

168



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

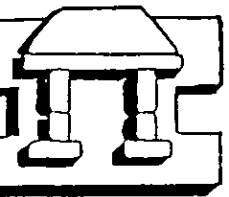
PSICOLOGIA DE LA SALUD: ESTRES Y AFRONTAMIENTO.

298440

TESIS EMPIRICA  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
MAYRA ROSALBA VELAZQUEZ CARDENAS

ASESORES:

- MTRA. ESTHER MA. MARISELA RAMIREZ GUERRERO.
- MTR. ENRIQUE BERNABE CORTES VAZQUEZ.
- LIC. JOSE ESTEBAN VAQUERO CAZARES.



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA,

2001



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.

## **QUIERO DEDICAR CON MUCHO CARIÑO MI TESIS A:**

*A mi papá:* porque siempre tuve tu apoyo y confianza en los momentos más difíciles.

*A mi mamá:* por estar presente en todo momento, sin ti no lo hubiera logrado.

*A mi hermana:* por estar siempre conmigo, gracias por existir.

*A mi hermano:* por ser parte tan importante en mi vida, te quiero mucho.

*A mi asesora Marisela Ramírez:* por tu gran apoyo y dirección en la realización de mi trabajo.

*A mis profesoras, Diana Moreno y Angeles Campos:* por sus incomparables enseñanzas, son un excelente ejemplo.

*A Lizbeth, Daniela y Yunuen:* por los buenos tiempos y la amistad que nos une.

*A Gilberto:* porque compartimos muchas cosas juntos.

*A la U.N.A.M.:* por haberme abierto las puertas al conocimiento.

Gracias.

**MAYRA VELAZQUEZ**

<u>INDICE</u>	PAG.
RESUMEN.....	3
INTRODUCCION.....	4
<b><u>CAPITULO 1 ANTECEDENTES DE PSICOLOGIA DELA SALUD</u></b> .....	8
1.1. MARCO TEORICO.....	9
1.1.1. SURGIMIENTO Y DEFINICION.....	13
1.1.2. DISCIPLINAS RELACIONADAS EN PSICOLOGIA DE LA SALUD.....	15
1.1.3. TEORIAS PSICOLOGICAS PROPUESTAS EN PSICOLOGIA DE LA SALUD.....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	23
<b><u>CAPITULO 2 METODOLOGIA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD</u></b> .....	25
2.1. TIPOS DE INVESTIGACION.....	27
2.1.1. DISEÑOS NO EXPERIMENTALES.....	27
2.1.2. DISEÑOS EXPERIMENTALES.....	32
2.1.3. METODO DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICO.....	34
2.2. METODOS DE EVALUACION.....	37
2.3. TIPOS DE INTERVENCION.....	39
2.4. AREAS DE APLICACION Y ACTIVIDADES DE PSICOLOGIA DE LA SALUD.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	58
<b><u>CAPITULO 3 PSICOLOGIA DE LA SALUD EN MEXICO, AMERICA LATINA Y EL MUNDO.</u></b> .....	60
3.1. DESARROLLO DE PSICOLOGIA DE LA SALUD EN PAISES DEL PRIMER MUNDO.....	62

3.2. DESARROLLO DE PSICOLOGIA DE LA SALUD EN AMERICA LATINA Y PAISES EN VIAS DE DESARROLLO.....	66
3.3. DESARROLLO DE PSICOLOGIA DE LA SALUD EN MEXICO.....	74
3.3.1. EL QUEHACER DEL PSICOLOGO DE LA SALUD EN MEXICO.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	82
<b><u>CAPITULO 4 ESTRES Y AFRONTAMIENTO.....</u></b>	<b>84</b>
4.1. DEFINICIONES Y MODELOS TEORICOS.....	86
4.2. FACTORES BIOPICOSOCIALES.....	91
4.3. RELACION SALUD-ENFERMEDAD-ESTRES DESDE PSICOLOGIA DE LA SALUD.....	94
4.4. LINEAS DE INVESTIGACION DEL ESTRES.....	97
4.5. AFRONTAMIENTO Y TECNICAS PARA REDUCIR Y CONTROLAR EL ESTRES.....	99
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	107
<b><u>CAPITULO 5 TRABAJO DE INVESTIGACION.....</u></b>	<b>110</b>
5.1 METODO DE INVESTIGACION.....	111
5.1.1 METODO.....	113
RESULTADOS.....	116
<b><u>CAPITULO 6 DISCUSION.....</u></b>	<b>119</b>
ANEXO.....	125

## **RESUMEN.**

La presente investigación tuvo como objetivo examinar los factores psicosociales que influyen en el desarrollo del estrés y determinar las necesidades y características de la población mexicana, con el fin de proponer medidas preventivas y de promoción para el control y disminución del estrés.

Los participantes fueron de 547 sujetos de 18 a 80 años, a los cuales se les aplicó un cuestionario, éste se dividió en dos partes, en Funcionamiento Salud y Funcionamiento Psicosocial (para fin del presente estudio se examinó la segunda parte y la escala de estrategias de afrontamiento y estrés).

Para obtener la confiabilidad del instrumento se aplicó un test retest de 3 semanas de diferencia con 100 individuos. El cuestionario se aplicó en salas de espera de hospitales públicos y privados, en algunos casos fue individual y grupalmente. Este procedimiento también se aplicó para la muestra total.

El método y diseño empleado fue no-experimental, descriptivo y explicativo.

Los resultados obtenidos fueron: el 40% de la muestra se describía con un nivel regular de estrés, no se encontró correlación entre los factores demográficos y los niveles de estrés; tal vez podría estar relacionada a las demandas situacionales (personales, familiares o sociales).

Con respecto, a los factores psicosociales y los niveles de estrés, existió una correlación baja, lo que implica que no utilizan los recursos de afrontamiento adecuado para combatir el estrés y disminuirlo.

Por último, se detectaron las necesidades y características de la muestra mexicana que podrían relacionarse con el desarrollo del estrés, para lograr su prevención, promoción y disminución la tensión.

## **INTRODUCCION.**

En los últimos años, se ha observado un interés creciente por vincular la Psicología con los problemas de la salud humana, debido a esto, se ha desarrollado un área de trabajo y de conocimiento en la disciplina Psicológica, la Psicología de la Salud (Simón, 1999).

La Psicología de la Salud ha utilizado como modelo el biopsicosocial; el cual asume una perspectiva interdisciplinaria y reconoce el peso de los componentes: biológicos, psicológicos y sociales (Engel, 1977).

Cabe decir que el grado de desarrollo de esta área relativamente nueva, ha evolucionado por las necesidades de las poblaciones en cuanto a salud, por los problemas encontrados en la prevención de las misma y por el crecimiento de la psicología en lo general como ciencia y como profesión (Ballester, 1997).

Las creencias culturales acerca de salud y enfermedad, son fundamentales para comprender la forma en que una comunidad particular afronta los problemas de salud. Por esto, el trabajo del psicólogo debe considerarse como primordial e importante en la elaboración y planteamiento de programas encaminados a mejorar la salud integral en la población.

En el caso de América Latina, influyen en los servicios de salud: la antigua cultura indígena, la iglesia católica, los modelos de salud de países desarrollados y la mezcla de todas las entidades que forjaron la cultura latinoamericana actual. Así, los servicios de salud han reflejado problemas por la falta de coordinación y de identidad propia (Roemer, 1980).

En México, el desarrollo de la Psicología en el campo de la Salud, es relativamente nuevo; además, la preocupación por el estado de salud del país ha

impulsado a pequeños grupos a abordar aspectos psicológicos del proceso salud-enfermedad, aunque realizando trabajos en forma aislada, por lo que no se ha permitido hasta el momento la integración clara de las acciones, de la metodología y de los procesos (Torres y Beltrán, 1986). Sin embargo, ha ido creciendo el número de psicólogos interesados en los problemas de salud, el interés se ha reflejado en los avances en la investigación, las aplicaciones y La formación académica (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995).

Una de las líneas de investigación que consideran relevantes los psicólogos, es la relacionada al estrés, este estrés le atribuye, al hecho de que nuestra sociedad se encuentra en constante cambio (Becoñas, Vázquez y Oblitas, 1995) a las múltiples actividades y preocupaciones, lo cual tiene como consecuencia la aparición de experiencias aversivas que dañan a la salud (Castro y Nájera, 1995).

Cuando un sujeto, se encuentra tenso, el estado de ánimo interno produce como consecuencia el enfrentamiento del individuo con una serie de demandas ambientales que superan su capacidad para hacerle frente (Latorre y Beneit, 1992).

Uno de los recursos con los que cuenta el cuerpo para la recuperación es el afrontamiento (Rodríguez, Terol, et al., 1994). Según Sandin, 1985 (cit. en: Jiménez, 1993) el afrontamiento consiste en "los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales que realiza el sujeto para hacer frente al estrés".

Esto quiere decir, que los recursos de afrontamiento tienen la función de ser mediadores del estrés y son considerados como capacidades internas o externas con las que cuenta la persona para combatir acontecimientos o situaciones estresantes (Rodríguez, 1995).



Considerando los antecedentes señalados, el planteamiento del problema el presente trabajo es el siguiente:

- 1) Existen pocos estudios psicológicos que presenten las necesidades y características psicológicas en segmentos de la población mexicana en Salud Integral.
- 2) Existen pocos estudios psicológicos en México que presenten los factores psicosociales asociados al desarrollo del estrés y que muestren una visión integral desde la perspectiva de la psicología de la salud

Considerando así, el objetivo de la investigación, es examinar los factores psicosociales que pueden influir en el desarrollo del estrés y determinar las necesidades y características de la población mexicana, con el fin de proponer medidas preventivas y de promoción para el control y disminución del estrés.

En el primer capítulo, se consideran los antecedentes de la Psicología de la Salud, se considera desde su marco teórico, surgimiento y definición, hasta las disciplinas relacionadas con ella y las teorías psicológicas propuestas en Psicología de la Salud.

En el segundo capítulo, se menciona la metodología empleada en Psicología de la Salud, considerando los tipos de investigación y diseños.

En el capítulo tercero, se describe el desarrollo que ha tenido la Psicología de la Salud, en los países del primer mundo y los que están en vías del desarrollo, destacando a México.

En el cuarto capítulo, se aborda el tema del estrés y el afrontamiento, considerando definiciones, modelos teóricos, factores biopsicosociales, la relación

salud-enfermedad-estrés desde la Psicología de la Salud, líneas de investigación y algunas técnicas para reducir y controlar el estrés.

En el capítulo cinco, se presenta el trabajo de investigación realizado.

En el último capítulo, se discute la importancia de la presente investigación, mencionado algunas propuestas ha considerar para el planteamiento de programas de prevención.

## **1.1. MARCO TEORICO.**

A lo largo del siglo XX, la Psicología no ha dejado en ningún momento de luchar por consolidar su propia autonomía y alcanzar el deseado estatus científico. En esta tarea ha ido modificando objetivos y generando métodos específicos de investigación, aunque siempre dentro de una diversidad de modelos, teorías y metodología como correspondiente a una ciencia joven en busca de su propia identidad. Por lo que ha llevado en no pocas ocasiones a crear confusión a aquellos que por primera vez se acercan a ella.

Hoy en día los límites entre los diferentes modelos existentes se han flexibilizado y se puede observar el esfuerzo por alcanzar un nuevo horizonte integrador, dejando a un lado rivalidades y aceptando la diversidad de perspectivas en función de su verdad, utilidad, complementariedad y capacidad para facilitar la comprensión del mayor número posible de fenómenos de la complejísima realidad psicológica. No obstante, esa diversidad sigue ahí, el conocimiento de conductistas, psicoanalistas, cognitivos, entre otras; donde el rigor científico sigue existiendo, con el espíritu crítico y abierto a la ciencia, como es el caso reciente de la psicología en el campo de la salud. (Latorre y Beneit, 1992).

La Psicología de la Salud es muy joven y a partir de la década de los 50's, es cuando se empieza a considerar la relación entre psicología y el modelo médico; pero es en la década de los 70's, cuando se encuentra una línea más adecuada al nuevo campo de estudio, la cual fue aceptada en 1978 por la American Psychological Association y clasificada por Matarazzo, (1980,1995), como Psicología de la Salud, ésta se define como "El conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de la etiología y diagnóstico correlacionados a la salud, enfermedad, y disfunciones relacionadas". Igualmente "La salud

comportamental es un campo interdisciplinario dedicado a promocionar una filosofía de la salud que acentúe la responsabilidad del individuo en la aplicación del conocimiento y las técnicas de las ciencias comportamentales y biomédica para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y la disfunción mediante una variedad de actividades autoiniciadas, individuales o compartidas” Matarazzo, (1980, 1995).

El actual marco teórico para el cuidado de la salud, responde a la noción del paciente en su totalidad; según (Engel, 1977,1980; Schwartz, 1982), apoyándose en un nuevo modelo, el biopsicosocial; ya que a partir de las críticas realizadas al modelo biomédico, se hizo patente la necesidad de un modelo más comprensivo, que tuviera en cuenta en un mismo nivel los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en la enfermedad y que se complementaran las lagunas del modelo biomédico (Ballester, 1997).

Lo anterior es muy importante, debido a que existen factores como: la madurez de la psicología, las fallas del modelo biomédico para explicar el proceso de salud y enfermedad, la necesidad de incrementar y mejorar el estilo de vida y la prevención de la enfermedad, reconociendo la influencia de los estilos de vida en el mantenimiento de la salud, por tal, se consideró las contribuciones de la Psicología de la salud para la comprensión de los problemas de la salud integral. (Belar, Deardoff & Kelly, 1978).

Para corroborar la existencia de fallas en el modelo biomédico, se muestran a continuación algunos aspectos generales relacionados con la problemática de la salud, en la definición multidimensional de salud y enfermedad, lo que significa “estar sano” y “estar enfermo”.

Tripp-Reimer, (1984; citado en Fernández y Buela, 1997), agrupa las definiciones de salud en tres bloques o categorías:

- a) Un grupo de definiciones considera el término salud, como algo discontinuo, es decir, trata de afirmar que un determinado individuo se haya o bien sano o bien enfermo. Por ejemplo, (Orem, 1980; citado en Fernández y Buela, 1997), hace énfasis en que un individuo se puede encontrar ya bien en un estado sano o enfermo, siendo las alternativas mutuamente exclusivas.
  
- b) Otro grupo, considera a la salud como algo continuo (dinámico), lo que conllevaría a considerarla como el aspecto final de un cambio progresivo; es decir, la ausencia de patología constituye un extremo y el estar sano el otro. Y un sujeto puede pasar de un estado de enfermedad a otro de salud a través de un proceso que va de enfermo a sano. Un autor partidario de esta orientación es San Martín (1983; citado en Fernández y Buela, 1997), para quien el paso de un estado de salud al de enfermedad y viceversa se produce de una forma gradual y continua.
  
- c) Un tercer grupo considera la salud como algo utópico, es decir, como un estado de bienestar y autorrealización que es prácticamente imposible de alcanzar. Dentro de este apartado se incluye la definición de la Organización Mundial de la Salud, en la que se conceptualiza la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de invalidez o enfermedad” (Hogarth, 1978; citado en Fernández y Buela, 1997).

Además de estas categorías, otros autores enumeran otras dimensiones en función de las cuales se pueden agrupar diversas conceptualizaciones de salud.

Offer y Sabshin (1991; citados en Fernández y Buela, 1997) en una de las cuatro perspectivas de la normalidad, igualan a ésta con salud, por tanto, de la normalidad como salud. Muchos investigadores han hablado de sujeto “sano” o

"enfermo" haciendo referencia a un estado de funcionamiento razonable, más bien que óptimo, de un determinado sujeto. Esto puede llevar a considerar como normal y lo que no, puesto que una baja frecuencia no implica necesariamente patología.

