que asumir responsabilidad es diferente de “ser culpables” es el primer paso; lo segundo es enseñarles que aceptarse responsables implica que ellos pueden aprender a actuar diferente y, por lo tanto, obtener resultados diferentes.

Después de esto se les pidió a los pacientes la elaboración de un “plan de vida” basándose en los procedimientos habituales de la toma de decisiones y solución de problemas. Este plan de vida contenía metas a corto plazo en áreas definidas y con acciones muy concretas que al cumplirlas e irse acumulando facilitarían cambios a mediano plazo.

El establecimiento de metas y la descripción del procedimiento necesario para alcanzarlas son sumamente importantes para que la gente visualice su diario actuar de manera diferente, les ayuda a ver que lo que hagan puede tener consecuencias positivas o negativas a largo plazo; esto ayuda a romper con las ideas y conductas que abarcan sólo las necesidades del día, es decir, aprenden la que la relación costo-

beneficio puede aplicarse a lapsos más largos. Por supuesto, el proceso no es fácil, pero en las sesiones de seguimiento de los pacientes que concluyeron el tratamiento, reportaron que los pequeños cambios iniciados se estaban manteniendo, dichos cambios eran principalmente en la búsqueda de nuevas actividades en su rutina, la búsqueda o mantención de empleo, la comunicación familiar y el establecimiento de disciplina con sus hijos.

A continuación, se presenta una versión breve de los expedientes realizados durante la psicoterapia:

Expediente clínico 1

Datos estadísticos

Nombre	Carmen
Edad	17 años
Escolaridad	Secundaria

Diagnóstico: [F32.1] Episodio depresivo moderado

Motivo de consulta: Estrés, ansiedad y miedo al salir a la calle o trabajar.

Historia del síntoma: La ansiedad comienza cuando decide vivir con su tía, debido a problemas constantes con su madre. La paciente es la encargada de hacer los deberes del hogar y cuidar a sus hermanos. Expresa que su madre se comporta de manera irresponsable, al no trabajar, ni aportar orden ni sustento para el hogar; se emborracha y se droga. Está preocupada por sus hermanos y el futuro de su madre. Su trabajo como comerciante le crea un estado constante de tensión; porque debe estar en la calle y convivir con hombres que la incomodan. Además, manifiesta inseguridad de sí misma y para relacionarse con otros.

Síntomas secundarios: Miedo a salir a la calle; inseguridad hacia los hombres; culpabilidad por mudarse y "abandonar" a sus hermanos; sudoración en las manos, taquicardia y conductas nerviosas; dificultad para mantener contacto visual, en especial con un hombre; inseguridad hacia su apariencia física y poco cuidado de la misma.

Historia personal y familiar: Carmen se encarga de alimentar y enviar a sus dos hermanos a la escuela. Sus padres están separados y constantemente pasa de vivir con su madre a casa de su padre; quien le exige dinero para vivir con él. Carmen y sus hermanos viven en un ciclo de reproches y exigencias por parte de sus padres; sin embargo, ella se esfuerza por trabajar y apoyar a su familia.

Estrategias de intervención: Establecimiento de funciones de acuerdo al rol de hija, demarcación de límites y funciones de los otros miembros de la familia, mejoramiento del autoestima, entrenamiento en habilidades sociales.

Resultados: Se observó que la paciente estaba aceptando cuál era su rol y las funciones que le correspondían y cuales no; además de qué deberes son propios de su madre o padre. Se fortaleció la decisión de continuar viviendo con su tía y seguir adelante, ante esto, también se observó que realizaba actividades recreativas. El estado de ansiedad al salir no desapareció, pero se vio disminuido; el cuidado de apariencia física también se vio mejorado y aumentó su asistencia a actividades recreativas como el fútbol.

Expediente clínico 2

Datos estadísticos

Nombre	Adela
Edad	49 años
Escolaridad	Primaria

Diagnóstico: [F43.0] Reacción a estrés agudo.

Motivo de consulta: Muestra preocupación y ansiedad por las múltiples actividades de su hogar y el cuidado de su nieta.

Historia del síntoma: Comenzó con el nacimiento de su nieta, al ayudar a su hija a su cuidado y manutención, sin embargo, las actividades en las que Adela se involucraba eran cada vez mayores, hasta llegar al punto en que “debía” realizar prácticamente la totalidad de tareas, como alimentar y bañar a su nieta, vestirla, dormirla y encargarse de gastos.

Síntomas secundarios: Preocupación constante por su hijo Israel quien es adicto al PBC; problemas maritales de índole comunicativo, económico y sexual; violencia física, psicológica y sexual con su esposo. Problemas de salud física como taquicardia y cefalea. Poco cuidado de su apariencia física; poca motivación y tiempo para realizar nuevas actividades.

Historia personal y familiar: Adela vive con su esposo, su hija Ana, su yerno, dos nietos, y su hijo Israel. La relación con su esposo se ha visto afectada por constantes agresiones físicas y sexuales. El desinterés sexual de Adela ha ocasionado que su esposo le pida que se vaya de la casa y la acuse constantemente de infidelidades.

Su hija, Ana Laura, tiene dos hijos; Adela se ha hecho cargo de Emily, encargándose de la manutención y cuidados totales de la niña, incluso ahora la niña

debe dormirse con ella en su cama, de lo contrario no para de llorar y no puede dormir. Vive en conflicto con su hija, quien constantemente le exige que cumpla con estas tareas. También existen conflictos con su yerno, pues trabaja esporádicamente y no aporta económicamente para los gastos que su familia requiere. Adela ha sabido mantener la distancia en cuanto al cuidado y crianza de su nieto Saúl.

Por último, la situación con Israel es que es adicto al PBC, tiene lapsos en los que trabaja y no consume, pero tiene recaídas regulares lo que preocupa a Adela y es fuente de más problemas con su esposo, ya que éste insiste en correr a su hijo y Adela no está de acuerdo. Adela ha referido que desde niña y durante toda su vida ha sufrido intentos de violación

Estrategias de intervención: Demarcación de límites y funciones de los otros miembros de la familia, comunicación asertiva, mejoramiento del autoestima.

Resultados: Se mostraron notables cambios en cuanto a responsabilidades que asumía sobre cuidar a su nieta; dejó de permitir que tanto su hija como su nieta dependieran de ello. También en la manera en que manejaba las consecuencias de ello, habiendo disminuido las ocasiones en la que peleaba con su hija.

Expediente Clínico 3

Datos estadísticos

Nombre	Valentina
Edad	5 años
Escolaridad	Primaria

Diagnóstico: [F80.1] Trastorno de la expresión del lenguaje

Motivo de consulta: Incapacidad para realizar actividades o adquirir el aprendizaje característico de una niña de su edad, como leer o escribir.

Historia del síntoma: La niña ha presentado problemas similares desde siempre. Aunque no se sabe con certeza a qué se debe, la madre tiene la hipótesis de que es debido a una caída de la niña en la que se golpeó la cabeza cuando era bebé de meses de edad.

Síntomas secundarios: Presenta problemáticas generalizadas de motricidad gruesa y fina; lateralidad; seguimiento de instrucciones; mantener una conversación; mala pronunciación de diversas letras; mantener contacto visual; conocimiento de las partes del cuerpo; mantenimiento de una conversación con una secuencia lógica; babea constantemente.

Historia personal y familiar: Valentina vive con sus padres, tiene dos hermanos que no presentan ninguna clase de trastorno del aprendizaje o del desarrollo; Javier de 14 años y Alexander de 11 años. Además de la terapia psicológica, Valentina recibe estimulación temprana. La madre afirma que el embarazo fue normal, que no ingirió drogas, consumió alcohol o tabaco durante el mismo. Menciona que antecedentes de hipotiroidismo la familia y tiene una prima con síndrome de Down. Aproximadamente durante un mes del embarazo, no recuerda cual, consumió Amoxicilina y Paracetamol. Dice no haber más antecedentes de

enfermedades o trastornos relacionados al desarrollo en su familia ni en la de su esposo.

Instrumentos: Por parte de un programa ajeno al centro de salud, se le realizó la prueba de evaluación de desarrollo infantil (EDI) y el inventario de desarrollo Battelle.

Estrategias de intervención: Actividades de lectoescritura, motricidad gruesa y fina, terapia de lenguaje, sociabilidad.

Resultados: El seguimiento de instrucciones fue bueno durante la mayoría de cada sesión, Valentina realizaba las actividades que se le indicaban, y aún cuando no las realizaba en su totalidad pudo apreciarse un interés de la niña por "jugar" con el terapeuta. Mostró gran cooperación y la madre reporta una gran mejoría en las habilidades sociales, lingüísticas y de memoria principalmente; mencionando que a pesar de que aún le cuesta trabajo nombrarlas, ya sabe que existen diferentes vocales y colores. La madre afirma que la niña comenzó a comportarse de manera más independiente, teniendo la iniciativa de ir sola al baño y bañarse por su cuenta, ya no dependiendo de ella para hacer estas actividades.

La madre menciona que Valentina tiene gran gusto por las sesiones psicológicas y que a menudo menciona que el terapeuta o como ella lo llama "el señor conejo" le ha dicho que se cuide, que se bañe sola, que haga su tarea, etc.

En la escuela muestra una mejoría en la atención y la realización de las actividades en clase; esto reporta su profesora. Valentina muestra capacidad de aprendizaje, sin embargo, es necesario que reciba sesiones terapéuticas subsecuentes. En este tenor, se le invitó a la madre regresar en el periodo de enero, una vez que se le pueda dar fecha y cuando tenga los resultados de las pruebas que se le realizaron a su hija; a lo cual mostró gran interés y determinación por regresar y continuar el tratamiento de la niña.

Expediente Clínico 4

Datos estadísticos

Nombre	Sergio
Edad	10 años
Escolaridad	Primaria

Diagnóstico: [F93.2] Trastorno de ansiedad de separación en la infancia.

Motivo de consulta: Problemas de conducta en escuela, poca sociabilidad, pena excesiva al conocer a nuevas personas.

Historia del síntoma: Fue enviado por la escuela debido a que estando en el receso, le dio un rodillazo en la cara a otro niño. Su madre expresa que no ha notado conductas agresivas por parte de Sergio, sin embargo, ha mostrado problemas para convivir con otros niños.

Síntomas secundarios: Ansiedad y nerviosismo constantes en toda situación nueva o con personas que no conoce. No mantiene contacto visual. Conductas ansiosas en exceso.

Historia personal y familiar: Sergio vive junto a su madre Nayeli de 30 años, su abuela y sus dos hermanos, Yahel de 14 años y Zuri de 12 años. Su madre recientemente dio luz a un niño. La casa de Sergio es independiente, sin embargo, comparten el patio con otros familiares, sus tíos, quienes tienen varios hijos con los que Sergio suele jugar. Sergio no conoce a su padre, se encuentra en Estados Unidos, pero no mantiene contacto con ellos. Sergio suele sentirse nervioso cuando su madre no está cerca de él, es difícil que permanezca en casa mientras sale a realizar otras actividades; él insiste en acompañarla a donde quiera que vaya. En la escuela Sergio sólo tiene tres amigos con los que juega ocasionalmente.

Instrumentos: Persona bajo la lluvia.

Estrategias de intervención: Entrenamiento en habilidades sociales.

Resultados: De acuerdo con el test de persona bajo la lluvia, muestra ser alguien bien ubicado en el espacio. No muestra un trato adecuado y desenvolvimiento social. Muestra introversión, pesimismo, debilidad, depresión, fatiga. Apego a lo materno y primario. Relación con lo traumático o algo sin resolver. Su dibujo muestra rasgos femeninos, de dependencia y de espíritu maternal. Es conciliador, diplomático, afectivo y sensible. No se permite emociones, tiene un bloqueo y supresión afectiva. Estos resultados coinciden con los rasgos que Sergio mostró durante las sesiones.