Otros muchos autores consideran que el parámetro más relevante de la definición de salud es la adaptación, si bien es necesario distinguir entre dos niveles de ésta. En primer lugar, se habla de adaptación (o incluso de ajuste) desde una perspectiva preferentemente ontogénica, por ejemplo, San Martín (1983; citado en Fernández y Buela, 1997), hace énfasis en la congruencia *persona-ambiente*, en los diversos contextos en los que va a vivir el sujeto (Moos, 1987, Muchinsky y Monahan, 1987; citados en Fernández y Buela, 1997). Ahora bien, uno de los problemas que presenta esta perspectiva es el significado real de la adaptación a una dinámica social que tuviese lugar en una sociedad como puede ser la actual, calificada por algunos autores y en determinadas circunstancias como "patológicas" o "enferma" (Fromm, 1983, Marcuse, 1974; citados en Fernández y Buela, 1997).

En segundo lugar, considerar a la salud como adaptación puede efectuarse desde una perspectiva biológica-evolutiva o filogenética. Desde esta orientación el individuo que se encuentra bien adaptado implica que tiene una alta probabilidad de transmitir sus genes a las generaciones futuras (Barash, 1981; citado en Fernández y Buela, 1997). Aunque se reconozca la capacidad del hombre para adaptarse de una forma continua, esta conceptualización de salud no tiene demasiado valor práctico inmediato.

De las orientaciones acerca de la salud desde la perspectiva de la adaptación es la primera la que presenta mayor relevancia teórico-práctica. Según ella, un individuo, al menos en principio, se encuentra adaptado al medio si desempeña de forma adecuada su papel correspondiente. Esto lleva a considerar la salud desde la

perspectiva de las funciones y a definirla como desempeño de funciones sociales. (Ahmed, Kolker y Coelho, 1979; Parson, 1976; citados en Fernández y Buela, 1997). Parson (1981; citado en Fernández y Buela, 1997), afirma que la salud puede ser definida como el estado de capacidad óptima de un individuo para la ejecución efectiva de las funciones y tareas para las que él ha sido socializado.

### **1.1.1. SURGIMIENTO Y DEFINICION.**

Como señala Stone (1979<sup>a</sup>), es frecuente encontrar en la escasa literatura existente sobre la historia de la psicología de la salud, en este sentido, valoraciones de autores aseguran que durante mucho tiempo los psicólogos se han olvidado de todos los aspectos relacionados con el sistema de salud, a excepción de los que se refieren a la salud mental.

Así pues, la psicología es un saber científico que ha seguido un accidentado desarrollo como consecuencia de la naturaleza del problema que constituye su objeto de estudio, lo que por sí mismo es motivo de polémica (Morales, 1999).

Hasta el siglo XIX, la psicología se consideraba parte de la filosofía, pero en la segunda mitad de ese siglo, los diferentes y múltiples conocimientos hasta ese momento acumulados se fueron configurando en un espacio propio, bajo la influencia de corrientes empíricas racionalistas promovidas por la revolución industrial que exigían un cambio desde la especulación hacia la ciencia experimental.

La psicología comenzó a alcanzar respetabilidad como ciencia "independiente" a través de una actividad que se basaba en los trabajos de laboratorio y la aplicación del pensamiento positivista. Un conjunto de exposiciones teóricas realizadas entre las dos últimas décadas de aquel siglo y las tres primeras del actual contribuyeron

a la institucionalización académica de esa respetabilidad inicial, a través de aportes de Titchener, Binet, Freud y Watson.

Por otra parte, Morales (1999) comenta que, la influencia de nuevos conocimientos derivados de otras ciencias (como los desarrollados por Pavlov en Fisiología), contribuyó a enriquecer el número de hipótesis, observaciones y datos experimentales.

A la falta de un acuerdo sobre respuesta a problemas básicos, se produjo una diversidad de posiciones que se han traducido en el desarrollo de "escuelas" con lenguajes propios, práctica profesional aplicada a diferentes campos de la vida social fue alcanzado extensión progresivamente desde inicios del siglo XX y con mayor definición después de la Segunda Guerra Mundial.

Ocurrió así que la Psicología irrumpe como profesión antes de su consolidación como ciencia básica (Ribes, 1982; citado en Morales, 1999), y a partir de la década de los 70's, es cuando se da a conocer oficialmente a la Psicología de la Salud, siendo aceptada en 1978 por la American Psychological Association y clasificada por Matarazzo, (1980,1995) la cual se define como "El conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de la etiología y diagnóstico correlacionados a la salud, enfermedad, y disfunciones relacionadas".

Al ser aceptada la Psicología de la salud en 1978, se consideró el modelo integral y no únicamente el modelo médico, en el que se incluyeron tres marcos de referencia: el biológico, el psicológico y el social, el cual exigía la aplicación integrada de los conocimientos derivados de cada una de las partes componentes del modelo, para resolver problemas de salud y para mantenerla o para promoverla.



La relevancia de las variables comportamentales y psicosociales en importantes problemas de salud es cada día más evidente; la aparición de un nuevo concepto de salud en el que se integraran tales variables para dar cuenta de sus mutuas interacciones, establecieron el escenario para que los psicólogos, estudiaran éstas cuestiones y les proporcionarán también un papel en el desarrollo de las técnicas para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud Krantz, Grunberg y Baum (1985; citados en Rodríguez, 1995).

### **1.1.2 DISCIPLINAS RELACIONADAS EN PSICOLOGIA DE LA SALUD.**

En los últimos años se ha observado un interés creciente por vincular la Psicología con los problemas de salud humana; así mismo, han aparecido nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimiento sobre los ya existentes: La Psicología de la Salud, la Salud Conductual, la Medicina Conductual y muchas otras. Todas éstas tienen un propósito, destacar la importancia de factores derivados del comportamiento individual en la prevención, terapéutica y rehabilitación.

Algunas de las disciplinas relacionadas con psicología de la salud son:

Psicología Clínica: Esta disciplina debe entenderse como el conjunto de posibles actuaciones (comprensión, explicación, diagnóstico, evaluación, prevención, tratamiento y rehabilitación) sobre sujetos que presentan problemas o trastornos psicológicos.

Su principal característica es el establecimiento de una relación entre el psicólogo y su paciente con una dimensión de apoyo y ayuda (centrada en la comprensión de los problemas de su cliente y aprendizaje por parte de éste de estrategias apropiadas para resolverlos y funcionar más eficazmente) a través de los conocimientos de la psicología (Simon, 1999).

En este sentido, los supuestos teóricos que definen el trabajo en la clínica, los modelos explicativos de los trastornos abordados, las estrategias y objetivos de la intervención, están relacionados con la existencia de un paciente que demanda ayuda para afrontar su problema.(Goldenberg, 1973; Bernstein y Nietzel, 1982; Santacreu, 1991; citados en Simon,1999).

Por último, la función del psicólogo clínico es investigar, comprender, explicar y mejorar la conducta, facilitando al sujeto el aprendizaje de las habilidades necesarias para resolver adecuadamente sus problemas, utilizando como modelo para la comprensión y modificación de sus alteraciones el modelo cognitivo-conductual u otros modelos psicológicos (Santacreu, 1991; citado en Simon, 1999).

Psicología Comunitaria: Como es en el caso de la Psicología Clínica, los problemas son abordados desde un nivel individualizado, en la Psicología Comunitaria en cambio, se aborda: la comprensión, explicación y solución de los problemas, desde un punto de vista supraindividual, es decir, social o comunitario, enfocándose en el cambio y la mejora del medio. (Zax y Specter, 1978; Bloom, 1984; citados en Simon, 1999).

La Psicología Comunitaria surge como una alternativa a la Psicología Clínica en los años sesenta, orientada a la comprensión y resolución de ciertos problemas o patologías (drogadicción, marginación y delincuencia principalmente), con un fuerte componente socioambiental, siendo así mismo el objeto de su intervención: la mejora de ambientes y recursos sociales, el aumento de habilidades y competencias personales para mejorar el ajuste entre personas, ambientes y una mejor calidad de vida de la comunidad.

Sus objetivos más destacables tienen que ver con la prestación de servicios humanos, el desarrollo de recursos humanos, la prevención, la reconstrucción

social y comunitaria, el cambio social y comunitario (grupo, barrio, pueblo, organizaciones, instituciones, poblaciones), siendo sus métodos y estrategias la educación para la salud, la intervención en crisis, el apoyo a profesionales y paraprofesionales, la mejora del entorno, las comunidades terapéuticas y la creación de escenarios alternativos, entre otros (Costa y López, 1986; Martín y cols., 1991; citados en Simon, 1999).

En general, la Psicología Comunitaria, es una especialidad de la Psicología, cuyo objeto de estudio será la relación entre los sistemas sociales y el comportamiento, con el fin de conseguir el desarrollo humano integral y prevenir los problemas desde la comprensión de sus determinantes socioambientales y la modificación de estos sistemas sociales, de las relaciones psicosociales y del desarrollo de la comunidad. (Rappaport, 1977; Sánchez, 1988, 1991; citados en Simon, 1999).

Aunque sus consecuencias prácticas están aún hoy por evaluar, ha aportado mucho a la salud, especialmente el valor de las variables psicosociales, a nivel conceptual y a nivel operativo, como alternativa a un modelo clínico deficiente (Simon, 1999).

Medicina Conductual: La medicina conductual no es otra cosa que un amplio campo de integración de conocimientos procedentes de muy diferentes disciplinas, de las cuales destacan: las biomédicas (anatomía, fisiología, epidemiología, endocrinología, neurología, etcétera) y las psicosociales (psicología del aprendizaje, terapia y modificación de conducta, sociología, antropología, etcétera) relativas a la promoción y mantenimiento de la salud y a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. (Godoy, 1991; citado en Simon, 1999). Por lo tanto, la característica definitoria fundamental de la Medicina Conductual es la interdisciplinariedad: conjunto integrado de conocimientos biopsicosociales relacionado con la salud y la enfermedad física.

Por último, la Medicina Conductual es el primer intento serio de incorporar la Psicología en la concepción y abordaje de la enfermedad física (Simon, 1999).

Psicología Médica: Se trata de una disciplina clínica que se aproxima al hombre sano y enfermo en su totalidad. Se nutre de sus propias observaciones y recibe aportaciones tanto de las ciencias biomédicas como de las ciencias humanas (sociología, antropología, etcétera). (Fuente, 1994).

A esta disciplina se le pueden incluir observaciones y conceptos que se derivan de diversas corrientes psicológicas: una de ellas es la conductual, la cual aborda los problemas a nivel del comportamiento explícito; otra es la fenomenológica, que muestra interés en las experiencias mentales, los estados y contenidos de la conciencia y la corriente psicodinámica, que trata los problemas humanos en términos de motivos y conflictos inconscientes. La sociología, antropología y la psicología social, aportan a la psicología médica datos relativos al funcionamiento de los grupos humanos: la familia, las sociedades, las culturas y sus interacciones con el grupo (Fuente, 1994).

Medicina Psicosomática: Para Amigo, Fernández y Pérez (1998) constituyó el primer intento de investigar, dentro del ámbito médico, las relaciones entre las variables psicosociales y las alteraciones psicofisiológicas, el término fue acuñado en 1918 por Heinroth (Reig, 1981; citado en Amigo, Fernández y Pérez (1998) y con él se quiso dar cuenta de las relaciones entre los procesos psicológicos y las estructuras somáticas.

Históricamente se han escrito dos momentos en la evolución de la Medicina Somática (Lipowski, 1986; citado en Amigo, Fernández y Pérez (1998). El primero comprende entre 1935 y 1960 y se caracteriza por la notable influencia del psicoanálisis, fundamentalmente en el estudio de la etiología y la patogénesis de la enfermedad física desde una perspectiva abiertamente psicodinámica. Se asumía

que las causas de algunas enfermedades orgánicas concretas se encontraban en ciertas características de personalidad, conflictos interpersonales y el modo de responder a dichos conflictos. Si se suma una cierta vulnerabilidad orgánica, constitucional o adquirida a la presencia de los tres factores antes mencionados, el resultado será una enfermedad específica. Según uno de los representantes de aquel entonces Alexander, (1950; citado en Amigo, Fernández y Pérez (1998)), consideró que las alteraciones de salud más importantes de naturaleza psicosomática sería el asma, la neurodermatitis, la úlcera de duodeno, la colitis ulcerosa, la artritis reumatoide, la hipertensión esencial y la diabetes.

A partir de 1965, se observa un cambio de orientación en esta disciplina, se abandona la anterior (psicoanálisis) para explicar la enfermedad, se busca una base científica más sólida de conocimiento equiparable a la de la medicina y se planteó la necesidad del desarrollo de técnicas terapéuticas eficaces para el tratamiento de la enfermedad psicosomática. Este cambio de orientación queda plasmado en los objetivos que Lipowski (1977; citado Amigo, Fernández y Pérez (1998)), le corresponderían a la medicina psicosomática:

- 1) El estudio del papel de los factores psicológicos, biológicos y sociales en la homeostasis del ser humano;
- 2) Una aproximación holística a la práctica de la medicina y 3) Una relación con la práctica psiquiátrica de consulta y apoyo.

Modelo Biopsicosocial: La psicología de la salud, utiliza a este como modelo central y explicativo. Este modelo asume una perspectiva interdisciplinaria y reconoce el peso de los componentes biológicos, psicológicos, conductuales de la persona y el componente social (Engel, 1977).

### **1.1.3. TEORIAS PSICOLOGICAS PROPUESTAS EN PSICOLOGIA DE LA SALUD.**

La psicología de salud ha hecho contribuciones importantes para la comprensión y el entendimiento de un amplio rango de factores que determinan la salud y la enfermedad. Además, de involucrar esquemas conceptuales y teóricos que permitan entender la forma en que aparecen las conductas relacionadas con la salud-enfermedad y la manera en la que se enfrentan y se ajustan a las mismas. De ésta manera, los modelos teóricos han permitido el desarrollo de investigaciones y la intervención de esta práctica (Taylor, 1990).

**TEORIA DE LA ADAPTACION:** Se inicia del estudio de los mecanismos adaptativos fisiológicos del cuerpo y cómo éstos responden a los daños físicos o químicos, se apoya en un mecanismo fisiológico de equilibrio o de homeostasis (Schwartz, 1982).

**TEORIA DEL AFRONTAMIENTO:** Estudia la forma en que el individuo responde al daño a través de patrones de conducta complejos, aprendiendo y modulados socialmente, analiza la forma en que se da el proceso cognitivo al responder a ciertos eventos. Las teorías cognitivas-conductuales son las más empleadas en este punto. (Peterson, 1989; citado en: Ramírez y Cortés, 1996).

**TEORIA PSICOSOMATICA:** Estudia la interacción entre los estresores biológicos, procesos simbólicos y las reacciones del cuerpo. En sus primeros años de desarrollo se realizaron pocos esfuerzos para comprender los detalles biológicos del fenómeno, aunque recientemente se han acercado a la teoría de la adaptación, mucha de su información se encuentra en escritos de la medicina psicosomática. Este campo fue dominado por los psicoanalistas quienes intentaban comprender los síntomas corporales en términos de los conflictos psíquicos. Groger (1986; citado en Ramírez y Cortés, 1996).

Con respecto a los estresores ambientales según Stone (1979), llevan a un estado emocional a través de la mediación cognitiva, la cual es individual y particular a la cultura, familia y al aprendizaje idiosincrásico de la persona. Los estados emocionales determinan los patrones de ayuda fisiológica que sirven como fuentes de información y que tienen un impacto etiológico en la patogénesis. La enfermedad y su tratamiento son los estresores mismos, de tal manera que ambas mantienen la salud y el curso de la enfermedad en un interjuego dinámico entre los sistemas ambientales, sociales, cognitivos y fisiológicos.