Se presentaron logros significativos únicamente dentro del consultorio, y en el patio de juegos que comparte con sus primos. En el consultorio se mostró un poco más confiado, haciendo algunas bromas o sonriendo cuando el terapeuta hacía alguna; comenzó a realizar sus tareas y a jugar un poco más con sus primos.

Expediente Clínico 5

Datos estadísticos

Nombre	Zaira
Edad	23 años
Escolaridad	Secundaria

Diagnóstico: [F32.8] Otros episodios depresivos

Motivo de consulta: Mantener distancia afectiva del padre de su hijo.

Historia del síntoma: Después de un año de separación de Alan, el padre de su hijo, la paciente desea tener la fuerza para mantenerse lejos de él, debido a que ya han vivido rupturas y regresos en la relación y eso cada vez más afecta a Zaira; quien refiere estar cansada de sentirse triste y muy culpable.

Historia personal y familiar: Zaira tuvo una relación de seis años con Alan, con el que tuvo un hijo, Gabriel, quien ahora tiene cuatro años de edad. Ella consideraba que la relación marchaba bien, sin embargo, cuando Gabriel cumplió dos años de edad ella comenzó a trabajar y a partir de ese momento comenzaron los problemas con su pareja. Alan no deseaba que ella trabajara, se quejaba de que ya no pasaba tiempo con el niño ni con él. No obstante, era necesario su trabajo para solventar los gastos del hogar.

Zaira tuvo un aborto espontáneo, lo que generó más problemas con Alan. Decidieron separarse por aproximadamente seis meses, reiniciaron su relación, pero pocos meses después volvieron a terminarla. Actualmente ya no viven juntos, sin embargo, a Zaira se le dificulta mantener la distancia; tiene deseos constantes de volver con él, que entran en conflicto con su deseo de no tener una relación. También tiene problemas con la pensión alimenticia del niño, dice que no le da el dinero que debería ni visita al niño los días acordados. Ella desea que Gabriel y Alan tengan contacto constante y cercano.

Zaira no mantiene contacto con su madre, ya que es alcohólica; sólo tiene relación con su padre con quien aparentemente tiene mucha cercanía, ya que éste la apoyado durante todo este proceso.

Estrategias de intervención: Reconocer ventajas y desventajas de su relación.

Resultados: No se observaron resultados que fueran congruentes con el objetivo planteado.

Expediente Clínico 6

Datos estadísticos

Nombre	Israel
Edad	47 años
Escolaridad	Secundaria

Diagnóstico: [F43.02] Reacción a estrés agudo grave.

Motivo de consulta: Ideas recurrentes sobre su muerte.

Historia del síntoma: Hace aproximadamente medio año, Israel comenzó a sentir un dolor recurrente en las costillas del lado izquierdo, a partir de esto él dice que ha comenzado a pensar con regularidad sobre su muerte. Estos miedos se acentuaron cuando hace un mes su esposa sufrió un desmayo espontáneo. Ha ido al médico para chequeos sobre este dolor, sin embargo, los médicos le han dicho que está sano, que es quizá un espasmo muscular y que no tiene ninguna enfermedad de gravedad.

Síntomas secundarios: Ansiedad, falta de concentración en el trabajo. Falta de motivación para rendir la misma cantidad de horas en el trabajo. Deseos de quedarse en cama y no hacer nada. Miedo a salir a la calle. Miedo a que algo o alguien lo lastime estando fuera de su casa.

Historia personal y familiar: Israel está casado con María, de 46 años de edad con quien tuvo tres hijas, Dayana de 20 años, quien a su vez tiene dos hijos; Galilea de 17 años e Irlanda de 13 años. Trabaja en una empresa como soldador, sin embargo, la angustia que lo ha invadido los últimos días, le costó que su jefe lo enviara a descansar durante 15 días, lo cual fue fuente de preocupación para Israel, ya que piensan que ese supuesto descanso, es más bien, un despido y que ya no lo van a volver a llamar. Está preocupado por la situación económica, si ella no aportar dinero a la casa nadie más lo hará, ya que su esposa se dedica al hogar y, además, sus tres hijas tienen en su casa con sus hijos

Estrategias de intervención: Pensamiento sobre la muerte.

Resultados: Con la realización de actividades físicas extras, como el ejercicio, se observa un ligero cambio en el humor general del paciente.

Expediente Clínico 7

Datos estadísticos

Nombre	Jessenia
Edad	20 años
Escolaridad	Preparatoria

Diagnóstico: [F41.8] Otros trastornos de ansiedad especificados

Motivo de consulta: Irritabilidad y cambios de humor constantes.

Historia del síntoma: Estos síntomas se han visto exacerbados porque su esposo, Armando, no la apoya en las actividades del hogar como quehaceres domésticos o cuidar y educar a su hijo, Damián. Además, vive a un lado de la casa de sus padres, quienes son adictos a las drogas y alcohólicos, lo que le genera preocupación constante. Le es difícil educar al niño y a menudo este le hace perder la paciencia, respondiendo con gritos o regaños. Manifiesta que necesita otras actividades aparte de estar en el hogar, como trabajar o regresar a la escuela, la cual abandonó debido a su embarazo.

Síntomas secundarios: Tristeza, llanto, cansancio, desinterés por las actividades, ansiedad, nerviosismo, atracones de comida seguidos de culpabilidad, dolores de cabeza, gritos, cambios bruscos de humor, inseguridad por su apariencia física debido a una cicatriz en el brazo, sentimientos de soledad, ideación suicida.

Historia personal y familiar: Jessenia lleva cinco años con su pareja, Armando de 27 años de edad, su hijo Damián tiene un año y medio; su esposo se dedica a la carpintería, su lugar de trabajo es su misma casa. Ella vivió siempre situaciones de violencia en casa, estuvo expuesta a condiciones en las que se veía rodeada de personas alcoholizadas o drogadas. No tiene el apoyo de su esposo en las actividades del hogar. Además, presentan problemas de celos, dado que no la deja salir a ninguna parte y no puede ver a sus amigos.

A partir de estos problemas ella dice que presenta atracones de comida, afirma que no puede controlarse pero que después de sus atracones se siente culpable, aunque no vomita. Está cansada de estar de mal humor o tener cambios bruscos del mismo, constantemente se siente culpable por este estado de irritabilidad constante, llevándola a pensar en el suicidio. Ella afirma que la única razón que tiene para continuar es Damián pero que ha pensado en que hubiese querido no tenerlo para poder continuar con su vida y sus proyectos; estos pensamientos también le generan una culpa.

Estrategias de intervención: Identificación de roles, manejo y control de las emociones, mejoramiento del autoestima, estrategias de disciplina para su hijo.

Resultados: Se vieron cambios, fueron muy evidentes en su imagen personal, en su humor, y actitud hacia su esposo e hijo. Desde que consiguió el trabajo y hasta el momento de concluir lo mantuvo y expresó que su objetivo siguiente era regresar a estudiar y terminar una carrera.

Expediente Clínico 8

Datos estadísticos

Nombre	Fernando
Edad	9 años
Escolaridad	Primaria

Diagnóstico: [F43.0] Reacción a estrés agudo

Motivo de consulta: Problemas de disciplina en casa.

Historia del síntoma: Fernando había presentado problemas de conducta en la escuela y en casa, que se vieron acentuados con la llegada de sus abuelos paternos, quienes llevan aproximadamente un mes viviendo con él. Actualmente dice que no va a obedecer ni portarse bien hasta que su papá regresé a casa, a pesar del hecho de que su padre no vive con él desde hace cinco años.

Síntomas secundarios: Estado de estrés constante. Refiere sentirse nervioso todo el tiempo. Rivalidad con su hermano.

Historia personal y familiar: Fernando cursa actualmente el cuarto año de primaria, tiene un hermano de ocho años llamado José Eduardo. Su madre, Karina de 38 años de edad, lleva ya cinco años divorciada de su esposo después de un matrimonio de siete años de duración. La llegada de sus abuelos a su casa significó un desajuste en la organización del tiempo y espacio de la familia general, también significó que la conducta errática de Fernando se acentuara, ya que los abuelos no imponen reglas ni regulan su disciplina y entran en conflicto con la autoridad establecida por la madre. Si la madre desaprueba algo, en estos momentos no importa ya que los abuelos opinan lo contrario y Fernando lo sabe.

En su casa también vive su tío Max, el hermano de su madre; él se encarga de recogerlo de la escuela e irlo a dejar, también le ayuda con sus tareas y lo lleva a pasear, por lo que representa una figura de disciplina importante en la casa.

Fernando expresa rivalidad con su hermano, debido a que siente que éste tiene un trato preferencial. Uno de los mayores conflictos de Fernando son los problemas que su madre tiene con su padre y viceversa; asimismo el padre no da la manutención acordada.

Estrategias de intervención: Manejo de la ira, cambio de su conducta agresiva.

Resultados: Se aterrizó lo trabajado en la terapia en la dinámica familiar, mediante pláticas con la madre; esto dio algunos resultados en cuanto a su relación que parece levemente mejorada, sin embargo, se consideró necesario trabajar con el padre, pero éste no mostró disponibilidad en ningún momento.

Expediente Clínico 9

Datos estadísticos

Nombre	Ramón
Edad	49 años
Escolaridad	Secundaria

Diagnóstico: [F43.0] Reacción a estrés agudo

Motivo de consulta: Ideación suicida debido a problemas con su esposa.

Historia del síntoma: Hace siete años, su esposa ingresó a un grupo católico; Ramón ya habiendo tenido experiencias que le hicieron desconfiar de su esposa, comenzó a sospechar que en el grupo había posibilidades de que alguien estuviera saliendo con su mujer. Tiempo después confirmó sus sospechas, y desde ese momento ha sido fuente de preocupación, estrés y conflictos en su matrimonio, y más recientemente, ideación suicida.

Síntomas secundarios: Ansiedad constante y pensamientos recurrentes sobre la infidelidad de su esposa. Estrés constante por peleas y discusiones. Episodios de embriaguez.

Historia personal y familiar: Su esposa es María Guadalupe con la que tuvo cuatro hijos, Patricia de 30 años, Ismael de 26 años, Arturo de 24 años y Alexis de 22 años.

Hace siete años Ramón empezó a sospechar de una posible infidelidad por parte de su esposa. En una ocasión, una de las hijas de Ramón le comentó que vio a su madre subirse al auto de un hombre; él confrontó a su esposa, quien lo negó todo, sin embargo, aproximadamente tres años después el tema salió en una conversación con su hermana, quien le confesó haber visto a su esposa bajar del mismo auto que su hija le había comentado y besar a un hombre. Ramón volvió a confrontar a su

esposa quien volvió a negarlo, pero al verse confrontada también por su cuñada y su propia hija, finalmente confesó que había tenido un romance con un miembro del grupo de su iglesia. A partir de este suceso los problemas entre Ramón y su esposa comenzaron a empeorar. Él le hace preguntas a su esposa que ella no responde, o responde, pero él no le cree, causando problemas de confianza y comunicación.

En algún momento Ramón comenzó a pensar que él era el culpable de que su matrimonio no estuviera funcionando, de lastimar a su esposa y a sus hijos, de no poder dejar el pasado tras y confiar y perdonar en su esposa; con estas ideas comenzó a considerar el suicidio. Actualmente, siguen teniendo problemas, Ramón ha acompañado a su esposa a un nuevo grupo de la Iglesia, fueron a un retiro para matrimonios y están en un curso de pareja; Ramón expresa que todas estas actividades han sido de gran ayuda para expresar a su esposa su sentir y decirle cosas que de otra manera no le diría. Ahora desea saber si su matrimonio está basado en el amor o la necesidad, costumbre y dependencia.

Estrategias de intervención: Manejo de celos, independencia emocional, trabajar sentimientos de culpa.

Resultados: Mostró un cambio de actitud, debido a que expresa un cambio positivo en su relación a partir del grupo católico y de las sesiones psicológicas que está tomando. Menciona que aún hay conflictos presentes en su matrimonio, pero las preguntas que se ha hecho partir del servicio psicología y los escritos que han pedido en el grupo católico, le han ayudado para expresarse y sentirse menos intranquilo.