**TEORIA HUMANISTA:** Maslow se enfoca en la forma en que los individuos desarrollan personalidades sanas y los medios que emplean para alcanzar esta meta. Además, se interesa en cómo el sujeto se hace consciente y puede comunicar sus emociones, que la vida de una persona, es lo que esa persona percibe de acuerdo a su punto de vista, por otro lado, proclama la libertad de elección y la búsqueda del potencial más alto de un individuo.

Esta teoría se emplea como una aproximación a la psicoterapia en donde el paciente es una parte consciente y activa con el terapeuta al determinar el curso del tratamiento. En este caso, el terapeuta tiene que aprender a tener un sentido preconceptual y directo de cómo el paciente se está sintiendo a través de la interacción personal, aparte de sus propias habilidades conceptuales. Generalmente se utilizan sesiones de grupo, aunque se ha incrementado el trabajo con pacientes individuales. La terapia tiene como propósito el ayudar al sujeto a reconocer sus recursos internos, buscar alternativas y formular metas.(Crain y Crain, 1987; citado en: Ramírez y Cortés, 1996).

**TEORIA DE LA SALUD CONDUCTUAL:** En esta teoría se encuentran los trabajos realizados sobre condicionamiento operante clásico y la teoría del aprendizaje como determinantes que contribuyen al análisis de la conducta.

Al principio de los setenta, se encontró este campo como factible para estudiar el papel de la psicología en la enfermedad y la salud. Este campo creció dentro de la perspectiva en psicología llamada conductismo, el cual propone que la conducta resulta de dos tipos de aprendizaje: el condicionamiento clásico en donde un estímulo condicionado evoca una respuesta a través de la asociación con otro estímulo llamado incondicionado que ya evoca la respuesta y el condicionamiento operante en donde la conducta es modificada por sus consecuencias a través de una recompensa o un castigo. Los métodos de condicionamiento han mostrado un buen éxito en las aproximaciones terapéuticas para modificar los problemas de conducta.

Para entonces los psicofisiólogos, habían demostrado que los eventos psicológicos en especial las emociones, influyen en las funciones corporales, por ejemplo: la presión sanguínea, en la cual las personas pueden controlar varios de sus sistemas fisiológicos. Estos hallazgos revelan que la relación entre "mente y cuerpo" es más directa y persuasiva de lo que se había pensado.

Una técnica que se empezó a utilizar fue la llamada retroalimentación, donde el proceso fisiológico de una persona es monitoreado por ella misma. Más tarde, se encontró que las técnicas de condicionamiento podían aportar una valiosa ayuda en los escenarios médicos. A partir de eso hallazgos, surge un campo llamado Medicina Conductual, el cual crece dentro de la perspectiva conductista y con sus mismas características y métodos de trabajo (Stone, 1979b).



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). Manual de Psicología de la Salud. España: Pirámide,

Ballester, R.(1997) Introducción a la Psicología de la salud: Aspectos conceptuales. Valencia: Promolibro

Fernández, R. y Buela, C. (1997). Psicología Preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención. España: Pirámide .

Fuente, R. (1994). Psicología Médica México: Fondo de Cultura Económica.

Berlar, Deardoff & Kelly, (1978). The Practice of Clinical Health Psychology. New York: Pergamon Press.

Engel, G. (1977). "The need of a new Medical Model: A challenge per Biomedicine". Science.196, 126-129.

Engel, G. (1980). "The Clinical Application of the Biopsychosocial model". American Journal of Psychiatry.137, 535-544.

Latorre J. Y Beneit, P.(1992) Psicología de la Salud: Aportaciones para los profesionales de la salud. Argentina, Lumen.

Matarazzo, J. (1980) "Behavioral Health and Behavioral Medicine. Frontiers of a New Health Psychology". American Psychology. 9, 807-817.

Matarazzo, J.(1995). "Conducta y Salud: Integración de la Ciencia y la Práctica en Psicología y Medicina, un siglo después. Psicología Contemporánea. 2, 1, 16-31.

Morales, F. (1999). Introducción a la Psicología de la Salud. Argentina: Paidós.

Ramírez, E. Y Cortés E., (1996). "Psicología Pediátrica" Alternativas en Psicología. No. I, 2, 20-23.

Rodríguez, J. (1995). Psicología Social de la Salud. España: Proyecto Editorial Síntesis Psicológica.

Schwartz, G. (1982). "Testing the biopsychosocial Model: The ultimate Challenge Facing Behavioral Medicine?" Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Simon, M. (1999). Manual de Psicología de la Salud: fundamentos, Metodología y Aplicaciones. España: Biblioteca Nueva. Psicología Universidad.

Stone, F. (1979<sup>a</sup>). "Health and the Health Systems: a historial overview and conceptual framework". En: G. Stone, F. Cohen, N. Adler y cols. (1979): Health Psychology: A Handbook. San Francisco: Jossey-Bass.

Stone, C.(1979<sup>b</sup>). "Psychology and the Health System". En C.G. Stone, F. Choen & Adler. (Eds.) Health Psychology. Jossey Bass. Caps. 1,3. California.

Taylor, S. (1990). "Health Psychology: The Science and the Field". American Psychologist. Vol. 45, 1, 40-50.

Una cuestión fundamental para cualquier disciplina, es el método o metodología de investigación que utilice, ya que resulta vital para el entendimiento del futuro de cualquier campo de estudio.

La historia de la Psicología de la Salud y el concepto de salud, han sido importantes, porque han hecho entender el origen y la razón de la existencia de la misma y su delimitación conceptual con respecto de otras; además, de permitir revisar sus aportaciones. En este sentido, la metodología de la investigación resulta una herramienta indispensable para el progreso y evolución de cualquier ciencia (Ballester, 1997).

Cabe decir, que a diferencia de la peculiar historia de la Psicología de la Salud como disciplina, en su ámbito de trabajo, sus aportaciones y su estatus en otras disciplinas y áreas de la Psicología, no se puede hablar de una metodología de la investigación "peculiar" de la Psicología de la Salud; es decir, la Psicología de la Salud, como disciplina, recibe los conocimientos de las distintas áreas de la Psicología para ser aplicados al ámbito de la salud, además de nutrirse de los métodos de investigación de las otras áreas de la Psicología (Ballester, 1997).

Si la Psicología de la Salud comparte con las otras áreas, sus estrategias de investigación, con las peculiaridades que puede brindarle su campo de estudio, entonces, también comparte con todas ellas sus fantasmas, sus preocupaciones y el interés por una adecuada fundamentación epistemológica de la disciplina psicológica, esto pone a la vista, la necesidad de aclarar el tipo de conocimientos que maneja el campo de estudio, las características del objeto de estudio (comportamiento premórbido y saludable (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997).

Una de las tantas polémicas que ha venido arrastrando la Psicología, es que se considere como ciencia natural o ciencia social (Delclaux, 1987c); si se parte que la Psicología es una ciencia natural, se corre el riesgo de que el objeto de la

Psicología quede constreñido al reduccionismo y al mecanicismo, pero se puede estudiar de una forma más rigurosa. Sí por el contrario, se considera que la Psicología es una ciencia social, el objeto de la Psicología puede ser estudiado de forma más flexible, pero las conclusiones a las que llega, pueden resultar menos seguras (Ballester, 1997). De ahí la diversidad de puntos de vista antagónicos en este enfoque, entre ambos polos, por lo que la psicología actual se debate en busca de su identidad científica.

## **2.1. TIPOS DE INVESTIGACION.**

Los métodos o diseños de investigación más utilizados en Psicología de la Salud, según Simón(1996) se dividen en dos tipos: diseños no experimentales y diseños experimentales.

### **2.1.1. Diseños No Experimentales.**

En la investigación no experimental, se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se trata de la investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. (Hernández, Fernández y Bautista, 1998).

Lo que se hace en este tipo de investigación, es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Kerlinger (1979, p. 116): "La investigación no experimental o ex post-facto es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones". Los sujetos son observados en su ambiente natural, en su realidad.

En un estudio no experimental, no se construye ninguna situación, se observan las situaciones ya existentes y no se provocan intencionalmente por el investigador. (Hernández, Fernández y Bautista, 1998). Las variables

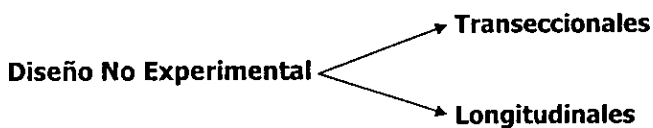
independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas; en este sentido, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

En un estudio no experimental, los sujetos ya pertenecían a un grupo o nivel determinado de la variable independiente por autoselección.

La clasificación de este tipo de investigación, tendrá que ver por su dimensión temporal o el número de momentos o puntos en el tiempo en los cuales se recolectan datos:

Se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado o bien en cuál es la relación entre un conjunto de variables en un punto en el tiempo; en estos casos el diseño es el enfoque transversal o transeccional.

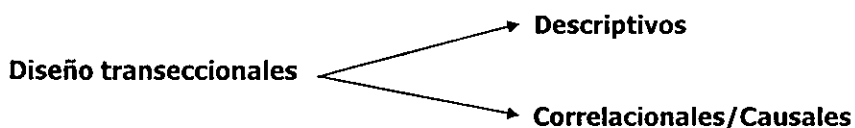
Otras veces, la investigación se centra en estudiar cómo evolucionan o cambian una o más variables o las relaciones entre ellas. En situaciones como ésta el diseño apropiado es el longitudinal. Dicho de otro modo, los diseños no experimentales se pueden clasificar en transeccionales y longitudinales.



Investigación Transeccional o transversal: Se encargan de recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interacción en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede. (Hernández, Fernández y Bautista, 1998). Un ejemplo podría ser,

el investigar el número de empleados, desempleados y subempleados en una ciudad en cierto momento.

Así mismo, los diseños transeccionales pueden dividirse en dos: descriptivos y correlacionales/causales.



Diseños transeccionales descriptivos: Tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en medir en un grupo de personas u objetos una o más variables y proporcionar su descripción. Son por lo tanto estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis, éstas son también descriptivas.

Los estudios transeccionales descriptivos nos presentan un panorama del estado de una o más variables en uno o más grupos de personas, objetos o indicadores en determinado momento.

En ciertas ocasiones el investigador pretende hacer descripciones comparativas entre grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores (esto es en más de un grupo). Por ejemplo que se deseara describir el nivel de empleo en tres ciudades.

Diseño transeccionales correlacionales/causales: Describen relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. Se trata también de descripciones, pero no de variables individuales sino de sus relaciones, sean éstas puramente correlacionales o relaciones causales. En estos diseños lo que se mide es la relación entre variables en un tiempo determinado.

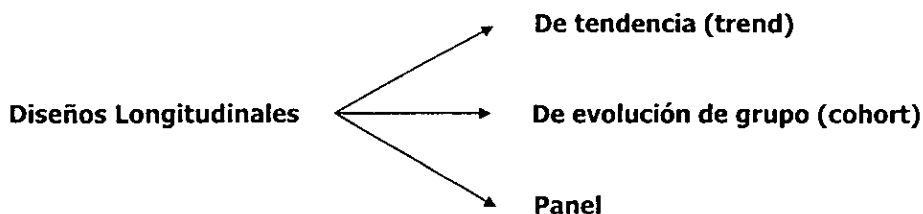
La diferencia entre los diseños transeccionales descriptivos y los correlacionales causales puede expresarse gráficamente de la siguiente manera:

Descriptivos	Correlacionales/causales
Se mide y describe variables (X1)	Se mide y describe relación (X1 – X2)
Se mide y describe variables (X2)	Se mide y describe relación (X1 – X3)
Se mide y describe variables (Xk)	Se mide y describe relación (XK – XK+1)

Por lo tanto, los diseños correlacionales/causales se limitan a establecer relaciones entre variables, sin precisar sentido de causalidad o pueden pretender analizar relaciones de causalidad. Cuando se limitan a relaciones no causales, se fundamentan en hipótesis correlacionales y cuando buscan evaluar relaciones causales, se basan en hipótesis causales.

**Diseño Longitudinal:** Este diseño consiste en analizar los cambios a través del tiempo en determinadas variables o en las relaciones entre éstas, es decir, recolectan datos a través del tiempo en puntos o períodos especificados, para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias.

Los diseños longitudinales suelen dividirse en tres tipos: diseños de tendencia (trend), diseños de análisis evolutivo de grupos (cohort) y diseño panel. Como se indica en el siguiente esquema:



Diseño Longitudinales de tendencia: Son aquellos que analizan cambios a través del tiempo (en variables o sus relaciones), dentro de alguna población en general. Su característica distintiva es que la atención se centra en una misma población.

Diseño longitudinal de evolución de grupo: Examinan cambios a través del tiempo en subpoblaciones o grupos específicos. Su atención son las cohorts o grupos de individuos vinculados de alguna manera, generalmente la edad, grupos por edad. Glenn (1977; citado en Hernández, Fernández y Bautista, 1998). Un ejemplo de estos grupos (cohorts) podría ser formado por las personas que nacieron en 1950 en México o también podría utilizarse otro agrupamiento temporal como: las personas que se casaron en 1960 y 1961 en Estados Unidos o los niños de la ciudad de México que asistieron a la primaria durante el terremoto de 1985. Estos diseños hacen seguimiento de los grupos a través del tiempo; usualmente se extrae una muestra cada vez que se mide el grupo o subpoblación más que incluir a toda la subpoblación.

Diseño longitudinal de Panel: Son similares a las dos clases de diseños anteriores, sólo que el mismo grupo de sujetos es medido en todos los tiempos o momentos. Un ejemplo sería el observar mensualmente (durante un año) a un grupo que acudió a psicoterapia para analizar si se incrementa sus expresiones verbales de discusión, su exploración de planes a futuro y si disminuyen sus discusiones y exploraciones de hechos pasados (en cada observación los pacientes serían los mismos) (Hernández, Fernández y Bautista, 1998).



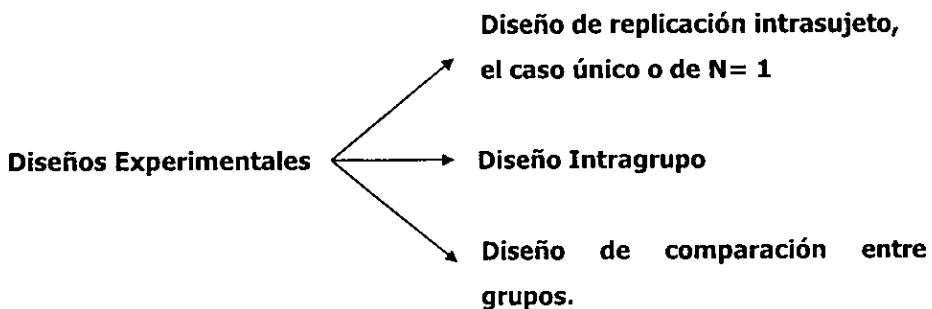
Estudio de Caso: El investigador expone el proceso de evaluación y tratamiento de un único sujeto. Durante mucho tiempo, los estudios de caso invadieron prácticamente por completo el ámbito de la investigación clínica, más cuando se partía de una formación psicodinámica (Ballester, 1997).

Los estudios de caso, incluyen habitualmente, un estudio a profundidad a cerca de las características clínicas de un paciente y la intervención psicoterapéuticas.