Expediente Clínico 10

Datos estadísticos

Nombre	Ramón y María
Edad	49 (ambos)
Escolaridad	Secundaria y primaria respectivamente

Motivo de consulta: Mejorar su relación de pareja.

Estrategias de intervención: Comunicación asertiva.

Historia de la relación: Ellos se conocieron cuando tenían 17 años, por medio de amigos en común; iniciaron una relación de noviazgo casi de inmediato y aproximadamente un año después de conocerse, María quedó embarazada de su primer hijo. No se casaron formalmente y comenzaron a vivir juntos en la casa de la familia de María, su madre y hermana; situación que siempre fue conflictiva por motivos de convivencia y. Fue hasta 6 años, a raíz del nacimiento de su tercer hijo, que decidieron vivir en un lugar propio y comenzó la construcción de una vivienda en el mismo predio donde estaban, culminando 1 año y medio después.

Durante toda la relación existieron problemas de pareja; según ambos refieren, hubo violencia física y verbal mutua constante después del nacimiento de su primer hijo, así como problemas de abuso de alcohol de Ramón. El problema empeoró cuando hace 7 años Ramón supo de la infidelidad de su esposa, y la violencia aumentó; en una ocasión en particular la golpeó muy fuerte y a raíz de eso decidió controlar más su consumo de alcohol y detuvo su violencia física por completo. No obstante, los problemas emocionales y su relación se deterioraron más, y Ramón no ha podido superar la infidelidad de su esposa, ni María el último episodio de violencia; es algo que ambos reprochan constantemente en cualquier oportunidad.

Resultados: En la terapia de pareja, se observó que Ramón fue quien mostró más y compromiso; María se mostró con mucha resistencia a hablar de la responsabilidad que pudo tener en los problemas de pareja. Ambos prestaban atención a las intervenciones o retroalimentación del terapeuta. Durante las sesiones, se confrontaban continuamente; las versiones de su discurso distaban considerablemente, y en ciertos momentos presentaban justificaciones de su comportamiento. En todo momento estaban a la defensiva y al pendiente de lo que hablara el otro para confrontarlo. Ambos dieron de su tiempo y responsabilidad para cumplir el objetivo de la terapia, no obstante, salir de un constante enfrentamiento para cambiar el sentido de la relación resultó complicado para la pareja, especialmente para María. Decidieron no concluir el tratamiento y comentaron que las sesiones les ayudaron a determinar que la relación no debía continuar.

Expediente Clínico 11

Datos estadísticos

Nombre	Guadalupe
Edad	39
Escolaridad	Secundaria

Diagnóstico: [F38.0] *Otros trastornos del humor (afectivos) aislados*

Motivo de consulta: Histeria, cambios de humor bruscos y explosiones de humor violento, agresividad.

Historia del síntoma: Guadalupe ha tenido un temperamento tendiente a la agresión toda su vida, pero cuando tuvo a su hija, Fanny, comenzó a irritarse aún más, ya que fue diagnosticada con el Síndrome de Ehler-Danlos, por lo que requiere de cuidados constantes; aunado a los gastos extras que otro hijo representa han incrementado su tensión, además de problemas con su esposo por el poco gasto que le da.

Síntomas secundarios: Después de algún arranque de ira, le sobreviene la culpa y el llanto; presenta insomnio; falta de apetito sexual; falta de motivación para realizar actividades cotidianas.

Historia personal y familiar: Lupe se casó con Víctor hace 10 años; lo conoció en una época en la que consumía alcohol y drogas; vicios que abandonó en cuanto se enteró de su embarazo, sin ninguna recaída. Hasta que vivió con su madre y desde su infancia, dice no haber tenido reglas ni límites; no había consecuencias a sus actos y era libre de hacer lo que quisiera; su padre, por otra parte, es un alcohólico que frecuentemente golpeaba a su madre. Pasó de tener todo lo que quería en su casa a pasar por carencias cuando se independizó, esto representó el primer cambio brusco en su vida y afirma que ahí comenzó a ser más explosiva que antes. Actualmente, debe lidiar con las consecuencias de su temperamento, que es detonado

principalmente por el cuidado que su hija requiere al tener el Síndrome de Ehlers-Danlos (alteraciones genéticas que alteran la producción de colágeno que –en el caso de Fany- causa una piel suave, elástica y frágil, que fácilmente se rasga, corta, desprende o presenta hematomas y que sana con lentitud), pues cualquier caída, por pequeña que sea desemboca en heridas, cicatrices y hemorragias; esto le hace tener mal humor y regañar de forma exagerada cada vez que su hija está jugando o cada que su hijo, Alex, no la cuida o juega con ella. La niña no se inmuta ante la actitud de Lupe, por otro lado, Alex se ha vuelto excesivamente inseguro, nervioso, llora constantemente y sobreprotege a su hermana, incluso experimenta culpa cada vez que Fany tiene un accidente, atribuyendo el suceso a su falta de cuidado. Lupe también discute con su esposo y se estresa porque los ingresos familiares son escasos. Otra situación que afecta su matrimonio es que no duermen juntos; Víctor insiste en dormir con Alex y en que Lupe duerma con la niña, para cuidarlos por si algo pasa en la noche, lo que obviamente afecta su vida sexual.

Estrategias de intervención: Manejo de la ira, manejo de las emociones, técnicas de relación, ajuste de expectativas para sus relaciones familiares.

Resultados: Los resultados fueron notorios, a lo largo de las sesiones, Lupe mejoró su aspecto personal, usando maquillaje, peinándose y vistiéndose mejor, cosas que ella mencionó que le gustaba ser pero que había dejado de lado su mal humor y la falta de tiempo. El que haya regresado a cuidar su aspecto personal, habla de la mejor organización que tuvo para realizar sus actividades diarias y del tiempo del que podía disponer; se mostró muy satisfecha y orgullosa de sí misma al poder conseguir un trabajo con tal rapidez y al haber enfrentado su pena y temor de ir a buscar trabajos nuevos. Mostró cambios en la actitud con la que enfrenta la enfermedad de su hija. El aspecto que menos mostró mejoría sólo relación con su esposo, que, aunque no es problemática, tampoco es del todo satisfactoria. Actualmente su objetivo es seguir trabajando, solventar sus deudas, e incluso, lograr dormir con su esposo y adaptar un espacio de su casa con un cuarto propio para que puedan tener intimidad.

Expediente Clínico 12

Datos estadísticos

Nombre	Sonia
Edad	36
Escolaridad	Preparatoria

Diagnóstico: [F43.0] *Reacción a estrés agudo*

Motivo de consulta: Insatisfacción con su desempeño y cumplimiento como madre.

Historia del síntoma: Desde hace aproximadamente un año, se ha sentido culpable, piensa que falló como madre a sus dos hijos, Daniel de 14 años, y Aurora de 18. Estas ideas comenzaron cuando se percató de que el trato que tenían sus hijos entre ellos, era mucho más cercano e íntimo de lo habitual; situación que también fue señalada por el padre de sus hijos, su madre y su pareja en repetidas ocasiones. Al pensar en la relación incestuosa entre sus hijos, es cuando le sobreviene la culpa y la firme idea de que algo hizo mal con ellos; a pesar de que sus hijos siempre han negado la existencia de una relación distinta a la de hermanos.

Síntomas secundarios: Culpa constante, llanto, estrés y ansiedad, falta de motivación por realizar actividades, insatisfacción por la relación que tiene con sus hijos y su madre.

Historia personal y familiar: Desde su separación con su esposo hace tres años, Sonia vive en casa de su madre, pero manteniendo un espacio independiente. Tiene una pareja, Javier, con quien tiene dos años de relación; éste constantemente le pide que tengan hijos propios, a lo que Sonia siempre se ha negado. Dice que no sabe cómo acercarse a su hijo Daniel, y que en general a cualquier hombre, aunque con su hijo su mayor dificultad es el carácter voluble y las explosiones de violencia que muestra cuando se siente molesto. Dice ser alguien solitaria, que no sale con

regularidad y tampoco tiene amigos; sus hijos están en la misma situación. La comunicación entre ellos no es buena, no hablan a menudo y, de hecho, Daniel vive con su abuela materna, para evitar el contacto con su hermana y el miedo que tiene Sonia de que se acrecente la relación incestuosa que mantienen.

La relación con su ex esposo es mala, el motivo del divorcio se debió a que él cometió adulterio; además de que es explosivo, violento, y muy obstinado. Su hija Aurora es más parecida a ella, ambas tienen similitudes físicas, estilos de vestimentas similares y suelen hablar un poco más, pero no demasiado.

Estrategias de intervención: Delimitación de roles y fronteras en su papel de madre, comunicación asertiva, psicoeducación en el tema de incesto.

Resultados: Al finalizar las sesiones se lo observó menos preocupada por el tema de sus hijos y tranquilizada por el hecho de que ellos recibirían también el servicio de consulta psicológica. Aunque al inicio estaba renuente por compartir sus sentimientos y pensamientos con su familia, especialmente con sus hijos, al final aceptó que lo evitaba por incomodidad y temor hacia las posibles consecuencias y por la poca preparación que tiene para hablar de temas delicados o personales. Durante las últimas sesiones y al momento de compartir sus cartas con sus hijos, hubo momentos en los que se pudo observar una ruptura momentánea de su barrera y un contacto con sus emociones, en contraste con el semblante frío y emocionalmente alejado que mostraba al inicio y se comprometió a continuar con la comunicación con sus hijos, cosa que se retomaría durante las sesiones finales de cada uno de ellos. También cada uno inició una actividad semanal con cada uno, con Daniel es enseñarle a cocinar, con Aurora es escribir y compartir sus historias.

Expediente Clínico 13

Datos estadísticos

Nombre	Aurora
Edad	18
Escolaridad	Preparatoria

Diagnóstico: [F39] Trastorno del humor (afectivo) sin especificación.

Motivo de consulta: Relación posiblemente incestuosa con su hermano.

Historia del síntoma: Desde hace un año ella y su hermano tienen un contacto constante y cercano, tanto emocional como físicamente; una vez, se les vio basándose. Expresa que su hermano Daniel es el único que la entiende, la única persona con la que puede hablar de manera sincera, que no tiene a nadie más quien contarle sus cosas íntimas, ya que tampoco tiene amigos y no confía en ningún otro miembro de su familia.

Síntomas secundarios: Poca sociabilidad, introversión; reacción inmediata de llanto ante estrés.

Historia personal y familiar: Aurora tiene muchas similitudes en su personalidad con su madre; es tímida, introvertida, insegura, siente constante nerviosismo o ansiedad; dice que siempre le ha sido difícil establecer relaciones interpersonales de amistad y dice no haber tenido ninguna pareja romántica hasta ahora. La relación con su padre es casi nula, dice no sentir necesidad de hablar con él sobre nada; con su madre estableció una relación positiva y comparte con ella el gusto por escribir historias. Cuando entró a la preparatoria a los 16 años, el establecer amistades se le hizo aún más difícil y no encontraba cómo desenvolverse académicamente, estas razones la llevaron a abandonar la preparatoria en dos ocasiones; esto creó tensión con su madre y la relación se ha deteriorado; su madre insistió en que debía regresar a estudiar y así lo hizo, pero sigue teniendo las mismas

dificultades y el deseo de abandonar la escuela; su madre dice que dejará de apoyarla en sus estudios para que trabaje si deja nuevamente sus estudios. Más problemas han surgido desde que su madre sospecha que se gesta una relación incestuosa entre ella y su hermano Daniel; los vigila constantemente, no los deja solos y limita su convivencia, lo que tensa la relación entre ellos

Estrategias de intervención: Sociabilidad, entrenamiento en habilidades sociales, establecimiento de relaciones con otros, comunicación asertiva.