Sin bien es cierto, los estudios de caso, constituyen el diseño más primitivo y menos experimental, cuenta con algunas ventajas, por ejemplo: es útil en el momento de llamar la atención sobre un determinado hecho o fenómeno o abrir nuevas interrogantes que pueden ser abordados con otros tipos de diseño.

Los estudios de caso, son más fiables, representativos y significativos desde el punto de vista de la generalización científica, en la medida que incorporan más mediciones de las distintas conductas o problemas implicados, en más momentos y tomadas de un modo más sistemático.

### **2.1.2. Diseños Experimentales**



En los diseños experimentales, los científicos realizan experimentos con el fin de determinar el efecto que una variable tiene en otra variable. En este sentido,

proporcionan información sobre causa y efecto que otros diseños no pueden brindar.

En la manipulación de variables, se le llama variable independiente a la que puede manipular el investigador por medio de instrumentos y variable dependiente a aquella que se puede manipular y cambiar o modificar, dependiendo del control de la variable independiente (Sarafino, 1994).

Hernández, Fernández y Bautista, 1998) argumenta que la variable independiente es la que se considera como supuesta causa en una relación entre variables, es la condición antecedente y al efecto provocado por dicha causa se le denomina variable dependiente (consecuente).

En el caso de los psicólogos de la salud, a veces utilizan los estudios experimentales para captar los efectos de una conducta relacionada con la salud sobre una enfermedad.

Una de las funciones para las que más se utilizan los diseños experimentales en Psicología de la Salud es valorar el efecto de las intervenciones (variable independiente) sobre la conducta o la salud del paciente (variable dependiente) (Ballester, 1997).

Diseño de replicación intrasujeto, el caso único o de  $N= 1$ : A menudo se ha considerado que los diseños de caso único implican un menor grado de control experimental sobre el entorno físico y social o sobre los procesos biológicos o psicológicos que pueden estar afectando los resultados (Ballester, 1997). Sin embargo, para casos clínicos peculiares o para realizar un estudio piloto de algún procedimiento específico este tipo de estudios, pueden proporcionar una información muy útil que después podría ser utilizada para diseñar estrategias de investigación más complejas.

Diseño Intragrupo: Son aquellos en los que el sujeto sirve como su propio control, estableciéndose comparaciones sobre los mismos individuos en diferentes momentos de tiempo o tras haberse sometido a diferentes tratamientos, eliminándose por consiguiente el error debido a la varianza intergrupos (Simon, 1996).

Diseño de comparación entre grupos: En estos diseños el experimentador siempre comienza por seleccionar aleatoriamente una muestra de sujetos, se divide en dos o más grupos equilibrados, se administra la condición de interés a un grupo y administrar una condición diferente a otro(s) grupo(s). El grupo que recibe la condición que interesa, a menudo un tratamiento, es el denominado grupo experimental, mientras que los sujetos que reciben la condición para ser comparada conforman el denominado grupo control.

Existen en este tipo de diseños de comparación de grupos para controlar las amenazas a la validez interna: la asignación al azar de los sujetos y la inclusión de grupos control (Kazdin, 1980).

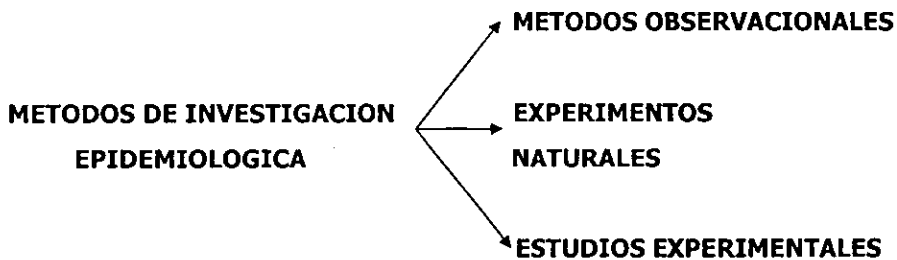
### **2.1.3. Método de Investigación Epidemiológica.**

La Epidemiología es una rama de la medicina que investiga factores que contribuyen a la ocurrencia, mantenimiento y exacerbación de una enfermedad en una determinada población. En este sentido, la Epidemiología proporciona técnicas que son útiles para hacer una primera aproximación a los problemas de salud (Ballester, 1997).

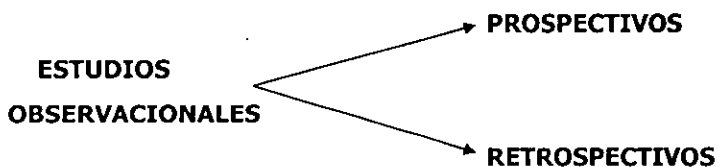
En psicología de la Salud su uso se relaciona con la investigación acerca de la etiología de la enfermedad. Su uso es muy antiguo. Se sabe por textos, que ya en la Antigua Grecia o en Babilonia se observaba a las personas que padecían una enfermedad y se las comparaba con las que no la padecían. Pero, como ciencia o

disciplina, la epidemiología, no se desarrollo hasta el siglo XIX, cuando las enfermedades infecciosas como el cólera, la viruela o las fiebres tifoideas asolaron y mermaron notablemente las poblaciones, matando a millones de personas.

Las enfermedades infecciosas que azotaron durante el siglo XIX fueron controladas por medidas de higienes pública y gracias a los trabajos y los avances de la bacteriología y el desarrollo de vacunas derivado de estos avances. Sin embargo nada de esto hubiera sido posible sin la contribución de la Epidemiología, que permitía conocer y medir la extensión del problema, así como intuir las posibles causas del mismo (Brannon y Feist, 1992).



Métodos observaciones: Este tipo de método es el más utilizado en Epidemiología, pensados especialmente para observar y analizar la ocurrencia de una enfermedad específica en población dada. No aportan las causas de la enfermedad, pero permiten realizar inferencias acerca de los posibles factores relacionados con la enfermedad. En este sentido, pueden ser equiparables los métodos correlacionales utilizados en psicología.



Estudios Prospectivos: Se comienza con una población compuesta por sujetos sin enfermedad y se le sigue a lo largo de un período de tiempo para determinar la condición como fumar tabaco o la hipertensión se asocia a una posterior enfermedad o muerte (Kobasa, 1985).

Estudios Retrospectivos: Comienza con un grupo de personas que ya sufren una determinada enfermedad y después analizan retrospectivamente las características o condiciones que no padecen la enfermedad. Son conocidos como estudios controlados de caso, por que estas personas enfermas son comparadas con grupos controles, es decir, afectadas.

Experimentos "naturales": En estos experimentos, el investigador, puede únicamente seleccionar la variable independiente, sin manipularla. Son similares a los diseños ex po facto (no experimental) en psicología e implican el estudio de condiciones naturales que se aproximan mucho a un experimento controlado.

Estudios Experimentales: Este tipo de estudios llevados a cabo en epidemiología es exactamente el mismo que en psicología. Aquí el investigador manipula o control a las variables independientes. Los grupos son asignados aleatoriamente a un grupo control y experimental.

Se puede decir, que lo importante de todos los métodos o estrategias descritas anteriormente, constituyen un abanico de herramientas para intentar alcanzar los distintos objetivos de un psicólogo de la salud puede perseguir.

En definitiva, parece claro que no existe el diseño perfecto, únicamente se puede hablar del diseño que mejor se ajusta a un tipo determinado de datos con un propósito específico (Ballester, 1997).

## 2.2. METODOS DE EVALUACION.

Existen muchos métodos que pueden ser utilizados, algunos dan más información que otros, todo depende de los objetivos del modelo. La elección del método depende del objetivo a ser evaluado, su propósito y la habilidad de cada investigador.

A continuación se describe brevemente las técnicas que son utilizadas en Psicología de la Salud según Karoly (1985).

Entrevista: Tiene la capacidad de mostrar datos históricos por medio de las áreas de interés: física, afectiva, cognitiva y conductual, tanto del paciente como de la familia y su medio sociocultural. Además, la entrevista es un medio para la adquisición de un autoreporte y para datos de observación del sujeto y de su familia. El contenido y el estilo puede variar, dependiendo del objetivo que se quiere alcanzar.

Cuestionario: Este método es considerado cuando el tiempo es un factor importante, ya que el entrevistador puede revisarlo con el paciente enfocándose a las áreas que se necesiten más claridad, como podrían ser los aspectos psicológicos. También puede ser de gran utilidad, cuando se requiere como registro sistemático de datos que puedan facilitar para la realización de algún programa de evaluación.

El contenido y La forma del cuestionario dependerá de la orientación teórica e interés del psicólogo.

Diarios: Se utiliza para registrar conductas encubiertas y abiertas, se emplean como medidas de línea base y como técnica de tratamiento acerca de los

antecedentes, consecuencias y las relaciones entre conductas internas y externas, además de ayudar en la efectividad de los programas de tratamiento.

Psicometría: Generalmente se recomienda ser precavido en la utilización de pruebas psicométricas, de tal manera que se pueda seleccionar la prueba más compatible con el problema específico. Las más utilizadas son: de personalidad, inventarios sobre la salud, técnicas proyectivas, escalas de ansiedad y depresión.

Observación: Es uno de los métodos fundamentales de evaluación, y da al investigador bastante información. La observación puede ser estructurada, la cual existe experiencias en vivo durante el tratamiento médico o la no estructurada, en la que se registra el evento o el momento mismo en que ocurren.

Medidas psicofisiológicas: Se emplea para tener información acerca de los eventos biológicos o consecuencias de los eventos biológicos. Pueden proveer retroalimentación al paciente, por lo que puede servir como una intervención psicológica. Algunos de los eventos de interés podrían ser: tensión muscular, temperatura, tasa cardíaca, actividad respiratoria, presión sanguínea, derivando como efectos: dolor de cabeza, estrés, ansiedad, migraña, mareos, etcétera.

Los parámetros de interés incluyen, porcentajes, variabilidad intrasujeto (diferencias internas) y medidas de diferentes condiciones (estrés, descanso, relajación, imaginación, actividades previamente especificadas). Cabe agregar que es necesario que el psicólogo sea experto en los procesos bioeléctricos y fisiológicos y en técnicas de instrumentación y registro.

Datos de archivo: Para esta área de trabajo se incluyen: causas, síntomas, curso, prevención, tratamiento y componentes psicológicos, datos que son útiles en el proceso de evaluación. Además los registros médicos aportan información

que puede integrarse al perfil psicológico, ya que es un requisito indispensable de conocimiento para la integración de la futura intervención.

Al final de todo el proceso de evaluación, el psicólogo debe de tener una comprensión total del paciente, de su ambiente físico y social, de sus habilidades y debilidades, de la evidencia patológica, de la naturaleza de la enfermedad y el tratamiento. Después de integrar la información anterior, el terapeuta puede delinear las áreas de trabajo para ese paciente en particular. Para ello, es necesario utilizar un enfoque integral como el biopsicosocial.

### **2.3. TIPOS DE INTERVENCION.**

Una vez que se ha enfocado el problema y se ha integrado la información obtenida en la evaluación, es posible entonces, elaborar un plan de intervención. (Belar, Deardoff y Kell, 1978). Esta intervención psicológica debe ser flexible y las técnicas utilizadas amplias.

La intervención del psicólogo puede ser en tres niveles, primaria, secundaria y terciaria.

**PRIMARIO:** Detección de factores de riesgo.

El ejemplo más temprano que se puede tener en el extremo de la intervención precoz, es durante el período de prepatogénesis, la prevención primaria, generalmente entraña dos modalidades reconocidas como accesibles al experto en comportamiento:

Localizar a las personas qué factores de tipo distal: Padecimientos en la familia, ambiente físico y social.



- Consiste en suponer que todo ser humano está expuesto potencialmente a factores de riesgo y optar por promover la adopción de conductas protectores, como atender signos potenciales de inicio de un padecimiento; esto quiere decir, hacerse exámenes periódicos que busquen la detección precoz del desarrollo de enfermedades a etapas más tempranas (Sánchez, 1998).

**SECUNDARIA:** Acciones para identificar y tratar las enfermedades.

**TERCIARIA:** Acciones sobre la enfermedad ya presente y que pueden ser intervención o tratamiento (Ramírez, 1996).

A continuación se mencionan las estrategias de intervención más utilizadas por la Psicología de la salud.

Asesoría Psicológica: Es considerada como una forma no específica de intervención psicoterapéutica dirigida hacia la reducción del estrés psicológico del paciente. En este tratamiento puede involucrar el trabajo con la familia, el individuo y grupos de apoyo. Esta aproximación se considera de gran importancia en el trabajo con niños.

Educación e Información: La educación enfocada al modelo biopsicosocial y sus aplicaciones específicas al paciente y a su problema, es considerada esencial para todo tipo de tratamiento.

Intervención en Crisis: En ocasiones los eventos cotidianos interfieren con la habilidad del sujeto para afrontar sus problemas médicos, en estas circunstancias, las crisis y problemas ya existentes se centran en los efectos de la enfermedad.

Se plantea tres objetivos:

1. La liberación del estrés psicológico (ansiedad, desesperanza, confusión).
2. El restablecimiento del paciente a su anterior nivel de funcionamiento.
3. Ayudar a la comprensión del sujeto de todas las acciones que están involucradas en su caso y hacerlo de una manera clara y detallada. (Belar, Deardoff y Kell, 1978).

Grupos de Apoyo: Las discusiones en grupo permiten al paciente la confrontación con problemas similares a los suyos, de batiendo sus ansiedades y estrategias de afrontamiento.

Efecto placebo: Puede ser el procedimiento de cambio conductual más simple y mas utilizado. Se refiere esta estrategia a los cambios de conducta que ocurren debido a las expectativas del paciente con respecto al tratamiento.

Psicoterapia Verbal: Existe una gran variedad de aproximaciones psicológicas: analítica, cognitivo-conductual, racional-emotiva, sistémica, directiva, etcétera.

Se ha encontrado que puede reducir la utilización de fármacos, disminuye el uso de narcóticos post-operación, reduce síntomas asociados al estrés y facilita el afrontamiento a la enfermedad (Belar, Deardoff y Kell, 1978).

Procedimientos de entrenamiento en relajación: La estrategia de intervención más empleada es el entrenamiento en relajación, sobre todo en la preparación a los procedimientos médico-quirúrgicos que son estresantes. Este entrenamiento ha sido considerado como "la aspirina de la medicina conductual"; ya que es la técnica más utilizada por psicólogos.

Las estrategias de relajación fueron originalmente propuestas como intervenciones en la fisiología del paciente; pero se ha demostrado que también

interviene en los dominios afectivos y cognitivos, ya que facilita un sentido de autocontrol y competencia.

Entrenamiento en relajación Autógena: Este entrenamiento puede producir un estado de relajación profundo con el uso de autoafirmaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo y sugiriendo declaraciones de calidez y calma.

Relajación muscular progresiva: Se le enseña a los pacientes a tensar los músculos intencionalmente y luego relajarlos, es un aprendizaje de discriminación, ya que se le indica al paciente que enfoque su atención en los distintos músculos.

Imaginación: Hace uso del mundo interno y privado del paciente, a través de la creación de imágenes. Esta técnica puede dirigirse a una relajación general, a una reducción de la ansiedad, del síntoma y al cambio conductual.

Imaginación guiada: Se les pide a los pacientes que visualicen e detalle una escena que consideren que los pueda relajar. En estos ejercicios la mente del paciente juega un papel activo a través de la recreación de ciertas señales, sonidos, olores y tacto.

Se usa en el manejo del dolor como un medio para distraer al sujeto de esa sensación o alejarlo del estrés que le pueda producir la enfermedad o el tratamiento médico.

Desensibilización encubierta: Su uso está dirigido hacia la extinción de conductas mal adaptadas y aprendidas. Generalmente se asocia un hábito aprendido con un estímulo nocivo que es imaginado, en este sentido, el hábito inadecuado no volverá a presentarse debido a su asociación con algo displacentero.

Retroalimentación: Se le enseña al paciente el control voluntario sobre los procesos fisiológicos, además de ser utilizada como intervención en los dominios afectivos y cognitivos.

Cuando el entrenamiento resulta exitoso, se facilita el control del sujeto en los eventos fisiológicos.

Las dos formas que se utilizan más son:

1. **EMG**: Se emplea para educar al paciente sobre su tensión muscular y es útil en los desórdenes músculo-esqueléticos.
2. **La temperatura de la piel**: da una medida indirecta del volumen sanguíneo periférico, de esta manera se utiliza en los desórdenes asociados con la vasodilatación y la vasoconstricción.

La aplicación de la retroalimentación, requiere de entrenamiento en procesos de bioeléctricas, psicofisiología y manejo de grupo.

Hipnosis: Esta se ha considerado útil en el control del dolor y el afrontamiento de las enfermedades crónica. Su propósito es producir cambios fisiológicos directos, cambio de la percepción de un síntoma, facilitar la relajación, etcétera.

Desensibilización sistemática: Se usa para reducir los miedos del paciente que acompañan a la ansiedad en ciertos procedimientos médicos, dentales, etcétera. Se puede realizar imaginariamente o en vivo.

Esta consiste en presentar por orden jerárquico de circunstancias asociadas progresivamente a la ansiedad y se practican escenas con dificultad creciente, permitiendo que el enfermo se vaya adaptando a las circunstancias que le producen conflicto.

Modelamiento: Se basa en la teoría del aprendizaje observacional. El modelamiento facilita el aprendizaje de conductas adaptativas y puede utilizarse la observación directa o la imaginación.

Es un método importante para enseñar las habilidades necesarias para el conocimiento de la enfermedad.

Entrenamiento de habilidades y ensayo conductual: Se incorpora el modelamiento, el juego de roles y el ensayo conductual. Aquí se aprenden habilidades específicas que facilitan el ajuste físico y psicológico.

Manejo de contingencias: Su objetivo es el de incrementar las conductas adaptativas y decrementar las que interfieren con la recuperación. Los procedimientos más empleados son: costo de respuestas, reforzador negativo y positivo, castigo, extinción y por aproximaciones sucesivas.

Estrategias cognitivas: Existe gran diversidad de estrategias para producir un cambio conductual: el uso de la distracción, el sosegamiento y la reestructuración cognitiva, así como la atención-diversión.

El propósito es alejar la atención del sujeto de los eventos desagradables y puede emplearse la imaginación placentera, tareas de dificultad mental, conteo en voz alta y la atención a estímulos neutrales.

En este sentido, se presentaron las intervenciones más importantes del psicólogo en el ámbito de la salud y se ha seguido utilizando y considerando el modelo de Belar, Dearthoff y Kell, 1978); que ha servido como guía en el desarrollo de la psicología de la Salud. (Ramírez, 1996).

## 2.4. AREAS DE APLICACION Y ACTIVIDADES DE PSICOLOGIA DE LA SALUD.

Dentro de la Psicología de la Salud, existe una amplísima serie de programas y actividades que configuran el conjunto de actuaciones y tareas de la misma; dichas estrategias pueden establecerse en dos grandes grupos de actividades del psicólogo dirigido a la salud.

Según Simon (1999), el primer grupo esta conformado por los grupos y actividades de investigación, tanto del tipo básico como aplicado.

En el segundo grupo, lo componen los programas y actividades profesionales de tipo aplicado (evaluación, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, consejo y asesoramiento, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos, análisis y mejora del sistema y atención sanitarios, formación y gestión).

A continuación se muestra el rol del psicólogo de la salud y el conjunto de las tareas que lleva a cabo.

### ROL Y FUNCIONES DEL PSICOLOGO DE LA SALUD

TAREAS	EJEMPLOS DE ACTIVIDADES
<i>INVESTIGADOR</i>	
Investigación Básica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio de influencia de los factores afectivo-emocionales en órganos y sistemas corporales.</li> <li>• Investigación de las vías por las que el estrés actúa sobre la inmunidad.</li> </ul>
Investigación Aplicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de un Programa para la evaluación</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• conductual de la miopía.</li> <li>• Desarrollo de un Programa para la prevención de la esquizofrenia.</li> </ul>
<i>APLICADAS</i>	
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de disfunciones fisiológicas.</li> <li>• Evaluación de programas.</li> </ul>
Promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas Informativos.</li> <li>• Mejora de la salubridad ambiental</li> </ul>
Prevención de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de la prevención de la miopía</li> <li>• Programas de la prevención I estrés</li> </ul>
Tratamiento y rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de ejercicio para obesos</li> <li>• Programas de rehabilitación en lesionados medulares</li> </ul>
Asesoramiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño de programas de promoción de la salud</li> <li>• Asesoramiento de la adherencia a los tratamientos médicos</li> </ul>
Análisis y mejora del sistema y la atención sanitaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación para las intervenciones quirúrgicas.</li> <li>• Mejora de la adherencia a los tratamientos médicos</li> </ul>
Formación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de formación para médicos</li> <li>• Programas de entrenamiento de paraprofesionales</li> </ul>
Gestión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión hospitalaria</li> <li>• Gestión de recursos</li> </ul>

Figura 1. Estrategias de actuación en psicología de la Salud y funciones del psicólogo de la salud.

**LAS AREAS DE APLICACION DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD SEGUN SIMON (1999) SON LAS SIGUIENTES:**

**Promoción y acrecentamiento de la salud.**

- ❖ Información/educación sanitaria.
  - \* Valoración positiva de la salud (creencias, actitudes...)
    - Comportamiento y salud.
    - Responsabilidad individual en la promoción de la salud.
- ❖ Control de variables actitudomotivacionales y afecto-emocionales.
  - \* Control de variables disposicionales o de riesgo.
  - \* Estados actitudomotivacionales/afecto-emocionales negativos.
    - Estrés, ansiedad, hostilidad.
    - Depresión, inhibición, apatía.
  - \* Potenciación de recursos protectores o de residencia.
  - \* Estados actitudomotivacionales/afectivo/emocionales positivos.
    - Amor, afecto, amistad.
    - Alegría, optimismo, implicación en las cosas y en la vida.
- ❖ Generación de hábitos y estilos de vida sanos.
  - \* Descanso y ocio.
    - Dormir 7 u 8 horas por día.
    - Distribución del tiempo.
    - Disfrute del ocio y del tiempo.
  - \* Alimentarios.
    - Nutrición equilibrada.
    - Desayunar todos los días y hacer 3 o más comidas.
    - No picar entre comidas.
    - Mantenerse cerca del peso ideal.
  - \* Higiene.
    - Corporal y en el vestido.



- \* Sexo y familia.
  - Educación sexual.
  - Planificación familiar.
- \* Consumo.
  - No fumar.
  - No tomar café o alcohol, o en su caso que sea moderadamente.
  - No consumir drogas (cocaína, heroína, etcétera).
  - No automedicarse.
- \* Actividad física.
  - Hacer ejercicio físico de moderada intensidad regularmente.
- \* Sanitarios.
  - Chequeos/revisiones periódicas.
- \* Conductuales.
  - Usar protectores adecuados (cascos, condones, etcétera).
- \* Aprendizajes de competencias y habilidades básicas.
  - Relajación.
  - Autocontrol.
  - Solución de problemas.
  - Comunicación y relaciones sociales.
  - Búsqueda de apoyo social.
- ❖ Participación en la salubridad ambiental.
  - \* Atención y cuidado del medio ambiente.
    - Control de basuras y desperdicios.
    - Reducción y ahorro energético y de agua.
    - Utilización de transportes públicos.
  - \* Participación política y ciudadana.
    - Uso adecuado de los servicios de salud.
    - Elección de la mejor política de salud.

## **Prevención.**

- ❖ Control de variables actitudomotivacionales y afecto-emocionales de riesgo.
  - \* Estrés.
  - \* Ansiedad.
  - \* Depresión.
  - \* Hostilidad.
  - \* Personalidad pronoenfermedad.
  
- ❖ Modificación de las conductas y hábitos de riesgo.
  - \* Tabaquismo, alcoholismo y adicciones.
  - \* Falta de actividad física.
  - \* Hábitos alimentarios inadecuados.
  - \* Falta de higiene.
  - \* Falta de descanso y ocio.
  - \* Falta de uso de protectores adecuados.
  - \* Déficit de competencias y habilidades básicas.
  
- ❖ Modificación de las condiciones patógenas e insalubres del medio.
  - \* Polución y contaminación.
  - \* Hacinamiento.
  - \* Ruido.
  - \* Tóxicos, venenos, virus, bacterias.
  - \* Miseria.
  - \* Condiciones familiares y laborales inadecuadas.
  - \* Educación y recursos sanitarios insuficientes.
  
- ❖ Detección e intervención precoz ante los problemas (o prevención secundaria).
  
- ❖ Disminución del impacto de la enfermedad y prevención de recaídas (o prevención terciaria).

## **Evaluación y Tratamiento/rehabilitación de trastornos específicos.**

- ❖ Problemas cardiovasculares.
  - \* Trastornos del ritmo cardiaco.
    - Taquicardias.
    - Bradicardias.
    - Otras arritmias.
  - \* Trastornos de la presión arterial.
    - Hipertensión.
    - Hipotensión.
  - \* Problemas coronarios.
    - Angina de pecho.
    - Infarto de miocardio.
  - \* Trastornos periféricos.
    - Migraña.
    - Enfermedad de Raynaud.
  
- ❖ Trastornos del SNC.
  - \* Accidentes cerebrovasculares.
  - \* Traumatismos craneoencefálicos.
  - \* Epilepsias.
  - \* Demencias.
  - \* Hiperactividad infantil.
  - \* Esclerosis múltiple.
  - \* Anoxia/hipoxia.
  - \* Delirios.
  - \* Trastornos amnésicos.
  - \* Síndromes frontales.
  - \* Coma.

❖ Trastornos neuomusculares.

- \* lesiones centrales.
  - Hemiplejía.
  - Paraplejía/Cuadriplejía.
  - Parálisis cerebral.
  - Poliomielitis.
- \* Lesiones periféricas.
  - Parálisis facial.
  - Problemas de mano y pie.
- \* Disquinesias.
  - Síndromes rigidoacinéuticos.
  - Parkinson.
- \* Coreas.
  - Coreas de Huntington.
- \* Temblores.
  - Temblor intencional.
- \* Disquinesia tardía.
- \* Distonías.
  - Tortícolis espasmódica.
  - Blefarospasmo.
  - Síndrome temporomandibular.
  - Espasmo hemifacia.
- \* Calambres profesionales.
  - Escribiente.
  - Músicos.
  - Deportistas.
- \* Otros.
  - Escoliosis.

❖ Trastornos gastrointestinales.

- \* Trastornos de la motilidad del tracto.
  - Espasmo esofágico.
  - Globus.
  - Colon irritable.
- \* Trastornos en el control de esfínteres.
  - Reflujo gastroesofágico.
- \* Trastornos en las secreciones del sistema.
  - Gastritis.
  - Úlceras pépticas.
- \* Trastornos intestinales inflamatorios.
  - Colitis ulcerosa.
  - Enfermedad de Crohn.
- \* Otros.
  - Disfagia.
  - Aerofagia.
  - Regurgitación y rumiación.
  - Náusea/vómito.
  - Colitis.
  - Estreñimiento.

❖ Trastornos excretores.

- \* Incontinencia urinaria/enuresis.
- \* Incontinencia fecal/encopresis.
- \* Síndrome del Suelo Pélvico Espásmico.

❖ Trastornos respiratorios.

- \* Trastornos respiratorios obstructivos crónicos.
- \* Bronquitis crónica.
- \* Asma.

- \* Enfisema.
- \* Hiperventilación.

❖ Trastornos dermatológicos.

- \* Dermatitis crónica.
- \* Dermatitis seborreica.
- \* Dermatitis atópica.
- \* Psoriasis.
- \* Urticaria.
- \* Eczema.
- \* Hiperhidrosis.
- \* Prurito.
- \* Acné vulgaris.
- \* Atopecia.
- \* Herpes.
- \* Eritema.
- \* Vitiligo.
- \* Otros.
  - Tricotilomanía.
  - Onicofagia.
  - Quemaduras.

❖ Trastornos renales.

- \* Hemodiálisis.

❖ Trastornos oftalmológicos y visuales.

- \* Miopía.
- \* Estrabismo.
- \* Blefarospasmo.
- \* Glaucoma.

- \* Nistagma.
- \* Ambliopía.
- \* Ceguera.

❖ Trastornos endocrinos.

- \* Diabetes.
- \* Trastornos tiroideos.

❖ Trastornos inmunitarios.

- \* Síndromes de inmunodeficiencia.
  - SIDA.
- \* Síndromes de hipersensibilidad.
  - Alergias.
  - Asma.
- \* Trastornos autoinmunes.
  - Artritis reumatoide.

❖ Trastornos ginecológicos.

- \* Menorragia.
- \* Infertilidad.
- \* Tensión premenstrual.
- \* Menopausia.

❖ Trastornos obstétricos.

- \* Trastornos de la contracepción.
- \* Trastornos del aborto.
- \* Problemas del aborto.
- \* Problemas del embarazo.
- \* Problemas del parto.
  - Prematuridad.

- ❖ Trastornos sexuales.
  - \* Impotencia.
  - \* Vaginismo.
  - \* Trastornos del orgasmo.
  
- ❖ Trastornos alimentarios.
  - \* Obesidad.
  - \* Anorexia.
  - \* Bulimia.
  
- ❖ Trastornos orofaciales
  - \* Bruxismo.
  - \* Caries dental.
  - \* Enfermedades periodontal.
  
- ❖ Trastornos del lenguaje, habla y voz.
  - \* Afasias.
  - \* Disartrias.
  - \* Disfonías.
  
- ❖ Trastornos del sueño y la activación.
  - \* Disomnias.
  - \* Parasomnias.
  - \* Asociados a trastornos médico psiquiátricos.
  - \* Trastornos del sueño propuestos.
  
- ❖ Adicciones.
  
- ❖ Dolores crónico.
  - \* Cefaleas tensionales.
  - \* Lumbalgias.
  - \* Algias articulares.



- \* Dolor abdominal.
  - \* Dismenorrea.
  - \* Dolor postoperatorio.
- ❖ Cáncer.
- ❖ Trastornos de la infancia.
- \* Déficit de atención con hiperactividad.
  - \* Deficiencia mental
  - \* Dislexia.
- ❖ Trastornos de la vejez.
- ❖ Enfermedad terminal.

### **Análisis y mejora del sistema y atención sanitarios.**

- ❖ Análisis de la atención a la salud.
- \* Cobertura de la atención.
  - \* Calidad de la atención.
  - \* Política sanitaria
- ❖ Mejora del sistema de atención a la salud.
- \* Disminución de costos.
  - \* Apoyo a otros profesionales de la salud.
    - Intervención en la hospitalización y las actuaciones médico.
    - sanitarias.
    - Mejora de las relaciones profesionales de la salud-usuario.
    - Mejora de las relaciones profesionales de la salud-profesional de la salud.
    - Mejora de la adherencia a los regímenes sanitarios.
  - \* Educación a usuarios para el uso adecuado del sistema sanitario.
  - \* Educación sobre los síntomas.

- \* Chequeos periódicos.
- \* Donación de órganos.
- \* Abuso de visitas y medicación.

**Otras actuaciones.**

- ❖ Formación de profesionales y paraprofesionales.
  