Resultados: Aunque durante las sesiones negaba totalmente una relación con su hermano, al final se logró que aceptara que en algún momento sintió atracción sentimental por él, no obstante, no reconoció abiertamente haberlo besado o haber tenido cualquier otro tipo de contacto físico inadecuado. Se le pidió establecer algunas relaciones interpersonales en su escuela o fortalecer las que ya tenía, ella expresó que lo había logrado. Debido a que comunicó que tenía muchas cosas por decirle a su madre que no le había comunicado, se les propuso que en la última sesión se abriera un diálogo entre ambas; tanto ella como su madre, lograron expresar abiertamente cosas que no se habían dicho o que no habían tratado con calma, como los temores de su madre de la relación hacia su hermano, que expresaba con actos de control pero no verbalmente; o cómo Aurora se siente ante esa vigilancia; también mencionó que había logrado iniciar una relación de amistad con una compañera de clase, hacia la cual, también sentía atracción física y sentimental. Estos temas no se habían hablado directamente antes y ambas expresaron sentimientos, dudas, molestias y expectativas; también establecieron un precedente para hablar más abiertamente. En cuanto a la relación con Daniel, la situación de control de convivencia entre ellos no cambió, Sonia dejó claro que lo mantendría hasta considerar que era “seguro”.

Expediente Clínico 14

Ficha de identificación

Nombre	Daniel
Edad	14
Escolaridad	Secundaria

Diagnóstico: *[F43.23] Trastorno de adaptación. Con predominio de alteraciones de otras emociones*

Motivo de consulta: Posible relación incestuosa con su hermana, agresividad.

Historia del síntoma: Desde hace un año tiene un contacto constante y cercano con su hermana, tanto emocional como físicamente; una vez, se les vio basándose. Afirma que Aurora es la única persona en quien confía y que lo conoce realmente. No se siente especialmente cercano con sus padres, con la pareja de su madre o con su abuela, con quien vive. Su relación con sus compañeros es difícil, dice tener poca paciencia y sentir poco afecto ante los demás; reconoce que cuando se molesta reacciona con impulsividad y agresividad.

Síntomas secundarios: Poca sociabilidad, temperamento agresivo, explosiones de ira, introversión.

Historia personal y familiar: Daniel es un chico responsable en clase, tiene buenas calificaciones, pero casi no tiene amigos; según su madre, constantemente expresa disgusto, desagrado e incluso odio hacia sus compañeros de clase. Cuando algo le molesta es violento y explosivo, le cuesta regresar a un estado de calma y hasta sale de su casa para gritar o golpear cosas. Dice no estar interesado en establecer relaciones sociales con sus compañeros y se percibe a sí mismo mejor que ellos en el aspecto escolar e intelectual. Su tiempo lo dedica a jugar videojuegos de temáticas bélicas o violentas y a escribir historias que implican violencia. No suele hablar de nada con su familia excepto con Aurora. Actualmente vive con su abuela, en el mismo predio

que su hermana y madre, pero en una casa distinta, esta situación lo tiene molesto con su madre, ya que fue ella quien lo envió ahí, en un intento de limitar su convivencia y cercanía con su hermana.

Estrategias de intervención: Habilidades sociales, interacción interpersonal, establecimiento de relaciones con otros, mejoramiento del autoestima, comunicación asertiva, manejo de las emociones.

Resultados: Se logró que Daniel asistiera todas las sesiones, aunque al inicio dijo que no tenía intenciones de asistir, además siempre fue puntual y cumplió con las tareas. No quiso tocar el tema de su hermana, sólo mencionó que es un malentendido de su madre y familia. Dijo que las historias que escribe son un refugio para él, donde puede hacer lo que desee y una manera de expresar sus emociones negativas hacia otros y hacia sí mismo; con esto en cuenta, pudo reconocer ciertas ideas equivocadas que mantiene como que existe un rechazo de todos, familia y compañeros escolares hacia él, que es incapaz de relacionarse con otros y que la gente busca molestarlo. Se le pidió intentar socializar un poco y dijo que un par de compañeros reaccionaron positivamente; después de ver que es capaz de relacionarse, dijo que se siente triste y menospreciado y le encantaría tener amigos como todos los demás; se espera que esto continúe y ayude también a romper la relación sentimental con su hermana. Para ambos socializar es vital ya que han hecho mutuamente su único lazo social positivo, y se han convertido el uno al otro en la única manera de recibir y dar afecto, de comunicación y confianza. Dijo que había logrado mantener su ira e impulsividad con un mejor control, aunque no demasiado. Se recomendó que se siguiera un tratamiento psicológico posterior, para tratar la ira, socializar, manejo emocional y la relación con su hermana y madre; lo mismo se recomendó para Aurora.

Expediente Clínico 15

Datos estadísticos

Nombre	Allison
Edad	6
Escolaridad	Primaria

Diagnóstico: *[F98.8] Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia*

Motivo de consulta: Se masturba constantemente en lugares públicos como en la escuela o en casas ajenas, también lo hace en su casa, todo esto sin importarle si hay personas presentes.

Historia del síntoma: Desde los cuatro años de edad, la madre nota que Allison se sienta en las sillas, sillones, camas, entre otros, y se mece repetidamente, al grado que, en ocasiones, cuando la descubre, la niña está sudando. Algunos familiares y la profesora se han percatado de esta situación.

Síntomas secundarios: Problemas de conducta en la escuela. Inventa historias y miente constantemente. Conductas agresivas hacia su hermano menor. Imitación del rol de adulto

Historia personal y familiar: Allison fue hija única hasta hace dos meses cuando su hermano Ian nació. Vive con sus dos padres y este año ingresó a la primaria. Su madre, Estefany, tiene 23 años y es ama de casa, tiene preparatoria trunca y está casada con Freddy, de 23 años, es empleado y estudió hasta la preparatoria.

Estrategias de intervención: Psicoeducación, economía de fichas para el cumplimiento de tareas y mejora de conducta, confrontación sobre sus historias y mentiras.

Resultados: La masturbación desapareció de inmediato, la niña respondió bien ante la economía de fichas según la madre y cambió su actitud ante su hermano, aunque en este último punto, se le dijo a la madre que moderara el contacto que Allison tiene con Ian, ya que la madre dijo que Allison comenzaba a ser muy protectora con él.

Expediente Clínico 16

Datos estadísticos

Nombre	Isela
Edad	43
Escolaridad	Secundaria

Diagnóstico: [F40.01] Agorafobia. Con trastorno de pánico

Motivo de consulta: Miedo extremo a salir a la calle, a estar sola, miedo a la muerte y a las enfermedades.

Historia del síntoma: El síntoma se desató desde hace seis meses cuando su hermano falleció de un ataque cardíaco y se ha empeorado a medida que la condición de su hermana (con cáncer) empeora. Fue diagnosticada con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

Síntomas secundarios: Temor a quedarse sola, miedo a lugares con demasiada o muy poca concurrencia, miedo a salir de casa, miedo a morir, desesperación, ansiedad, tristeza, opresión en el pecho, sensación de vacío en el estómago, dolor de cabeza, arritmia, sudoración, falta de aire, dificultad para respirar, problemas de atención, insomnio, dolores musculares, preocupación, mareos, etcétera.

Historia personal y familiar: Isela tiene cuatro hijos, Claudia de 21 años, Vanessa de 16, y Manuel de siete (éste es hijo de su hermana con cáncer, pero ella ha asumido la responsabilidad de cuidarlo) y Cynthia de 2 años. Está casada con Arturo, de 45 años, que estudió hasta la secundaria y es empleado, tiene problemas con él debido a que lo corrieron de su trabajo hace poco y se niega a buscar otro; lo que genera problemas económicos también y es otro punto que le genera ansiedad y estrés, también tienen problemas por su humor explosivo y agresividad hacia ella y sus hijos.

Estrategias de intervención: Inoculación al estrés, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, comunicación asertiva.

Resultados: Los resultados fueron notorios, pero se reconoce que aún falta mucho trabajo por realizar con Isela, su falta de atención le dificultaba llevar a cabo los registros con mejor calidad, y más aún, aquellos que debía hacer en el momento en el que estaba expuesta a la situación estresante. Hizo un esfuerzo por avanzar y le fue posible realizar su trabajo de una mejor manera y fue capaz de seguir laborando incluso cuando debía visitar a algunos clientes sin ningún acompañante, a pesar de ser capaz de realizar esto, el estrés la ansiedad y el miedo no desaparecieron. Se recomienda que continúe con atención psicológica y, de ser necesario, un complemento con psiquiatría.

Expediente Clínico 17

Datos estadísticos

Nombre	Jorge
Edad	8
Escolaridad	Primaria

Diagnóstico: *[F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia*

Motivo de consulta: Jorge come lo menos posible, al hacerlo tiene una sensación de atragantamiento.

Historia del síntoma: Durante tres semanas, el niño evita comer, sólo es capaz de ingerir alimentos líquidos (con dificultad) en porciones muy pequeñas; ha experimentado pérdida de peso. Cada vez que intenta comer siente que se ahoga y le asusta, también retiene el alimento en la boca por periodos prolongados de tiempo.

Síntomas secundarios: Temor a enfermar, temor a que su madre no regrese cuando sale a trabajar.

Historia personal y familiar: Su madre es Alma, de 42 años, es ama de casa y tiene un Licenciatura en Pedagogía; se encuentra en unión libre con Raúl, de 43 años, quien estudió hasta la secundaria y es herrero; tiene un hermano de 15 años que estudia la preparatoria.

Estrategias de intervención: Economía de fichas.

Resultados: La madre no llevó al niño a sesión.

Expediente Clínico 18

Datos estadísticos

Nombre	Rosa
Edad	25
Escolaridad	Secundaria

Diagnóstico: [F32.00] *Episodio depresivo leve. Sin síndrome somático*

Motivo de consulta: Se siente deprimida por los problemas con su esposo.

Historia del síntoma: Hace ocho meses, descubrió que su esposo le fue infiel al inicio de su relación con lo que ha desembocado en celos constantes, problemas y reproches. Su esposo ha respondido con un comportamiento similar dirigido hacia ella.

Síntomas secundarios: No sale a la calle a realizar sus actividades como antes, tiene dolores de cabeza frecuentes y problemas con su esposo debido a que es celoso y mal humorado; ella es también muy celosa y suele revisar su teléfono y Facebook.

Historia personal y familiar: Rosa Isela tiene problemas con su esposo debido a que es celoso y controlador, aunque también ella presenta estos comportamientos. Menciona que su esposo no le dedica tiempo, no le permite salir sola ni trabajar. Además tampoco hablan de los problemas, y cuando estos se presentan llegan a los golpes. Se han separado en dos ocasiones por lo anterior.

Estrategias de intervención: Control de celos, técnicas de relajación, comunicación asertiva.

Resultados: Rosa Isela no regresó a sesión.

Expediente Clínico 19

Datos estadísticos

Nombre	Marlene
Edad	24
Escolaridad	Preparatoria

Diagnóstico: [F32.00] *Episodio depresivo leve. Sin síndrome somático*

Motivo de consulta: Tristeza y estrés por la reciente separación con pareja y de que ahora debe hacerse cargo de su hijo de 1 año.

Historia del síntoma: El síntoma de Marlene se hace presente en los momentos en los que se enfrenta a su realidad, esto es, al darse cuenta de que no tiene el apoyo de su expareja para la manutención y educación de su hijo. La tristeza se manifiesta cuando Marlene recuerda la infidelidad de su esposo y los problemas que de ahí se derivaron, así como en las ocasiones en las que discute con él respecto a los gastos del niño. El estrés la aqueja cuando tiene problemas con sus padres debido a la situación que está enfrentando en estos momentos, sintiéndose presionada por la necesidad de trabajar y el cuidado de su hijo.

Síntomas secundarios: Estrés, llanto, frustración, dolor de cabeza.