- ❖ Tareas de gestión.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Ballester, R.(1997). Introducción a la Psicología de la salud: Aspectos conceptuales. Valencia: Promolibro.

Belar, C., Deardoff & Kell, (1978). The practice of clinical Health Psychology. New York: Pergamon Press.

Brannon, L. y Feist, J. (1992). Health Psychology: an introduction to behavior and Health. California: Wadsworth.

Campbell, D. y Stanley, J. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research. Rand-McNally.

Delclaux, I. (1987c). En J. Morales: "Metodología y Teoría de la Psicología". La Psicología como Ciencia. Madrid: UNED.

Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (1998). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill.

Karoly, P. (1985). Measurement strategies in Health Psychology. New York: John Wiley & Sons.

Kazdin, A. (1980). Research design in clinical psychology. New York: Harper y Row.

Kerlinger, F. (1979). Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento. México: Nueva Editorial Interamericana.

Kobasa, S. (1985). "Longitudinal and prospective methods in health Psychology. En Karoly: Measurement strategies in Health Psychology. New York: John Wiley & Sons.

Ramírez, E. (1996). Psicología Pediátrica. Tesis de Maestría inédita. México: UNAM, Iztacala.

Sánchez, J. (1998). "Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz, intervención-investigación en Psicología de la Salud". En: La Psicología de la Salud en América Latina: (Coo.) Graciela Rodríguez O. Y Rojas, M. México: Porrúa-UNAM.

Santacreu, J., Márquez, M. y Rubio, V.g (1997). "La prevención en el marco de la Psicología de la Salud". Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. Julio-Diciembre.

Sarafino, E. (1994). Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. New York: John Wiley & Sons.

Simón, M.(1996). "Diseños de Investigación el Psicología Clínica y de la Salud". En: Buela-Casal, Caballo y J. Sierra. Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI.

Simon, M.(1999).Manual de Psicología de la Salud: fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Psicología Universidad España: Biblioteca Nueva.

## CAPITULO 3

# LA PSICOLOGIA DE LA SALUD EN MEXICO, AMERICA LATINA Y EN EL MUNDO.

Se puede afirmar, que a pesar de que el nivel global de la psicología de la salud constituye una nueva o prometedora área de trabajo para los psicólogos, no cabe la mayor duda de que ejercerá una creciente influencia en los servicios sanitarios, en el desarrollo y estado actual, por lo que es muy diverso en los diferentes países y regiones del mundo.

En general, la psicología de la salud es subsidiaria del modelo de sanidad y del grado general de desarrollo de una determinada sociedad, hasta el punto, que ni siquiera existe en países donde la preocupación fundamental es qué comer o cómo sobrevivir del frío.

Su grado de desarrollo y de implantación dentro de los servicios sanitarios de un país, depende asimismo del grado de desarrollo de la psicología en general, como ciencia y como profesión en ese país.

Las creencias culturales acerca de la salud y la enfermedad son fundamentales en la comprensión del papel más o menos importante que ejercen los psicólogos en los servicios de salud de un determinado grupo o región.

La orientación, más individual o más comunitaria, guarda una estrecha relación con el sistema sociopolítico del país de que se trate.

El tipo de líneas de trabajo o de investigación en psicología de la salud, se ve influido en gran parte por las aportaciones previas de psicólogos nacionales o a un determinado campo, es decir, por la propia historia de "su" psicología.

### **3.1. DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD EN PAISES DEL PRIMER MUNDO.**

Patrones de desarrollo de la Psicología de la Salud en países desarrollados.

De acuerdo con Stone (1990; citado en Ballester, 1997), considera a cuatro grupos dentro de la evolución de la psicología de la salud en los países desarrollados:

1. Países con gran tradición de investigación básica en psicología de la salud.
2. Países que predominan las aplicaciones clínicas.
3. Países con un marcado énfasis en la formación psicológica a los médicos.
4. Países donde ha habido un reciente incremento de una actividad que ha desplazado antiguos patrones.
5. Países con gran tradición de investigación básica en psicología de la salud.

En esta clasificación, cabe hablar de los países con gran tendencia en la investigación sobre los factores psicológicos relacionados con la salud y la enfermedad.

Un ejemplo es Suecia, en el cual su desarrollo ha sido en los estudios psicofisiológicos acerca del estrés, en el Instituto Karolinska de Estocolmo, iniciando en la década de los años 70's, dos investigadores (Levi, 1972 y Frankenhauser, 1975; citados en Ballester, 1997), iniciaron importantes proyectos de larga duración para estudiar cómo las personas reaccionan ante el estrés de situaciones cotidianas o muy frecuentes, como en el tráfico, situaciones cotidianas, estresores laborales, adaptación a la jubilación, etcétera.

Esta línea de trabajo, la interacción con el contexto sociopolítico de este país, ha llevado a un gran énfasis en localizar los estresores del entorno físico y social y han intentado eliminarlos a través de iniciativas legislativas y administrativas.

En Suecia se ha trabajado bastante en Psicología del trabajo, apoyo social, epidemiología cardiovascular y patrón de conducta tipo A, entre otros y se ha impulsado la salud pública y los acercamientos de intervención basados en políticas sociales.

Algunos autores y suecos, han criticado el relativo olvido del estudio de las características individuales como factores fundamentales en la salud y la enfermedad y las intervenciones dirigidas al individuo y no a la comunidad.

En este grupo, es posible incluir también a Rusia, en la cual ha habido un claro predominio en la investigación y en aplicaciones a partir de la psicofisiología pavloviana.

En los países como Alemania, Inglaterra, Finlandia, Inglaterra, se ha aplicado una epidemiología sofisticada, desde un punto de vista metodológico a los factores psicosociales que influyen en la salud.

Italia y quizás España (Ballester,1997), han aportado trabajos importantes en torno a la verificación y puesta a prueba de la teoría psicosomática.

- Países en donde predominan las aplicaciones clínicas.

Destaca en este grupo Gran Bretaña, donde la psicología clínica se encuentra integrada en los servicios médicos generales. A primera vista, no cabe duda de que es un aspecto muy positivo, ya que posibilita enormemente las aplicaciones psicológicas a los servicios sanitarios. Sin embargo, también ha sido percibido de



modo negativo, al dificultar o retrasar el desarrollo de la psicología de la salud como un campo potente e independiente.

Autores como Steptoe y Moses(1986; citados en Ballester, 1997), critican la poca asistencia de los psicólogos en las facultades de medicina y en los centros de investigación y otros como Marteau y Johnston (1987, citados Ballester, 1997) alertan sobre la insuficiencia de modelos teóricos.

Las contribuciones de los británicos al campo de la salud, están especialmente relacionadas con el estudio de la interacción de los pacientes con el sistema sanitario y la comunicación entre los pacientes y médicos.

Es posible encontrar dos variantes diferentes de este mismo patrón en los países como Noruega y Australia.

En Noruega por ejemplo, la medicina comportamental se ha caracterizado por una relativa ausencia de psicólogos en las facultades de medicina, además, de estar creciendo una psicología muy potente e independiente, desde el punto de vista profesional, con una investigación centrada en el cerebro y la neuropsicología.

En Australia, por el contrario, los psicólogos han alcanzado una gran responsabilidad en la educación de los profesionales sanitarios y han desarrollado importantes acercamientos conductuales a las intervenciones clínicas.

- Países con un marcado énfasis en la formación psicológica a los médicos.

Un tercer grupo de países, es el conformado por aquellos en los que el contacto entre la psicología y los problemas del sistema de salud se ha llevado

fundamentalmente a través de enseñar a los médicos la psicología del paciente y de la interacción médico-paciente.

Un ejemplo de lo anterior lo constituye Alemania, en el cual se sigue prefiriendo el término "psicología médica", en lugar de psicología de la salud.

En Alemania, al igual que en Austria, Francia y Argentina, el principal papel de los psicólogos médicos ha sido la enseñanza a los estudiantes de medicina, enfatizando en la formación de psicología del paciente, los factores estresantes relacionados con los procedimientos médicos, los ambientes hospitalarios y las enfermedades graves y crónicas y especialmente la interacción y la comunicación paciente-médico.

Los psicólogos de la salud germanos, han centrado sus esfuerzos sobre todo en diseñar estrategias para ayudar a los pacientes a tratar con el estrés derivado de sus enfermedades y tratamientos, apoyar a los médicos en los diagnósticos y tomas de decisiones y ayudarles a proporcionar el mejor cuidado a través de una mayor comprensión de las necesidades del paciente y un mayor cuidado en la interacción con el mismo.

Cabe decir que en 1984, Alemania creó la Asociación Alemana de Medicina Comportamental y Modificación de Conducta. En 1988, constaba de unos 150 miembros, de los cuales una cuarta parte eran médicos; por lo que muestra un marcado trabajo interdisciplinario, pero le falta definir claramente en qué aspectos puede diferir la psicología de la salud de la medicina Comportamental.

- Países donde ha habido un reciente incremento de una actividad que ha desplazado antiguos patrones.

En este cuarto grupo, se encuentran países como: Holanda, Italia, Japón y España, con una mención especial a lo que se denomina "una transición particularmente interesante" en nuestro país (Ballester, 1997).

Stone (1990; citado en Ballester, 1997), comenta de una rica tradición filosófica que está siendo puesta a prueba por una nueva "psicología de la salud", tanto en su énfasis teórico como clínico.

La investigación para estos países, está íntimamente ligada a la práctica, con gran cantidad de trabajos, como el efecto placebo, hasta los relacionados con los factores psicológicos en el SIDA.

Stone, menciona una importante colaboración en la investigación con otros países, en concreto con México, así como la existencia en 1987 de dos de los cuatro programas de formación post-doctoral en Europa, concretamente en Madrid y Valencia (Ballester, 1997).

### **3.2. DESARROLLO DE PSICOLOGIA DE LA SALUD EN AMERICA LATINA Y PAISES EN VIAS DE DESARROLLO.**

Los países latinoamericanos poseen un origen histórico común, sin embargo están conformados por un mosaico multiétnico que le imprime a cada uno características sociales, económicas, políticas y culturas propias que suscitan marcadas diferencias que se reflejan en los indicadores de desarrollo (Rodríguez, y Rojas, 1998).

En lo que se refiere a los servicios de salud de América Latina, se refleja la influencia de muchas fuerzas: La antigua cultura indígena, la iglesia católica, el concepto de seguridad social de la Europa Contemporánea, las ideas de salud de Estados Unidos y Canadá y naturalmente la mezcla de todas las entidades que forjaron la cultura latinoamericana actual.

En este sentido, el cuadro resultante es un montaje complejo de muchos elementos, organizados por subsistemas de servicios de salud y orientados en cierto modo hacia una diferente clase social, operando unos junto a otros, pero ha producido graves problemas en su incoordinación (Roemer, 1980).

#### Patrones de los Países en Vías de Desarrollo.

Cabe distinguir a tres grupos de países:

- 1) Países que pretenden seguir el ejemplo de países desarrollados utilizándolos como modelos.
  - 2) Países en los que hay fuertes cometidos respecto al desarrollo comunitario.
  - 3) Países con concepciones muy diferentes de los procesos de salud.
- 1) Países que pretenden seguir el ejemplo de países desarrollados utilizándolos como modelos.

Algunos de los países han intentado superar los factores que han impedido su desarrollo pleno, imitando a los países de Occidente.

En el caso de Grecia, es un país que se encuentra en un período largo y difícil de recuperación y desarrollo posguerra en consecuencia, su psicología clínica se encuentra todavía naciendo y no existe ningún signo de la psicología de la salud.

México (Ballester, 1997) por el contrario, a pesar de sus graves problemas económicos, tiene una psicología aplicada muy desarrollada y en el caso de la psicología de la salud, se ha empezando a difundir.

Un país que se encuentra en una situación intermedia es Egipto David(1965; ciado en Ballester, 1997) ya que tiene la existencia de un rol muy establecido para los psicólogos clínicos hace 25 años.

Cabe decir que en Egipto (Ballester, 1997), no hay psicólogos con doctorado que se encuentren enseñando en las facultades de medicina; en el caso de la docencia y la investigación, se encuentran dominados por médicos y principalmente por psiquiatras. Además, la medicina comportamental apenas está comenzando en éste país, las habilidades en los psicólogos, no ha sido necesaria en los departamentos de psiquiatría. En este sentido, los psicólogos deberían aprender a vivir y trabajar con los psiquiatras.

## 2) Países en los que hay fuertes cometidos respecto al desarrollo comunitario.

En los países en desarrollo, en los que ha predominado la planificación centralizada de los cuidados sanitarios, el concepto de la psicología de la salud apareció pronto y su orientación fue comunitaria desde un principio.

Un ejemplo de ello es Cuba, otro es Costa Rica, país que fue capaz de elaborar un plan comprensivo a través de un programa comunitario, orientado a la prevención y el desarrollo para un sistema sanitario completamente socializado.

Este plan, se desarrolló en la facultad de medicina de la Universidad del mismo país, con el objetivo de involucrar a los médicos en los problemas nacionales de subdesarrollo y de salud. La formación estaba dirigida a desarrollar médicos que comprendieran y fueran capaces de trabajar con los psicólogos.

Paralelamente, se desarrolló un programa para la formación de psicología de "profesionales intermedios", este programa consistía de cinco años de formación, que los profesionales trabajaran como agentes sociales que debían asesorar a los equipos de salud comunitaria en sus esfuerzos por motivar, educar y apoyar a los miembros de la comunidad para enfrentarse a sus propios problemas de salud y a los problemas de desarrollo.

Finalmente, cabe destacar la participación de la India, país en los cuales los problemas de salud, forman parte del problema general de un desarrollo humano saludable. Además, enfatiza el papel de la familia en la reducción de los causantes de estrés y en la consecución de las metas para un rápido cambio social.

El concepto de "medicina comportamental", está arraigado y se le da gran importancia al uso de la modificación de conducta en su aplicación a los problemas de salud. (Kaushik, 1985; citado en Ballester, 1977).

### 3) Países con concepciones muy diferentes de los procesos de salud.

Habría que mencionar a los países en los que la concepción de los procesos implicados en la salud y la enfermedad son muy diferente a la que se acepta en Europa o Norteamérica.

En el caso de los países que se encuentran en el continente africano, hay que decir que lamentablemente estos países están en una situación difícil para poder participar en el desarrollo internacional de la psicología de la salud. Para empezar, existen muy pocos psicólogos en estos países y los que hay se dedican a aspectos muy básicos.

En un trabajo realizado por Ebigo (1986; citado en Ballester, 1997), sobre la conceptualización que tienen sobre la relación mente-cuerpo, en la mayor parte del

Africa Negra, se asume que la enfermedad proviene de una relación trastornada o negativa con espíritus o brujos, posiblemente acarreada por la somatización de un tabú.

### La Atención a la Salud en países de América Latina.

La atención a la salud, ha constituido uno de los retos y prioridades más importantes para los países de América Latina. Para lograr tal reto, se contó y se cuenta con sistemas de salud en los que simultáneamente operan varios esquemas para establecer servicios.

Estos esquemas, dependen de las condiciones laborales de las personas, esto es, si son trabajadores de la iniciativa privada o de instituciones gubernamentales, si cuentan con la protección de la seguridad social, que además de dar respuesta a las demandas de salud, ofrece otros tipos de apoyos como son: la jubilación por edad y la pensión por incapacidad.

En el caso de México aproximadamente el 55% de la población tienen derecho a alguna de las instituciones de seguridad social. Además, de tener una cobertura oficial del 6% de servicios de salud. (Rodríguez y Rojas, 1998). Otros ejemplos son Guatemala con un 46% de la población sin acceso a ningún tipo de servicio de salud, un 40% se atiende en servicios públicos y un 14% a través de medicina privada. En el caso de Ecuador, brinda servicio públicos en un 67%, 30% de la población no tiene servicios y el 3% es del sector privado.

Dos casos extremos son los casos de Paraguay y Uruguay, mientras el primero no tiene acceso a ningún tipo de servicio de salud en un 40%, el segundo tiene en un 83.3% acceso a los servicios. (Rodríguez y Rojas, 1998). En cambio, Cuba ofrece cobertura del 100% a su población.

En general, los esquemas para la presentación de servicios de salud en América Latina están organizados en tres niveles de atención (Rodríguez y Rojas, 1998).

- 1) Es el enlace entre la población y el sistema de atención a la salud, en el se lleva a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, así como de diagnóstico y tratamiento. Es aquí donde se resuelve un 80% de los problemas de salud.
- 2) Se ofrecen los servicios en clínicas de especialidades y hospitales generales, los cuales atienden los problemas de salud que requieren del uso de tecnología de mediana complejidad.
- 3) Ofrece la atención a través de subespecialidades y se lleva a cabo en unidades hospitalarias altamente especializadas, como son los institutos de salud. En este nivel es donde se desarrolla la mayor cantidad de investigación científica (Rodríguez y Rojas, 1998).

#### Antecedentes de Psicología de la Salud en América Latina.

A partir de los años cincuenta, América Latina ha registrado el más rápido crecimiento en el número de psicólogos con entrenamiento profesional. Brasil y México por ejemplo, son los países que han tenido los mayores avances en este campo, seguidos de Venezuela, Colombia y Cuba.

Las áreas que han tenido más auge son: psicología clínica, del trabajo, educativa, social y psicofisiológicas. En lo que respecta años recientes, han surgido nuevos campos como es el caso de la Psicología de la Salud, comunitaria y la ambiental.

En lo que respecta a los avances, se mostraron con más énfasis en psicología de la salud, ya que fueron a finales de la década de los 60's y más ampliamente en los 70's, que se mostró influida por el desarrollo de la Medicina Conductual y el Biofeedback.



Algunos de los iniciadores fueron: Miller, Hefferline, Holtzman, Basmajian, Weiss, Matarazzo y Serman.

Los primeros temas abordados fueron: el manejo psicológico de las enfermedades crónico-degenerativas (cardiovasculares, dolor crónico, cáncer, así como adicciones) empleando aproximaciones metodológicas de la psicofisiología y la terapia cognitivo-conductual.

En algunos países, la psicología de la salud se inicia en las universidades a través de la creación de líneas de investigación de interés de los académicos, en otros países los programas de Psicología de la salud, tiene su origen en las unidades de salud de los diferentes niveles de atención; como en el caso de Colombia, que se origina en el Hospital Militar Central y en otros Hospitales de Bogotá.

En Venezuela, se da simultáneamente en la Universidad Central y en los Hospitales Universitarios Simón Bolívar y los Andes y en el Hospital J. M. De los Ríos, con especial énfasis en la Atención Primaria a la Salud y en psicología Comunitaria.

Es importante señalar que Brasil, fue el primer país que creó las residencias en psicología de la salud en los tres niveles de atención.

En los 80's, se empieza a establecer en América latina los primeros programas de formación de psicólogos de la Salud, todos ellos son programas de posgrado y con tendencia a la subespecialización en algunos de los campos de la salud.

En el ámbito de estudios de pregrado, las universidades de algunos países han iniciado cursos de inducción, no solamente en escuelas de psicología, sino también en otras disciplinas de la salud, como medicina y enfermería.

Cuba, es el país con mayor tradición en América latina en Psicología de la salud, ya que se destaca por tener gran actividad en la investigación y en la docencia (formación de cuadros profesionales y técnicos). Además, ésta especialidad forma parte de la estructurada organizada del Sistema Nacional de Salud en Cuba.

Cabe decir, que la Psicología de la Salud que manejan lo cubanos, no se encuentra adscrita a ninguna de las escuelas clásicas dentro de la Psicología, manteniendo una posición de pluralismo crítico y al mismo tiempo de encontrarse trabajando en el desarrollo del marco teórico de la misma (Pérez, 2000).

Cuba cuenta con posgrados en tres universidades: en la Habana, Santa Clara y Santiago de Cuba. Cuenta con programas de especialización posgraduada (posteriores a la maestría) de tres años, que se cursan en centros de primer nivel de atención y en hospitales de segundo y tercer nivel. Actualmente en el Ministerio de salud pública de Cuba trabajan 1600 psicólogos (Grau, 1998). El énfasis durante la formación es el trabajo comunitario, familia, salud mental, enfermedades crónico-degenerativas y adicciones.

Venezuela desde 1987, cuenta con una residencia en psicología de la Salud y desde 1993, como parte de una Maestría en psicología social, además existe una especialización en Intervención Psicosocial con énfasis en salud. Sánchez (1996; citado en Rodríguez y Rojas,1998).

En el caso de Colombia, en 1989 se crea la Universidad nacional del país y un programa de especialidad en psicología de la Salud, de la que se han egresado a la fecha 25 especialistas.

El programa académico hace énfasis en dos líneas de trabajo: salud materno-infantil y salud ocupacional al nivel de prevención, tratamiento y rehabilitación.

Actualmente la Asociación de Colombia de psicología de la Salud, estima que hay 120 psicólogos dedicados a esta área.

### **3.3. DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD EN MEXICO.**

El desarrollo de la Psicología en el campo de la Salud en nuestro país es relativamente incipiente; hasta hace algunos años la labor del psicólogo en el ámbito de la salud se daba a través de incursiones en las instituciones del sector salud, realizando tareas en programas educativos y brindando información a la población, realizando selección de personal o impartiendo cursos de relaciones humanas dentro del personal paramédico y administrativo o ejerciendo como ayudante de terapia o psicometría en el Área de Salud Mental junto al psiquiatra como profesional titular de la misma.

Sin embargo, en el curso de los últimos años la preocupación por el estado de salud del país, es lo que ha impulsado a pequeños grupos de psicólogos a abordar los aspectos psicológicos del proceso de salud-enfermedad en su forma de manifestarse en los individuos desde diferentes enfoques y posiciones teóricas, realizando trabajos en forma aislada que no ha permitido hasta el momento integrar las acciones, metodología y procesos claramente (Torres y Beltrán, 1986).

#### Aspectos Relacionados sobre Psicología de la Salud en México.

En la actualidad, existe mucho material que podría relacionarse sobre el tema de psicología de la salud en México, pero desafortunadamente, no se le puede considerar como representativos para el área, debido a que no forman parte del interés en el trabajo del psicólogo en el ambiente médico, tampoco están considerados dentro de un grupo de investigación relacionados a la solución de problemas en el sector salud y no se les encuentran ubicados para tal propósito (Ramírez, 1996).

A pesar de lo anterior, existen dos ejemplos importantes que muestran el interés por Psicología de la Salud en lo general y porque muestran el intento más consistente que fue posible encontrar.

El primero es el análisis conceptual elaborado por Ribes, (1991) sobre Psicología de la Salud, quien argumenta que deben de intersectarse el modelo médico y el sociocultural, en un eje vinculador, el comportamiento, ya que éste es la práctica de un organismo biológico que se encuentra inmerso y regulado por situaciones socioculturales. Lo que quiere decir, que el conocimiento de este comportamiento es el que permite entender la influencia de las variables del ambiente sobre el organismo biológico.

En este sentido, Ribes, plantea un modelo psicológico, en el que implique conocer el proceso biológico, las condiciones sociales y las medidas efectivas para alterar la práctica cotidiana de los organismos, para prevenir, curar y rehabilitar.

El otro ejemplo encontrado es el de Rodríguez & Palacios (1989) quienes comentan que los avances de la psicofisiología y la psicología experimental se han abierto otra posibilidad para los psicólogos de ésta área.

Para ellos, la psicología de la salud, es la aplicación de los avances metodológicos que han existido en otras áreas de la psicología, con el fin de promover el cuidado, mantenimiento, promoción y estilo de vida para la salud. Además, consideran que el psicólogo de esta disciplina debería de ubicar su trabajo a un nivel de diseño, conducción, supervisión y análisis de los programas elaborados, más que en su aplicación o intervención.

#### Inicio de Programas de Psicología de la Salud en México.

En México en 1986, se establece el primer programa de formación en el ámbito de posgrado de Psicología de la Salud, enmarcando en el modelo de las residencias

médicas. Esto quiere decir, que el programa académico es universitario de nivel de Maestría de la Facultad de psicología de la UNAM y se emplean los campos clínicos de las instituciones del sector salud para el desarrollo del programa lo que les permite a los psicólogos en formación, participar en diferentes escenarios de los tres niveles de atención. Este programa tiene una duración de tres años y el residente recibe la misma beca económica que los médicos residentes.

A partir de 1992 el Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud, lleva a cabo el programa de Residencia de Atención Integral a la Salud en el que se forman psicólogos de la Salud. Este tiene una duración de dos años y se enfoca a la atención primaria con énfasis en la prevención primaria.

Hasta hace poco, la Universidad de Guadalajara inició un programa de Doctorado en Psicología de la Salud.

En el caso de Rodríguez & Palacios(1989), realizaron un programa de entrenamiento al nivel de posgrado, que forma parte de la Maestría de Psicología General Experimental, donde se enseña a plantear tanto en el ámbito comunitario como individual: diseños, habilidades metodológicas, elaboración de instrumentos de medición y técnicas de penetración en la comunidad.

El entrenamiento se imparte en San Antonio Tecómitl en Milpa Alta y en el Ajusco en San Tomás Ajusco. Esto se logró por medio de un convenio con la Secretaría de Salud. Debido a lo anterior, los estudiantes pueden aplicar los procedimientos de investigación, diseñando modelos de intervención y trabajando en equipo.

Su programa está dividido en dos áreas: teórica, en la que se imparten metodología básica, experimental y tecnología educativa y la de entrenamiento

(residencia en los escenarios). Después de la publicación del trabajo, el programa llevaba un año de práctica.

En la actualidad se desconoce el avance del logro, al menos en la parte de la investigación como difusión y divulgación, pero es importante notar que es un gran logro la especialidad, ya que el trabajo con el equipo de salud es un área todavía vedada en México.

Según Ramírez (1996), no cree que el psicólogo mexicano haya llegado al punto de ser líder en los equipos de salud, pero ojalá y pudiera ser, la verdad, es muy diferente, lo importante de esto, es que alguien está haciendo algo al respecto.

En este sentido, lo que se espera son los resultados que reporten, en cuanto a lo que implementaron en el programa de entrenamiento y el trabajo real de los alumnos egresados, para que exista material relacionado a la psicología de la salud en la población mexicana, en la cual se pueda conocer su problemática.

Se considera actualmente que en México hay alrededor de 2,000 psicólogos trabajando en la prestación de servicios de salud, para una población mayor a los 90,000 millones de habitantes (Rodríguez y Rojas, 1998).

### **3.3.1 EL QUEHACER DEL PSICOLOGO DE LA SALUD EN MEXICO.**

#### Panorama General del Quehacer del Psicólogo de la Salud.

En los últimos años ha habido una verdadera explosión de la psicología de la Salud (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995) y las tareas a las que se han dedicado los psicólogos se agrupan en tres:

- 1) Investigación.
- 2) Aplicaciones.
- 3) Formación.

La faceta de investigación es la actividad preponderante entre los psicólogos de la psicología de la salud. La investigación en la psicología de la salud está orientada a cuestiones que se refieren al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Mas tarde, los conocimientos aportados por la investigación serán el sustento de las aplicaciones en la clínica y en otros marcos de aplicación.

Uno de los temas al que ha prestado más atención, es él referente a las prácticas sexuales y sus implicaciones para las enfermedades transmitidas sexualmente; asimismo otros temas de interés son: la obesidad, la prevención de fumar, prácticas saludables, dietéticas, etcétera. (Simon, 1993).

En el caso del tratamiento, los psicólogos han desarrollado estrategias de afrontamiento para el dolor y también el desarrollo de técnicas para tratar distintas enfermedades: el asma, trastornos gastrointestinales, hipertensión, etcétera, de esta manera los especialistas Prokop y Bradley (1981) se han encargado de realizar las evaluaciones necesarias para comprobar la efectividad de las diferentes estrategias para el tratamiento.

Una línea de investigación muy importante dentro de la psicología de la salud, es la dedicada a estudiar el desarrollo de la enfermedad: uno de los temas es cómo los sujetos afrontan el estrés (Labrador, 1992), también cómo las relaciones interpersonales afectan nuestra salud.

Cabe decir que lo descubierto en las investigaciones, posteriormente se aplican a la prevención y tratamiento de la enfermedad; de esta manera se han hecho programas para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, prevención del tabaquismo, manejo de estrés, etcétera.

Otra de las actividades que realiza el psicólogo de la salud, es ofrecer evaluación psicológica a los pacientes médicos y asesorar en cuestiones psicológicas a los distintos profesionales del cuidado de la salud. Además, los psicólogos utilizan diferentes técnicas como: métodos psicoterapéuticos, modificación de conducta, biofeedback, entre otros, para abordar los diferentes trastornos de la salud.

Los psicólogos participan en la educación y el entrenamiento. En la educación, muchos profesores se dedican al área académica y se han interesado en transmitir sus conocimientos, acerca de la importancia que tienen los factores psicológicos en la salud. (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995).

#### Ambito Laboral del Psicólogo de la Salud en México.

Desgraciadamente según comenta Ramírez (1996), el espacio laboral para el psicólogo de la salud en México no existe de manera formal, no sólo se puede mostrar por la carencia de publicaciones en el ámbito o por no encontrarse en los programas de estudio y en la licenciatura, sino por las estadísticas generales de la misma y del sector salud.

En un estudio realizado por (Martínez y Urbina, 1989), sobre el perfil profesional y el mercado de trabajo, el orden de las áreas más solicitadas para obtener empleo son:

- 1) Trabajo.
- 2) Clínica.
- 3) Educativa.
- 4) Social.
- 5) Experimental.

Las áreas más solicitadas por los alumnos son:

- 1) Clínica.
- 2) Industrial.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**



- 3) Educativa.
- 4) Social.
- 5) Experimental.

En general se puede decir que el sector que mayor número de psicólogos tiene es el educativo, después el sector salud (psicólogos clínicos y problemas de conducta anormal), producción y consumo, organización social y vivienda.

La mayoría de los psicólogos donde consiguen trabajo son (Covarrubias y Tavera, 1989):

- 1) Empresas Públicas.
- 2) Empresas privadas.
- 3) Empresas descentralizadas
- 4) UNAM.
- 5) Práctica privada.

Según en el trabajo realizado por Valderrama, Lavalle & Hernández(1989, citados en Ramírez, 1996), el perfil requerido para el empleador son:

- a) No existe preferencia por el sexo.
- b) El 50% de las ofertas son para el sector industrial.
- c) No se requiere del título para la contratación.
- d) Es poca la experiencia que se pide.
- e) Las habilidades solicitadas son: aplicación de pruebas psicológicas y entrevistas, cursos de capacitación, manejo de grupos, orientación vocacional y programas de educación especial.
- f) El sector privado es el emisor de las solicitudes de trabajo, seguido por el sector público para estatal.

Como se muestra en los resultados, el psicólogo se ha dedicado a: aplicar pruebas, realizar pocas intervenciones (excepto en la práctica privada), es más utilizado en el sector industrial y en el caso de ser empleado en el sector salud, sólo aplica cuestionarios, pruebas y realiza evaluaciones.

Todavía está muy lejos que cubra aspectos como: salud comunitaria (relacionada a la psicología de la salud), ecología, comunicación y política (Ramírez, 1996).