Historia personal y familiar: Marlene vive con sus papás y su hijo de 1 año. Hace unos meses que se separó de su pareja porque éste le fue infiel. Tuvo que truncar sus estudios debido a su embarazo y la decisión de casarse, siempre fue algo que quiso porque en ese momento se sentía muy enamorada de su pareja. Fueron a vivir en un espacio que la mamá de su esposo les ofreció en su casa, sin embargo, los problemas empezaron a presentarse por la invasión de la privacidad de la pareja por parte de la señora. Marlene menciona que en las ocasiones en las que llegaba a salir, su suegra hacía saber a su hijo su hora de entrada y salida. Las discusiones con su esposo llegaban a ser violentas, presentándose golpes por parte de ambos. Después

de dos años de relación, se dio cuenta que su esposo le era infiel, lo confrontó, pero decidió continuar con él. No obstante Osvaldo no terminó la relación extramarital. En este momento, es algo que le afecta considerablemente, no puede olvidar ni perdonar lo sucedido, pues se sintió traicionada y humillada. Osvaldo no ayuda con los gastos de su hijo; al respecto Marlene dice que difícilmente puede mantener un empleo, y que su madre le soluciona sus problemas económicos, por eso él no piensa en hacer algo por sí mismo.

Estrategias de intervención: Autorregistros, elaboración de plan de vida.

Resultados: Marlene sólo asistió a una sesión y no dio aviso de su inasistencia.

Expediente Clínico 20

Datos estadísticos

Nombre	Rosario
Edad	43
Escolaridad	Primaria

Diagnóstico: [F32.1] *Episodio depresivo moderado*

Motivo de consulta: Problemas en casa que han afectado la salud física de su hija menor.

Historia del síntoma: El estrés y preocupación de Rosario se presentan cada vez que tiene alguna dificultad económica, en los momentos en los que ve a su hija triste o enojada por no prestarle atención, cuando sus labores domésticas la consumen en tiempo y su nuera no la apoya en ningún sentido, cuando ve a su hijo amargarse por su enfermedad y cuando discute con su ex esposo.

Síntomas secundarios: Disminución en actividades cotidianas, falta de apetito, fatiga, dolor de cabeza.

Historia personal y familiar: Rosario menciona que hace 1 año decidió separarse de su pareja, debido a una infidelidad con la esposa de su hermano. A pesar de que tiene una relación complicada con él, se mantiene al tanto de sus hijos, especialmente de Melanie. Al respecto de su hija menor, la niña presenta diversos problemas a raíz de la separación de sus padres. En ocasiones no come, no duerme, hace unos meses derramó bilis porque con frecuencia se encuentra triste, le hace dibujos en los que le escribe “mamá regresa con mi papá”. El estilo acelerado de vida que tiene, ocasiona que con frecuencia esté enojada o desesperada, entonces le grita de todo a su hija, difícilmente juega con ella o le presta atención.

Su hijo mayor Francisco, de 22 años, tiene VIH desde hace un año, fue violado cuando tenía 11 años. El progreso de su enfermedad ha repercutido en su estado de ánimo; es una persona agresiva y prepotente, sobre todo con su hermana. Por otra parte, su hijo Ismael, de 20 años, está casado, tiene una hija de 1 año de edad. Él le ayuda con la manutención del hogar. Sin embargo, su esposa, Itzel, no ayuda en los quehaceres domésticos; sólo está acostada viendo televisión o en el celular, en ocasiones ni siquiera atiende a su hija, no le da de comer o no le presta atención. Eso ha ocasionado serios problemas entre ambas, Rosario le pide que le ayude, pero su nuera sólo se ríe y la ignora. Ha pensando en decirle a su hijo que busquen otro lugar para vivir, pero la detiene el hecho de que él da el sustento. En este momento tiene una relación de pareja, hace más de un año sufrió un accidente que lo invalidó en un porcentaje considerable, a veces lo cuida y se siente muy agradecida con él por el apoyo que le ha brindado. Constantemente está preocupada por la situación económica de su familia y los problemas que la han desunido.

Estrategias de intervención: Reestructuración cognitiva, asertividad, técnicas de relajación.

Resultados: Debido a que María del Rosario sólo asistió a una sesión no se obtuvieron resultados.

Expediente Clínico 21

Ficha de identificación

Nombre	Christian
Edad	20
Escolaridad	Secundaria

Diagnóstico: [F43.2] *Trastorno de adaptación*

Motivo de consulta: Frustración y estrés debido a la falta de trabajo. Cambio de humor que afecta su relación con pareja, amigos y familia-

Historia del síntoma: Desde hace varios meses ha tenido problemas con su novia Esmeralda debido a que tiene mal humor y es muy celoso. En su familia presenta constantes peleas con sus padres y tiene un sentimiento de que el trato hacia él y hacia sus hermanos no es el mismo, que ellos tienen preferencia y que él no es prioridad.

Síntomas secundarios: Irritabilidad, estrés, tristeza, cambia frecuentemente de trabajo.

Historia personal y familiar: Su padre es Mónico, tiene 50 años, y estudió hasta la secundaria, se dedica al comercio; su madre, Ana, tiene 45 años, no estudió y también se dedica al comercio, tiene 3 hermanos, Carlos de 27 años, Carolina de 21 y Karina de 19.

Estrategias de intervención: Manejo de la ansiedad, plan de vida.

Resultados: Christian pudo cambiar su situación al conseguir un trabajo y retomar sus estudios, razón por la cual no pudo seguir asistiendo a consulta, sin embargo, se mostró agradecimiento e interés por continuar con sus sesiones. Estos cambios que logró en su vida a partir del plan que elaboró de inmediato tuvieron

consecuencias en su humor y su situación familiar y con pareja, además de que hasta ahora, pudo mantener el mismo empleo.

Expediente Clínico 22

Datos estadísticos

Nombre	Alma
Edad	45
Escolaridad	Secundaria

Diagnóstico: [F32.00] Episodio depresivo leve. Sin síndrome somático

Motivo de consulta: Preocupación por infidelidad de su esposo.

Historia del síntoma: En 2014, su hijo José, le informó que estaba siendo engañada; María confrontó a José, su esposo, y éste confesó la infidelidad, dijo que había estado saliendo a comer con otra mujer y que sólo había tenido contacto físico no sexual; ella lo perdonó, sin embargo, no pudo dejar atrás los celos, las sospechas y la tristeza y enojo que esto le trajo.

Síntomas secundarios: Irritabilidad, falta de apetito, tristeza, desesperación, sensación de incertidumbre sobre su vida

Historia personal y familiar: Alma se casó con José hace 23 años. Su esposo, estudió hasta la secundaria, tiene 45 años y es empleado; tiene tres hijos José de 22 años que estudia la Universidad, María que estudió hasta la preparatoria, tiene 18 años y es empleada, y Jesús que estudia la secundaria y tiene 15 años; todos viven en la misma casa y no la comparten con otro familiar.

Estrategias de intervención: Elaboración de plan de vida, ajuste de expectativas, establecimiento de límites.

Resultados: Siempre cumplió con sus tareas y fue puntual, sin embargo, no quiso realizar la meta que ella propuso, que era separarse de su marido, también optó por mantener los viejos patrones que la llevaron a esa situación.

CONCLUSIONES

Uno de los acontecimientos más importantes que prepararon el terreno para el nuevo paradigma sanitario, fue que en 1948 la OMS cambió su definición de salud, pasando de ser la ausencia de enfermedad, a ser el bienestar físico, psicológico y social, y formando parte de un proceso en constante cambio que requiere cuidado igual de constante.

Esta definición dio lugar a que profesionales de otras áreas tuvieran cabida en el sistema sanitario, y que pudieran aportar sus conocimientos para una mejora en los servicios ofrecidos a la población. Como resultado, se comenzó a buscar alternativas para combatir el problema de la epidemiología contemporánea; y ya que las enfermedades crónicas carecen de una génesis específica, se le dio importancia a la conducta cotidiana de las personas y se encontró que en esta se encuentra gran parte del problema; este descubrimiento llevó a otro, si la conducta es modificada, sus resultados a largo plazo serán distintos y las patologías pueden ser prevenidas.

Una de las disciplinas que más ha aportado en el entendimiento de la conducta y su relación con el proceso salud-enfermedad fue la Psicología de la salud; formalizada en 1978 por la APA, y los tres principales factores que ayudaron a su origen fueron, el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, los elevados costos de los cuidados médicos que requieren quienes las padecen y la importancia dada al estilo y calidad de vida.

La conferencia de Alma Ata de la OMS sirve como parteaguas en el desarrollo de la psicología de la salud, pues se plantearon estrategias para implementar el nuevo modelo de salud en los sistemas sanitarios a nivel global y darle prioridad a la atención de primer nivel, ya que es el que recibe la mayoría de los pacientes, y que los motivos de consulta se deben a aspectos conductuales entre el 60% y 70% de los casos.

La psicología de la salud tomó su lugar dentro del proceso salud-enfermedad, estudiando e interviniendo en la relación salud-conducta, buscar el bienestar.

Un reciente gran paso para México en este rubro fue la evaluación que hizo la OMS en 2008 sobre la salud mental y su situación política, la infraestructura disponible, recursos económicos y humanos, educación y la APS. A partir de esta evaluación, se pusieron en marcha proyectos de mejora y la Secretaría de Salud implementó el “Plan de Acción Específico – Salud Mental 2013-2018”, poniendo énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, aumentar la cobertura de servicios y mejorarlos, coordinar programas constantemente, capacitar al personal y respetar los derechos humanos.

La promoción de la salud trasciende las instituciones sanitarias; según la Carta de Ottawa, abarca aspectos como el bienestar físico, mental y social, mediante acciones cotidianas que se conviertan en un estilo de vida, además del acceso a necesidades básicas para vida diaria; factores políticos y ambientales para desarrollar la salud; medidas comunitarias, entre otras.

El papel del psicólogo es fundamental para que la promoción sea aplicada, pues posee los conocimientos para actuar a nivel individual y comunitario; puede desempeñarse en diversos contextos y ayudar a resolver diferentes problemas sociales. Busca educar en la toma de decisiones, asegurar el comportamiento saludable y empoderando a la sociedad en el cuidado de su proceso salud-enfermedad.

La otra parte del trabajo del psicólogo es la prevención de la enfermedad, que como su nombre indica, tiene por objetivo evitar la aparición de patologías; se enfoca en la enfermedad, mientras que la promoción se centra en la salud. La prevención está dividida en tres niveles, el primero está en relación directa con la promoción y se aplica a personas sanas; el segundo nivel intenta detectar patologías en etapas tempranas y asegurar su tratamiento oportuno. El tercer nivel está dirigido a personas con enfermedades crónicas, agudas o que son sometidas a tratamientos severos o invasivos y que necesiten habilidades para afrontar tales situaciones.

Los diferentes niveles de prevención se aplican a los tres niveles de atención a la salud; los cuales van incrementando en complejidad de los problemas tratados y en decremento de la afluencia de pacientes; teniendo en cuenta esto, el primer nivel de

atención es considerado el más importante, pues recibe hasta el 80% de todos los pacientes, y en él se implementan la promoción y prevención como medidas principales.

Como herramienta auxiliar en las funciones desempeñadas en el primer nivel, está la Atención Primaria a la Salud, que, mediante planeación de recursos, apoyo en la formación de políticas y normas, métodos científicamente comprobados y el trabajo interdisciplinario; tiene como principal propósito que toda la población tenga acceso a los servicios básicos de salud, sin importar su situación socioeconómica.

El psicólogo al desempeñarse en el primer nivel de atención y en la APS, se encuentra con que los principales problemas de salud están asociados al estilo de vida, como la alimentación, el sedentarismo, malos hábitos del sueño, consumo de drogas legales e ilegales; causantes de enfermedades crónico-degenerativas como diabetes, hipertensión, obesidad, problemas gastrointestinales, cardíacos y de dependencia o adicciones. Estas enfermedades también aparecen como consecuencia del estilo de vida acelerado y demasiado exigente, que ocasionan a las personas estrés, ansiedad y depresión; problemas que suelen ser ignorados hasta que resultan incapacitantes, y han evolucionado hasta etapas crónicas o agudas.

La intervención se realiza desde una perspectiva holística, tomando en cuenta las características específicas de cada comunidad atendida, y considerando la situación socioeconómica, ambiental, laboral, educativa, sanitaria, demográfica, entre otras.

La primera línea para combatir la epidemiología actual es la educación, desde fases básicas como la apertura a la información, mediante clases, materiales didácticos y pláticas, a estrategias más complejas como la enseñanza en modificación de conducta, cambio en las creencias sobre salud y enfermedad. Algunas de las herramientas más utilizadas son el entrenamiento en toma de decisiones y solución de problemas, autorregulación del comportamiento, autoeficacia, cambio de hábitos, identificación de conductas y pensamientos problemáticos.

El psicólogo elabora planes de acción, desde la identificación del problema, siguiendo con la valoración del esfuerzo y tiempo que se requerirá para asimilar esa nueva conducta; el paciente propone alternativas de acción, metas y es acompañado y motivado durante el proceso, que lo llevará a tener control sobre sí mismo y cuidar de su salud de manera independiente.

Estas estrategias se encuentran dentro del marco de la psicoterapia breve; que se encarga de atender problemáticas muy específicas. Hay varios tipos de intervención basados en el tratamiento de corta duración, uno muy utilizado es la Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU), que utiliza principios psicoanalíticos, pero admite diversos aportes de la terapia cognitivo-conductual, sistémica y de insight.

En esta modalidad de terapia, utiliza el pasado inmediato del paciente y su historia personal como contexto para comprender el problema en cuestión, y contempla variables sociales, familiares, económicas, de salud, etcétera; al cual debe darse solución en alrededor de 5 sesiones, y verificar la eficacia del tratamiento con una sesión de seguimiento. El objetivo es que el paciente aprenda a lidiar con los retos de la vida diaria de manera adaptativa.

La PBIU, junto a las actividades de promoción y prevención, el aumento en enfermedades psicológicas y fisiológicas asociadas al estrés, ansiedad y al estilo de vida, han ayudado a que las instituciones de salud reconozcan que la salud mental es más necesaria que nunca, y gracias al respaldo de la OMS, y la propagación del estudio y conocimiento sobre su papel en el proceso salud-enfermedad, más medidas políticas se toman para que la gente tenga información y acceso a los beneficios de la psicología como servicio básico de salud.

Sin embargo, en México falta mucho camino por recorrer; pues la cobertura del servicio de psicología es escasa, pocos centros de salud cuentan con un psicólogo, de hecho, sólo hay uno por cada 100 mil habitantes, y éstos están concentrados en las ciudades principales y en centros sanitarios de segundo y tercer nivel, aun cuando es en el primer nivel donde más se requieren. Los equipos de trabajo interdisciplinarios no están formados y las funciones entre médicos, psicólogos, y otros profesionales de la salud están muy separadas.

Entre la población aún persisten tabúes sobre la psicoterapia, se le relaciona únicamente con problemas mentales graves; y tampoco tienen claras sus funciones, confundiéndolas constantemente con uso de fármacos propios de psiquiatras. Sobre la relevancia y gravedad del estrés, ansiedad y depresión también es necesaria mucha más educación, pues la gente suele atenderse con el psicólogo como último recurso, cuando el problema es grave e impide la realización de sus tareas o se manifiesta físicamente.

El conocimiento amplio sobre psicoterapia y su lugar dentro de cada nivel de atención es vital, pues muchas veces la psicoterapia en una modalidad más especializada, de segundo nivel, es sobre-utilizada en el primero, entorpeciendo mucho el alcance de la práctica profesional en este sentido, y reduciendo también los recursos dedicados a la promoción y prevención; esa mala praxis también rompe con el objetivo de la PBIU, que es atender exitosamente el mayor número de pacientes, en el menor tiempo posible.

Respecto a los propios psicólogos, deben educarse para aprender sobre su lugar e importancia dentro de la comunidad y asumir las responsabilidades sociales que esta carrera conlleva, de manera similar a la que los médicos y enfermeras se reconocen a sí mismos y a su formación como parte fundamental dentro de la salud pública. La intervención realizada en el CSU San Lucas Patoni, también sirvió para alcanzar este objetivo, pues se pudo notar que la labor del psicólogo era vista por los demás profesionales como parte importante que el centro de salud puede ofrecer, especialmente por las enfermeras y TAPS, profesionales formados dentro del nuevo modelo de salud y de los objetivos que se persiguen en la Atención Primaria a la Salud.

Al iniciar la intervención, la respuesta de la población ante el servicio de psicoterapia fue inmediata y muy positiva, mostrando que mucha gente empieza a entender que esta clase de tratamientos pueden formar parte del cuidado cotidiano como los que puede dar el médico.

La población solicitó el servicio desde el primer momento a pesar del costo, aunque la afluencia de personas interesadas aumentó cuando se ofreció gratuitamente. Sin embargo, fue necesario tomar medidas educativas con la gente que

solicitaba la psicoterapia y con la comunidad en las salas de espera para que se tuviera una idea más clara de qué es la psicología y las funciones que pueden hacerse en esa área.

Las pláticas sobre “Psicología” se dieron con el objetivo de introducir a la población a este servicio; después de ver que muchos padres pedían que se les recetara algo a sus hijos para mejorar su comportamiento, o bien, para tratar los síntomas como estrés o depresión; se dio información más profunda sobre las funciones del psicólogo, aclarando que los fármacos no entran en el modo de trabajo.

También se tuvo que profundizar en el tema de la disciplina y el TDA-H; la razón es que con frecuencia padres de familia necesitaban el servicio o medicamentos para sus hijos “hiperactivos”, esta situación fue grave, pues se pedía ayuda farmacológica para niños pequeños, desde los 2 años y se extendía hasta adolescentes de 15 años. A cada padre se le dio una breve plática de lo que el TDA-H es y que había que diferenciar entre este trastorno y el comportamiento asociado a la educación en casa y disciplina diaria. Para ambos temas se elaboraron trípticos informativos que se dieron a los padres y que estaban disponibles para la comunidad.

Las actividades de promoción y prevención son una parte importante de las tareas de los profesionales de la salud, sobre todo en el primer nivel, y en este rubro se realizaron varias tareas, antes descritas y el alcance fue bueno, a pesar de que la psicoterapia fue ocupando la mayoría del tiempo disponible. Se observaron buenos resultados en los pacientes, tanto en su motivo de consulta como en los cambios en los estilos de vida. Estos resultados permiten inferir que si hubiera oportunidad de que los psicólogos dedicaran más horas a la práctica, o bien, de que cada centro de salud contara con más de dos, los beneficios alcanzarían un límite mucho mayor.

La razón de esto es que el centro de salud no cuenta con la presencia permanente de psicólogos dentro de su equipo de trabajo, por lo que la intervención tuvo como resultado la reinstauración temporal de los servicios de psicología, en lugar del apoyo y mejora de servicios ya presentes.

Otro problema es que el intervalo entre cancelaciones y reinicios de los servicios no son constantes ni cortos; antes de esta intervención, el centro de salud había pasado un año sin psicólogos; esto imposibilita darle seguimiento y continuación al trabajo realizado por otros profesionales con anterioridad, por lo que el servicio siempre inicia desde cero.

Estos constantes reinicios afectan la percepción de importancia de la psicología para los demás profesionales y para la comunidad, pues sin un servicio permanente sólo alcanzan a notar el mismo rango de tareas que se pueden realizar, es decir, los aportes del psicólogo hacia la comunidad y el centro de salud son muy superficiales en relación a los beneficios potenciales que se pueden lograr si existiera la posibilidad de tener continuidad y estabilidad en el servicio, no sólo limitándose a ciertas actividades de promoción y prevención o psicoterapia, sino también en la participación de mejora profesional de los trabajadores y de los servicios ofrecidos en general, así como fomentar la comunicación entre profesionales y la futura formación de equipos multidisciplinarios.

Durante las pláticas en las escuelas y con los padres de familia se pudo notar que existe una gran necesidad de brindar educación sexual, prevención del bullying, métodos de estudio, prevención de consumo de tabaco, alcohol y adicciones en escuelas de todos los niveles y con los padres de familia; muchos estudiantes consumen tabaco y alcohol a nivel secundaria y preparatoria, también inician su vida sexual activa desde los 12 sin tomar las medidas necesarias para evitar embarazos no deseados o ITS y la práctica del bullying.

De hecho, la educación es una de las vías más importantes y con más potencial para el cambio en una comunidad, sobre todo en una donde la preparación educativa es tan limitada y los recursos socioeconómicos tan limitados; para futuras intervenciones, valdría la pena intentar establecer una división de tareas, tratar de poner el mismo peso a la promoción y prevención y a la psicoterapia, al tiempo que se le permite a cada pasante participar en ambas tareas.

Una intervención directa sobre la comunidad en un centro de salud de primer nivel, como la que se efectuó para la elaboración de esta tesis, resulta sumamente útil

para romper esos paradigmas entre la gente y con los profesionales sanitarios, y hace falta que se abran más lugares dentro de la salud pública para que psicólogos en formación ayuden al desarrollo de la salud mental en el país; sobre todo en zonas de riesgo y con grupos vulnerables.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara, M. G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
- Bellack, L. (1999). Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: Manual Moderno.
- Buendía, J., Coy, E. & Esteban, M. (1984). El psicólogo y la salud mental. *Papeles del psicólogo*, 18. Recuperado en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=205>
- Carta de Ottawa para la prevención de la salud. (2001). *Salud Pública y Educación para la Salud*, 1(1), 19-22. Recuperado en: <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. (2015). Ley General de Salud. Recuperado en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_121115.pdf
- Cortada, K. (2008). Los sesgos cognitivos en la toma de decisiones. *International Journal Psychological Research*, 1, 68-73. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023503010.pdf>
- Fernandes, A. R., do Carmo, E. M., Jiménez, B. S. A. (2009). La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-12. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/2290/229019248009.pdf>
- Figueroa, de L. S. (2012). Proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de salud pública. Universidad San Carlos Guatemala. Recuperado en: <https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/proceso-salud-enfermedad-2012.pdf> - PONER EN REFERENCIAS USADAS

- Guerrero, L. y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum*, 53, 610-633. Recuperado en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/28660/1/articulo8.pdf>
- Guerrero, S. M. (2015). Plan Anual de Trabajo de Enfermería. Instituto de Salud del Estado de México: México.
- Hernández, M. E. y Grau, A. J. A. (2005). Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones. Centro Universitario en Ciencias de la Salud: Guadalajara. Recuperado en: <http://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2012/01/PSICOLOG%C3%8DA-DE-LA-SALUD-ASPECTOS-HIST%C3%93RICOS-Y-CONCEPTUALES.pdf>
- Hewiit, R. N. y Gantiva, D. C. A. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en psicología latinoamericana*, 27(1), 165-176. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/799/79911627012.pdf>
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, 23(1), 11-14. Recuperado en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/leccion_14/bibliografia_complementaria_14.pdf
- Libreros, P. L. (2012). El proceso salud-enfermedad y la transdisciplinariedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 622-628. Recuperado en: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v38n4/spu13412.pdf>
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M. y Quintero, M. F. (2009). Salud Mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 23, 83-112. Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a06>
- Oblitas, G. L. A. (2010). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Cengage Learning Editores.

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

Recuperado

en:

<https://books.google.com.mx/books?id=Blc6XLFCvSc&pg=PA11&lpq=PA11&dq=psicologia+de+la+salud+antecedentes+desarrollo+estado+actual+y+perspectivas&source=bl&ots=dHbecqutvi&sig=hVMCCD1xMLvkHnfiR4t9PkWTIRo&hl=es-419&sa=X&ved=0CCQQ6AEwAWoVChMltfahqruEyQIVA9g-Ch1INQYv#v=onepage&q=psicologia%20de%20la%20salud%20antecedentes%20desarrollo%20estado%20actual%20y%20perspectivas&f=false>

Oblitas, L. (2008). *Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad*.

Avances en Psicología,

16(1).

Recuperado

en:

<http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado*. OMS: Francia.

Recuperado

en:

http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008:*

La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Suiza: OMS.

Recuperado en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2011). *IESM-OMS Informe sobre el sistema de*

salud mental en México. OMS: México.

Recuperado en:

http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta*.

Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Sistemas de salud basados en la*

Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos APS.

- Washington: OPS. Recuperado en:
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf
- Pérez, A. M. y Fernández, H. J. R. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29 (3), 251-270. Recuperado en:
<http://www.redalyc.org/pdf/778/77829302.pdf>
- Redondo, A. D. (2013). Rol del profesional de Psicología en Atención Primaria de la Salud. *Revista Wímblu, Revista Electrónica de Estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica*, 8(1), 61-80. Recuperado en:
<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4942674.pdf>
- Redondo, E. P. (2004). Prevención de la enfermedad. Universidad de Costa Rica: Costa Rica. Recuperado en: <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>
- Reyes, E. D. y Cárdenas, B. S. (2011). Guía de inducción para servidores públicos de nuevo ingreso al Instituto de Salud del Estado de México. Secretaría de Salud. Recuperado en:
http://salud.edomexico.gob.mx/intranet/uma/doctos/guia_induccion.pdf
- Rodríguez-Marín, J. (1998). Psicología de la salud y psicología clínica. *Revista Papeles del Psicólogo*, 69. Recuperado en:
<http://www.papelesdel psicologo.es/vernumero.asp?id=772>
- Rodríguez-Marín, J. (2002). Historia de la psicología de la salud. *Revista de Historia de la Psicología*, 23, 3-4, 185-221. Recuperado en:
https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAAahUKEwiBr-WO3YTJAhXBWT4KHQmtAKE&url=http%3A%2F%2Fwww.revistahistoriapsicologia.es%2Fapp%2Fdownload%2F5854430311%2F01.%2FBRODR_GUEZ%2FBMAR_N.pdf%3Ft%3D1364988699&usq=AFQjCNGmXA8KvtS2hpR4sdP2jYs5fQvh_A&sig2=szsu3llp014q0879g2kvtQ

Sánchez, T. (2016). El papel de la Psicología en el ámbito de la Salud a través de un programa de intervención psicológica en el Instituto de Salud del Estado de México (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Sandoval, De E. J. M. y Richard, M. M. P. (sin fecha). La Salud Mental en México. Servicio de Investigación y Análisis. Recuperado en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>

Santacreu, J., Márquez, M. O. y Rubio, V. (1997). La prevención en el marco de la Psicología de la Salud. *Psicología y Salud*, 10, 81-92. Recuperado en: https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/victor/SALUD/Bibliog/prevencion.PDF

Secretaría de Salud. (2014). Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018. Secretaría de Salud: México. Recuperado en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf

World Federation for Mental Health. (2009). Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. WFMH. Recuperado en: <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/12/SPANISH-WMHD09.pdf>

World Health Organization. (2014). 2014 Mental Health Atlas. WHO: Francia. Recuperado en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua=1&ua

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



FORMATO PARA ELABORACIÓN DE EXPEDIENTE PSICOLÓGICO

DATOS ESTADÍSTICOS

NOMBRE: _____

EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____ SEXO: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

HISTORIA DEL SÍNTOMA: _____

SÍNTOMAS SECUNDARIOS: _____

HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR:

DIAGNOSTICO:

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

PLAN DE INTERVENCIÓN: (síntesis de lo trabajado en cada sesión 1 a la 6)

OBSERVACIÓN GENERAL DEL PACIENTE: _____

RESULTADOS:



Cédula de Indicadores para Medir Dependencia a Drogas

FOLIO: **019983**

Crterios para diagnosticar dependencia a sustancias adictivas: conjunto de manifestaciones fisiológicas conductuales y cognoscitivas, en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo, que se manifiesta por tres o más síntomas en algún momento, en los 12 meses previos. (Organización Mundial de la Salud, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 1992)

Edad del sujeto _____

Anote el nombre de la droga: _____

¿Qué tipo (s) de droga (s) consume? (Puede marcar más de una opción)		<input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Disolventes e Inhalables <input type="checkbox"/> Alucinógenos <input type="checkbox"/> Opto o morfina	<input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Rohypnol <input type="checkbox"/> Basuco o Pasta base <input type="checkbox"/> Cristal (metanfetaminas)	<input type="checkbox"/> Tranquilizantes <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Opláceos (analgésicos narcóticos) <input type="checkbox"/> Cocaína ¿Principal droga consumida? _____	
En los últimos 12 meses		PREGUNTA FILTRO		Calificación: Mar que con una X si el síntoma está presente	
¿Usó en más de cinco ocasiones _____ para estimularse, relajarse, sentirse mejor o sentirse más activo o alerta? (nombre de la droga)		No 0 Si 1	Si la respuesta es afirmativa, continúe		
1a ¿Se dio cuenta que tenía que usar más cantidad que antes de _____ para lograr el efecto deseado? (nombre de la droga)		No 0 Si 1	Tolerancia		$\left. \begin{array}{l} \text{Se califica como síntoma presente, cuando alguna} \\ \text{de las respuestas es afirmativa} = 1 \text{ Después de la} \\ \text{primera respuesta Afirmativa, pase a la pregunta 2}^a \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{Síntoma} \\ 1^a, 1b \text{ ó } 1c = 1 \end{array}$
1b ¿Notó que la misma cantidad de _____ le hacía menos efecto que antes? (nombre de la droga)		No 0 Si 1	Fuerte deseo o sensación de compulsión para tomar la sustancia		
1c ¿Alguna vez se dio cuenta de que necesitaba más cantidad de _____ para lograr el mismo efecto? (nombre de la droga)		No 0 Si 1			
2 ^a ¿Ha sentido un deseo o necesidad tan fuerte de consumir _____ que no pudo evitar hacerlo? (nombre de la droga)		No 0 Si 1	$\left. \begin{array}{l} \text{Se califica como síntoma presente, cuando alguna} \\ \text{de las respuestas es afirmativa} = 1 \\ \text{Después de la primera respuesta afirmativa,} \\ \text{pase a la pregunta 3a} \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{Síntoma} \\ 2a, \text{ ó } 2b = 1 \end{array}$		
2b ¿Ha deseado consumir _____ tan desesperadamente que no pensar en nada más? (nombre de la droga)		No 0 Si 1			
3a ¿Hubo ocasiones en que quiso suspender o disminuir el consumo de _____ menos durante un mes? (nombre de la droga)		No Pase a 3b Si Continúe Si 0 No 1	$\left. \begin{array}{l} \text{Dificultad para controlar el consumo} \\ \text{de sustancias} \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{Síntoma} \\ 3^a \text{ ó } 3b = 1 \\ \text{ó } 3b = 1 \end{array}$		
3b ¿Ha tenido periodos en los que usó _____ en mayor cantidad o por más tiempo de lo que se proponía, o se le hizo difícil suspender antes de sentirse intoxicado? (nombre de la droga)		No 0 Si 1			



Cédula de Indicadores para Medir Dependencia a Drogas

En los últimos 12 meses				Calificación: Marque con una X si el síntoma está presente
4a En las horas o días siguientes a suspender o disminuir el uso de _____ (nombre de la droga) ¿Alguna vez tuvo malestares como temblores, sudores, no poder dormir, dolor de cabeza o estómago, etc.?	No 0 Si 1	Abstinencia Se califica como síntoma presente cuando alguna de las respuestas es afirmativa = 1	Síntoma 4a, 4b ó 4c = 1	<input type="checkbox"/>
4b ¿utilizó _____ (nombre de la droga) u otra droga para evitar tener malestares como los que se acaban de mencionar?	No 0 Si 1			
5a ¿Ha habido ocasiones en que dedicaba mucho tiempo a conseguir _____? (nombre de la droga)	No 0 Si 1	Reducción progresiva del repertorio de actividades o intereses Se califica como síntoma presente cuando alguna de las respuestas es afirmativa = 1 Después de la primera respuesta afirmativa, pase a la pregunta 6*	Síntoma 5a, 5b y 5c = 1	<input type="checkbox"/>
5b ¿Ha pasado mucho tiempo consumiendo o recuperándose de los efectos de _____? (nombre de la droga)	No 0 Si 1			
5c ¿Ha descuidado o suspendido actividades importantes como estudios, deportes, trabajo, compartir con amigos o familiares, por conseguir o usar _____? (nombre de la droga)	No 0 Si 1			
6a ¿Ha tenido problemas de salud, como sobredosis accidental, tos persistente, convulsiones, infecciones, hepatitis, abscesos, SIDA, problemas cardiacos u otra lesión relacionada con el uso de _____? (nombre de la droga)	No 0 Si 1	Uso persistente a pesar de las consecuencias dañinas Se califica como síntoma presente cuando alguna de las respuestas es afirmativa = 1	Síntoma 6a y 6b ó 6c y 6d = 1	<input type="checkbox"/>
6b ¿Continuó usando _____ (nombre de la droga) aún después de presentar estos problemas de salud?	No 0 Si 1			
6c ¿Ha tenido usted problemas psicológicos o sociales asociados al uso de _____ (nombre de la droga), como sentirse deprimido, extraño o perseguido, o presentar fracasos laborales o escolares, conflictos familiares, actos de violencia, accidente, etc.?	No 0 Si 1			
6d ¿Continuó consumiendo _____ (nombre de la droga) aún después de saber que se relacionaba con alguno de estos problemas?	No 0 Si 1			

Adaptación basada en la Cédula Internacional de Entrevista Diagnóstica (1997) WHO-CIDI 2.1 y en los criterios para diagnosticar dependencias de sustancias de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (1995). 217B2000-341-11



Cuestionario AUDIT (Pruebas para Identificar trastornos por el Consumo de Alcohol)

<p>1. ¿Qué tan frecuentemente ingiere bebidas alcohólicas?</p> <p>0 = Nunca 1 = Una vez al mes o menos 2 = Dos o cuatro veces al mes 3 = Dos o tres veces por semana 4 = Cuatro o más veces por semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>6. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente bebió a la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?</p> <p>0 = Nunca 1 = Menos de una vez al mes 2 = Mensualmente 3 = Semanalmente 4 = Diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe?</p> <p>0 = 1 o 2 1 = 3 o 4 2 = 5 o 6 3 = 7 a 9 4 = 10 o más</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>7. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?</p> <p>0 = Nunca 1 = Menos de una vez al mes 2 = Mensualmente 3 = Semanalmente 4 = Diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>3. ¿Qué tan frecuentemente ingiere bebidas alcohólicas?</p> <p>0 = Nunca 1 = Menos de una vez al mes 2 = Mensualmente 3 = Semanalmente 4 = Diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?</p> <p>0 = Nunca 1 = Menos de una vez al mes 2 = Mensualmente 3 = Semanalmente 4 = Diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>4. Durante el último año ¿le ocurrió que no puede parar de beber una vez que había empezado?</p> <p>0 = Nunca 1 = Menos de una vez al mes 2 = Mensualmente 3 = Semanalmente 4 = Diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol?</p> <p>0 = No 2 = Sí, pero no en el último año 4 = Sí, en el último año</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>5. Durante el último año ¿que tan frecuentemente dejo de hacer algo que debería haber hecho por beber?</p> <p>0 = Nunca 1 = Menos de una vez al mes 2 = Mensualmente 3 = Semanalmente 4 = Diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>10. ¿Algún familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje?</p> <p>0 = No 2 = Sí, pero no en el último año 4 = Sí, en el último año</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>Registre la puntuación total aquí <input type="text"/></p> <p>Calificación Total 0 a 3 Sin riesgo 3 a 7 Empieza a tener problemas 8 o más Riesgo elevado</p> <p style="font-size: small;">Versión español: De la fuente J.R., Kershenovich D. 1992. El alcoholismo como problema médico. UAEM. Revista de la Facultad de Medicina 35, p.p. 2, 47. 51. Versión Inglés: Babort T., De la Fuente J.R., 1989. The alcohol use disorder and identification Test WHO, Ginebra p.p. 1-24 Proporcionado por el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF)- Instituto Mexicano de Psiquiatría.</p>	



Cuestionario de Fasrgerström para Detectar la Dependencia a la Nicotina

Examínese usted mismo: Encierre en un círculo el número de la respuesta correcta.

1) ¿ Cuántos cigarrillos fuma usted al día?

- 3 31 o más
- 2 21 a 30
- 1 11 a 20
- 0 Menos de 10

2) ¿ Fuma usted más cigarrillos durante la primera parte del día que durante el resto?

- 1 Sí
- 0 No

3) ¿ Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?

- 3 Menos de 5 min.
- 2 6 a 30 min.
- 1 31 a 60 min.
- 0 Más de 60 min.

4) ¿ Qué cigarrillo le es más difícil omitir?

- 1 El primero de la mañana
- 0 Algún otro

5) ¿ Le es difícil no fumar donde en lugares prohibidos?

- 1 Sí
- 0 No

6) ¿ Fuma usted cuando se halla enfermo e incluso en cama?

- 1 Sí
- 0 No

Conversión: 1 pipa = 3 cigarrillos
1 puro = 4-5 cigarrillos
1 puro pequeño = 3 cigarrillos

Para calificar:

Es dependiente si tiene puntuación de 5 puntos o más

Versión enviada por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)



**PROGRAMA DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN
DE VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES**

Herramienta de Detección de Violencia

No. EXP.: _____

JURISDICCIÓN SANITARIA:	COORDINACIÓN MUNICIPAL:	FECHA:
UNIDAD MÉDICA:	LOCALIDAD:	MUNICIPIO:

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS QUE APLICA LA HERRAMIENTA DE DETECCIÓN: _____

Sección 1. Violencia Psicológica: En los últimos doce meses su pareja o alguien importante para usted:

- ¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero? Si ¿Quién lo hizo? _____
No
- ¿Le ha menospreciado o humillado? Si ¿Quién lo hizo? _____
No
- ¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego? Si ¿Quién lo hizo? _____
No
- ¿Le ha menospreciado, humillado o golpeado durante su embarazo? Si ¿Quién lo hizo? _____
No
- ¿Su embarazo es deseado y planeado? Si No

Sección 2. Violencia Física: En los últimos doce meses su pareja o alguien importante para usted:

- ¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas, u otras lesiones? Si ¿Quién lo hizo? _____
No
- ¿Le ha tratado de ahorcar? Si ¿Quién lo hizo? _____
No
- ¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego? Si ¿Quién lo hizo? _____
No
- ¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas o ha tratado de ahorcarla por su embarazo? Si ¿Quién lo hizo? _____
No

Sección 3. Violencia Sexual: En los últimos doce meses su pareja o alguien importante para usted:

- ¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad? Si ¿Quién lo hizo? _____
No
- ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física? Si ¿Quién lo hizo? _____
No
- ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física? Si ¿Quién lo hizo? _____
No
- ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada? Si ¿Quién lo hizo? _____
No
- ¿Durante su embarazo, le ha forzado a tocamientos o a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con/sin violencia? Si ¿Quién lo hizo? _____
No

NOTA: Si él o la usuaria responde afirmativamente a más de 1 de las preguntas de la Sección 1, ó a cualquiera de las preguntas de la Sección 2 y 3, está viviendo una situación de violencia. Debe realizarse la evaluación de riesgo.



Minexamen del Estado Mental "Minimental" de Folstein

NOMBRE: _____	EDAD: _____
FECHA DE EVALUACIÓN: _____	SEXO: _____
Sabe leer: SI () NO () Sabe escribir SI () NO ()	
ESCOLARIDAD (en años): _____	
No. de Registro: _____	

(un punto por acierto)

Instrucciones: Debe realizar la detección una vez al año a las personas de 60 años y más que acudan a la unidad de salud, independientemente del motivo (aplique también el cuestionario de Depresión Geriátrica). Para realizar una evaluación del estado mental. En los casos, las respuestas del sujeto se califican con el número 1 cuando son correctas y con cero, cuando son incorrectas. Las calificaciones deben anotarse en cada espacio y al final sumarlas y anotarlas en la casilla derecha. Finalmente sume todas las calificaciones de cada apartado para obtener la puntuación total y anótelas en el espacio destinado para calificación total.

ORIENTACIÓN

Máximo (5)	CALIF	Máximo (5)	CALIF
I. TIEMPO?		LUGAR	
¿En qué año estamos?	()	¿En dónde estamos ahora?	()
¿En qué mes estamos?	()	¿En qué piso estamos?	()
¿Qué fecha es hoy?	()	¿Qué colonia es esta?	()
¿Qué día de la semana es hoy?	()	¿Qué ciudad es esta?	()
¿Qué hora es aproximadamente?	()	¿En qué país estamos?	()
Total correcto _____		Total correcto _____	

MEMORIA

II. Le voy a decir 3 objetos cuando yo termine quiero que por favor usted los repita			
	Correcto	Incorrecto	
A. Papel	()	()	Total correcto _____
Bicicleta	()	()	
Cuchara	()	()	

Escolaridad > 8 años

ATENCIÓN Y CALCULO

Escolaridad menor 8 años

III. Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir de 100		(máx. 5)	CALF
A. 100 menos 7		A. Reste de 3 en 3 a partir de 20	
93	()	17	()
86	()	14	()
79	()	11	()
72	()	8	()
65	()	5	()
Total correcto _____		Total correcto _____	

MEMORIA DIFERIDA

IV. Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio		(Máximo 3)
A. Papel	()	Total correcto _____
Bicicleta	()	
Cuchara	()	



ORIENTACIÓN

V. Muestre reloj y diga: () (máx. 3)
¿Qué es esto?

CALIF. _____

Muestre el Lápiz y diga: ()
¿Qué es esto?

VI. REPETICIÓN DE UNA FRASE (ahora le voy a pedir que repita esta frase, sólo la puede repetir una sola vez) (máx. 1)
"Ni no, ni si, ni pero" ()

CALIF. _____

VII. COMPRENSIÓN (máx. 3)

Tome este papel con la mano derecha ()

CALIF. _____

Dóblelo por la mitad ()
y déjelo en el suelo ()

VIII. COMPRENSIÓN ESCRITA (muestre la orden de la hoja de atrás y pida que le realice la acción)
(máx. 1) CIERRE LOS OJOS

CALIF. _____

IX. ESCRITURA DE UNA FRASE: Quiero que escriba una frase que tenga sentido (espacio atrás de la hoja) () (máx. 1)

X. PRAXIAS COPIA DE UN DIBUJO (copie por favor este dibujo tal como esta, atrás de la hoja)

SI ()
NO ()

(máx. 1) CALIF. _____

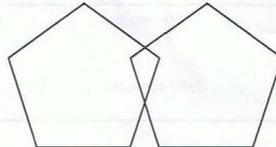
PUNTAJE FINAL

VIII. CIERRE LOS OJOS

IX. ESCRITURA DE UNA FRASE: _____

Doble aquí

X. COPIA DE UN DIBUJO: Muestre al entrevistado el dibujo con los pentágonos que se entrecruzan. La acción es correcta si los dos pentágonos se entrecruzan, deben tener 10 ángulos.



DEMENCIA

Es una pérdida de la función cerebral que ocurre con ciertas enfermedades y afecta la memoria, al pensamiento, el lenguaje, el juicio y el comportamiento.

La demencia aparece generalmente como olvido.

CAUSAS

La demencia ocurre generalmente en edad avanzada. Es poco frecuente en personas menores de 60 años

Tipos de demencia

-Demencia Alzheimer

-Parkinson

Cómo se manifiesta

- Falta de interés (apatía)
- Inquietud con un elevado grado de tensión, desinhibición y euforia.
- Agresividad
- Olvido de nombres
- Olvido de rutas, familiares



FACTORES DE RIESGO

- Edad avanzada
- Hipertensión
- Diabetes
- Golpes en la cabeza con pérdida de conocimiento
- Tabaquismo
- Enfermedad cerebro vascular
- Depresión de inicio tardío
- Falta de actividad intelectual
- Falta de actividad física

TRATAMIENTO

El tratamiento irá enfocado a curar la enfermedad o eliminar el

problema que ha causado la demencia, como ocurre con el abuso de alcohol, un tumor cerebral, un trastorno metabólico. Sin embargo, el envejecimiento provoca un problema degenerativo e irreversible

Emiliano Zapata s/n San Lucas Patoni C.P. 54100

Teléfono: 53 69 06 30

Horario de atención

Lunes a viernes de 8:00 a 16:00 hrs.

Servicio de Psicología

Martes y jueves de 8:00 a 14:00 hrs.



**Centro de Salud Urbano
“San Lucas Patoni”**

¿Qué es la depresión?

Es una enfermedad que altera nuestro estado de ánimo, nos hace sentir tristes la mayor parte del tiempo y no nos permite realizar nuestras actividades de manera normal y adecuada

¿Dónde acudir?

Centro de Salud Urbano “San Lucas Patoni”



ISEM



“2014 AÑO DE LOS TRATADOS DE TEOLUYUCAN”

DEMENCIA

CAUSAS

La depresión puede tener varias causas y pueden estar combinadas:

Los problemas como la muerte de un ser querido, la separación de la pareja, la pérdida de trabajo, enfermedad grave, maltrato físico, verbal o psicológico en el hogar, abuso de alcohol y drogas, etc.

¿Qué se siente?

La persona está deprimida cuando presenta dos o más de los siguientes síntomas durante más de dos semanas.

- Tristeza, angustia, inquietud.
- Falta de motivación.
- Desinterés por las cosas que nos gustan.
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones.
- Cansancio, decaimiento.
- Irritabilidad, mal humor.
- Sentimientos de culpa
- Pesimismo.
- Sentirse inútil.

- Cambios en el sueño
- Cambios en el apetito
- Molestias físicas como dolores musculares, de cabeza, espalda.
- Pensamientos relacionados con la muerte que pueden llevar al suicidio.

Medidas preventivas

- a) Identificar y nombrar tus emociones
- b) Conocerme mejor
- c) Identificar actividades que te interesen
- d) Invertir cierto tiempo al día en actividades que te gusten
- e) Hacer ejercicio de manera regular
- f) Acercarte a tu familia y amigos para mejorar la comunicación
- g) Consumir alimentos nutritivos
- h) Aprender técnicas para manejar el estrés
- i) Balancear el trabajo con el ejercicio, la recreación y el descanso

- j) Buscar ayuda de un especialista

El tratamiento para la depresión es posible por especialista de la salud mental como psiquiatras y psicólogos. Se requiere de terapia psicológica y en ocasiones medicamentos específicos.

Los antidepresivos deben ser supervisados cuidadosamente por el médico psiquiatra quien es el último que puede recetarlos

Los profesionales de la salud mental ayudan a prevenir problemas emocionales más severos. Acudir a ellos no es "cosa de locos".



Horario de atención

Lunes a viernes de 8:00 a 16:00 hrs.

Servicio de Psicología

Martes y jueves de 8:00 a 14:00 hrs.

Acude a:

**Centro de Salud Urbano “San
Lucas Patoni”**

Emiliano Zapata s/n San Lucas
Patoni C.P. 54100

Teléfono: 53 69 06 30



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM



GOBIERNO QUE TRABAJA Y LIBERA
enGRANDE

“2014 AÑO DE LOS TRATADOS DE TEOLYUCAN”



**Centro de Salud Urbano “San
Lucas Patoni”**

DEPRESIÓN









10 DÍA DE LA SALUD MENTAL

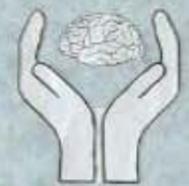
OCTUBRE

EVITA CONSUMIR DROGAS ☹️

¡Bienestar de una persona cuando tiene buen funcionamiento cognoscitivo, afectivo y conductual, para lograr un uso óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación!

Cuida a tus AMIGOS

¡Ríe más!



DESALSA

Sabías que...?

Si no cuidas tu mente, tu cuerpo puede enfermarse.

Practica deporte 🏃

DISFRUTA TU TIEMPO LIBRE