Partiendo de los datos anteriores, estas investigaciones han sido necesarias para detectar qué funciones ha realizado el psicólogo en el ámbito de la salud en México.

Martínez-Narváez (1992) comenta que el Programa Nacional de Salud para el período 1990-1994, tenía como propósito alcanzar la protección a la salud para todos los habitantes del país, otorgando servicios oportunos, equitativos y humanitarios, incluyendo no sólo una atención médica para el control de las enfermedades, sino también el cuidado de la salud ambiental y salud psicológica, la regulación de recursos humanos y la investigación, en la que se enfatiza las acciones promocionales y preventivas, utilizando a los profesionales adecuados.

En este sentido, Durán (1992), comenta que el impacto de la política internacional anterior, no es posible, ya que las deficiencias básicas en los servicios no lo permiten, ya que la atención sigue siendo médico-curativa como fin primario, mostrando poco interés en programas y diseños de tipo social, preventivo y de calidad; todo esto por las razones de no existir una capacidad económica, ni de recursos humanos para operar este sistema, por lo que es importante remarcar la necesidad de incluir programas sociales de atención a la salud.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.

Ballester R.(1997) Introducción a la Psicología de la salud: Aspectos conceptuales. Valencia: Promolibro.

Becoña, E., Vázquez, L. Y Oblitas, L. (1995). "Estado Actual y Perspectivas de la Psicología de la Salud". Psicología Contemporánea. Vol. 2 Núm. 1 España.

Covarrubias, P. y Tavera, M. (1989). "Investigación sobre el perfil profesional del Psicólogo". Memorias: Foro de Evaluación Curricular de la carrera de Psicología. UNAM: ENEP-Iztacala.

Durán, L.(1992) "Eficiencia en la prestación de servicios de salud". Salud Pública de México. No. 34, México.

Grau, J. (1998) "La Psicología de la Salud y las enfermedades crónicas: Un paradigma del trabajo futuro". En: Rodríguez, G. Y Rojas, M. (coords.), La Psicología de la Salud México: Porrúa-UNAM.

Labrador, F. (1992). El estrés. Madrid: Temas de hoy.

Martínez-Narváez (1992). "Cobertura de los servicios de salud". Salud Pública en México. No. 34, México.

Martínez, J. y Urbina, J. (1989). "Análisis de los estudios sobre el perfil profesional y el mercado de trabajo de los psicólogos. En: Urbina (comp.): El psicólogo: formación, ejercicio profesional, prospectiva. México: UNAM.

Prokop, C. y Bradley, L. (1981). "Contributions to behavioral medicine". Medical Psychology. New York: Academic Press.

Ramírez, E. (1996). Psicología Pediátrica. Tesis de Maestría inédita. México: UNAM, Iztacala.

Ribes, E. (1991). Psicología y Salud: Un análisis Conceptual. México, Trillas.

Rodríguez, G. & Palacios, J. (1989). "Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México". En: Urbina (comp.) El psicólogo: formación, ejercicio profesional, prospectiva. México: UNAM.

Rodríguez, G. Y Rojas, M.(1998). "La Psicología de la Salud en América Latina. En: La Psicología de la Salud en América Latina. (Coo). México: Porrúa-UNAM.

Roemer, M (1980). Perspectiva Mundial de los sistemas de Salud. México: Siglo veintiuno.

Simón, M.(coord.) (1993). "Psicología de la salud". Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. Madrid: Pirámide.

Torres, I. y Beltrán, F.(1986). La Psicología de la Salud: Campos y Aplicaciones. Centro de Estudios Psicológicos, Universidad Veracruzana, Xalapa.

## **REVISTAS ELECTRONICAS.**

Pérez, R. (2000). "La Psicología de la Salud en Cuba". Psycologia.com. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba.  
[http://www.psycologia.com/articulos/ar\\_perez\\_reinaldo01.htm](http://www.psycologia.com/articulos/ar_perez_reinaldo01.htm)

En los últimos años se ha observado un interés creciente por vincular la psicología con el ámbito de la salud, prueba de ello es el gran número de estudios y publicaciones que desde diferentes campos psicológicos, tratan los problemas relacionados con la salud de los individuos.

Los factores psicosociales y de comportamiento han ido ganando terreno, en este sentido, Latorre y Beneit (1992). los dividen en tres niveles:

- 1) En la etiología y patogénesis de distintas enfermedades físicas.
- 2) En el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y sus consecuencias sintomáticas.
- 3) En la prevención de las enfermedades así como en la promoción de las conductas saludables.

Lo más importante de todo esto es: no lo que la persona tiene (en su organismo, como agente causante de la enfermedad) sino lo que hace o se comporta, debido a la enfermedad.

De esta manera, se ha visto la creciente importancia de las aplicaciones psicológicas y la concepción del modelo integral "biopsicosocial" relacionado a su salud y enfermedad, lo cual constituye la base para la creación de "La Psicología de la Salud"(Latorre y Beneit, 1992).

Hoy en día los psicólogos de la Salud consideran que una línea de investigación importante es el tema relacionado al estrés, por lo que ha ido creciendo cada vez más, ya que se le atribuye la importancia al hecho de que nuestra sociedad cambie rápidamente (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995).

#### **4.1. DEFINICIONES Y MODELOS TEORICOS.**

El interés por el estrés, tal vez se atribuye al hecho de que nuestra sociedad este evolucionando constantemente, a las múltiples ocupaciones y preocupaciones existentes. (Castro y Nájera, 1995). Por lo que se considera que las experiencias aversivas, dañan a la salud (Bishop, 1985; cit. en: Jiménez, 1993).

##### Definiciones.

Cuando se dice que una persona esta estresada o que tiene estrés, se hace referencia generalmente a un estado de ánimo interno, que se produce como consecuencia del enfrentamiento de esa persona con una serie de demandas ambientales que superan su capacidad de hacerle frente (Latorre y Beneit, 1992).

El estrés como causante del desarrollo de la enfermedad, constituye una de las experiencias vitales más comunes y conocidas, sin embargo es un término difícil de definir, aunque ha sido conceptualizado de 3 maneras:

- 1) Como un conjunto de estímulos.
- 2) Como una respuesta.
- 3) Como un proceso que incorpora tanto los estresores como las respuestas a los mismos (tensiones), añadiendo la dimensión psicológica: la transacción entre la persona y el ambiente. (Lazarus y Folkman, 1986; citados en: Jiménez, 1993).

La Fuente (1994) argumenta que uno de los conceptos originarios en la biología que han ejercido una influencia mayor en la psicología es el propuesto por Hans Selye, el cual considera que el término estrés, hace referencia a la interacción entre fuerzas externas y otras propias del organismo que ha sido modificada por experiencias pasadas. La magnitud de la fuerza externa y la capacidad del organismo para tolerar los cambios que se suscitan en él determinan eventualmente el restablecimiento del equilibrio o bien su ruptura.

El concepto del estrés tiene sus antecedentes en Claude Bernard, quien consideró a la enfermedad como el resultado de los intentos del organismo, aunque insuficientes, para restablecer un equilibrio mediante respuestas adaptativas a los agentes ofensores.

Más tarde Cannon, amplió las ideas de su precursor, introduciendo el concepto de homeostasis. La homeostasis puede ser definida como la tendencia de los organismos a restablecer un equilibrio una vez que éste ha sido alterado por factores que suscitan cambios en su medio interno (Fuente, 1994).

Uno de los planteamientos más divulgados sobre el estrés, es bajo la orientación cognitiva, ya que consiste en aquellas respuestas del organismo ante cualquier evento en el cual las demandas ambientales, internas o ambas agotan o exceden los recursos de adaptación del sistema social u orgánico del individuo, al tiempo que se le concede gran importancia a la evaluación que el sujeto hace del estímulo, lo que tendrá una influencia en la intensidad de la respuesta (Morales, 1999).

Una definición que considera la parte psicológica es la siguiente:

“El estrés psicológico es el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986; cit. en: Jiménez, 1993).

El investigador Álvarez González (1987; citado en Morales, 1999), señala que los aspectos de una definición de estrés deben ser los siguientes:

- a) Es una respuesta de un organismo ante estimulaciones que tienden a romper la homeostasis, que pueden ser de origen psicosocial, físico o biológico.

- b) Esta respuesta es de tipo sistémico e integra los niveles psicológicos, neurológico y endocrino.
- c) Es una respuesta parcialmente inespecífica, lo que quiere decir que en algunos niveles la respuesta puede ser estereotipada o independiente de la naturaleza del estímulo.
- d) Tanto la significación atribuida como la respuesta psicológica tienen estrechamente vinculados sus componentes afectivos y cognoscitivos.
- e) La respuesta de estrés es activa e influye tanto sobre el estímulo psicosocial como sobre la significación atribuida.
- f) La vida social es el primer eslabón en la cadena de respuestas psiconeuroendocrinas.

### Modelos Teóricos.

A continuación se explican los modelos teóricos:

**Modelo Biológico:** Destaca la teoría de Cannon, quien inicia la investigación sobre el estrés a principios del siglo XX con los trabajos del fisiólogo Walter Cannon, el cual le interesaba el mantenimiento de la homeostasis corporal, por lo que se observó lo que él denominó la respuesta de "ataque-huída".

Otra teoría es la de SELYE: El SGA, en donde se él popularizó la idea de la respuesta del estrés, formulando el conocido Síndrome General de Adaptación (SGA) ésta es la forma en que un organismo se moviliza así mismo cuando se enfrenta a un peligro (estresor), sea cual sea la causa de la amenaza, el sujeto responde con el mismo patrón de reacciones. Este proceso ocurre en tres fases:

- 1) Alarma.
- 2) Resistencia.
- 3) Agotamiento.



Modelo psicológico: Hace referencia a dos enfoques:

- 1) El estrés como estímulo.
- 2) El estrés como proceso.

El primero se conoce como el enfoque psicosocial y considera al estrés como Variable Independiente definida como carga o demanda que se produce sobre el organismo produciendo un malestar.

En el segundo, el estrés puede ser comprendido en términos de las interpretaciones cognitivas que la persona hace sobre la capacidad estresores de los eventos.

El cómo percibimos los acontecimientos es más importante que los mismos eventos en sí. Así, el estrés no es un estímulo, ni una respuesta sino es una interacción:

“Una relación entre las demandas y la capacidad de manejarlas sin costos irrazonables o destructivos” (Coyne y Halroyd, 1982; citados en: Jiménez, 1993).

Es importante considerar cuales son los determinantes del impacto del estrés, que podrían ser las características de las demandas de la situación estresante y la evaluación cognitiva de tales demandas.

1. En las demandas de la situación se refiere a agentes causales primariamente del estrés. Incluye factores psicosociales y agentes ambientales naturales. Una de las principales fuentes son:
  - Fuentes personales.
  - Fuentes familiares.
  - Fuentes sociales.

2. En la evaluación cognitiva del estrés y sus determinantes: Existen dos tipos de factores que influyen:

- Personales
- Situacionales.

Este modelo, (Barrón, 1997), se enmarca dentro de las Psicología Comunitaria y sus intervenciones tienen como objetivo promover los resultados positivos y prevenir los negativos en aquellos sujetos expuestos a acontecimientos estresantes.

El impacto del estrés sobre la salud es el resultado de la interacción de todos los componentes, muchos de los trastornos que pueden ser provocados por el estrés caen bajo la conocida denominación psicósomática, por lo que es necesaria que exista gran atención por parte de la psicología de la salud (Jiménez, 1993).

Modelos de activación: Se centran en los niveles de estimulación. La relación entre activación y conducta responde a una curva U invertida, dependiendo igualmente de la complejidad de la tarea la determinación del grado ideal de activación. De la misma forma una estimulación ambiental pobre o excesiva ocasiona estrés (Barriga, 1992).

Modelos de sobrecarga ambiental: Resaltan la limitada capacidad de procesamiento informativo del sujeto. Ante un exceso de elementos informativos se ignoran aspectos periféricos, se disminuye la capacidad de concentración y se deteriora la relación social dificultando una adecuada adaptación a las exigencias del medio. El estrés incontrolable precisa de más energía de procesamiento. Las situaciones estresantes llevan a la fatiga cognitiva del sujeto.

Modelos de Adaptación: (Barriga, 1992) Insisten en cómo con la evolución el hombre ha ido acomodando la naturaleza a sus necesidades y ha perdido capacidad y flexibilidad para adaptarse a condiciones novedosas.

La adaptabilidad de un sujeto con lleva a un costo psicológico y fisiológico. Se adoptan conductas estereotipadas que facilitan la generalización de un determinado comportamiento. Pero aún así la adaptación implica fatiga cognitiva, que puede desembocar en consecuencias patológicas directas (como úlceras, enfermedades cardiovasculares) o indirectas (baja en las defensas inmunológicas).

Modelos de descontrol de la situación: (Barriga, 1992) Descontrolamos la situación cuando percibimos contingencias entre la conducta y su resultado. Necesitamos controlar el medio para ser eficaces. El control puede ser directo sobre el medio (cambiándolo) o indirecto a nivel cognitivo (sobre la evaluación del estrés), decisional (eligiendo entre varias opciones). El control aparece como mediador situacional ante el estrés.

Modelos sistémicos: Resaltan el equilibrio dinámico entre las capacidades del sujeto y las exigencias del medio. El estrés supone la exigencia de un desequilibrio, de una incongruencia en el sistema constituido por el sujeto y su medio y en él intervienen tanto procesos de funcionamiento automático como procesos cognitivos (Barriga, 1992).

#### **4.2. FACTORES BIOPSIICOSOCIALES.**

Para explicar los tipos de estresores existentes, es necesario partir de la conceptualización de (Stotland, 1987; cit. en: Latorre y Beneit, 1992).

## TIPOS.

1. Una aproximación se centra en el estudio del estrés por el ambiente, describiéndolo como un conjunto de estímulos. De esta manera, le considera todas las causas del estrés a las condiciones ambientales.
  - a) Estresantes agudos, limitados en el tiempo:
    - \* El saltar en paracaídas.
    - \* El esperar una intervención quirúrgica.
    - \* Encontrarse con una serpiente de cascabel.
  - b) Secuencias estresantes: Serie de acontecimientos que ocurren durante un período prolongado como resultado de un acontecimiento inicial desencadenante.
    - \* Pérdida del puesto de trabajo.
    - \* Divorcio.
    - \* Fallecimiento de un familiar.
  - c) Estresantes crónicos intermitentes: Estos pueden ocurrir una vez al día, una vez a la semana o al mes.
    - \* Visitas conflictivas a parientes políticos
    - \* Problemas Sexuales
  - d) Estresantes crónicos:
    - \* Incapacidades permanentes.
    - \* Riñas entre los padres.
    - \* Estrés de origen laboral crónico.
  
2. La segunda aproximación entiende al estrés como una respuesta, centrándose en las reacciones de las personas a los estresores. Desde este punto de vista es estrés se entiende como el estado de tensión producido por una circunstancia u otra a la que se enfrenta una persona. Esta respuesta conlleva a dos componentes interrelacionados:

a) El componente psicológico:

- \* Conductas
- \* Patrones de pensamiento y emociones (con un estado de inquietud).

b) El componente fisiológico:

- \* Elevación del "arousal" (activación) corporal (como el aumento de la frecuencia cardíaca).
- \* Aumento de la presión arterial.

Esta respuesta de dos componentes psicológico y fisiológico, es denominada tensión.

3. La tercera aproximación describe al estrés como un proceso que incluye:

- a) Estresores.
- b) Tensiones.
- c) La interacción entre la persona y el medio.

Según Latorre y Beneit, (1992), los diez acontecimientos más estresantes se relacionan con la vida sentimental (muerte del cónyuge, divorcio, separación, matrimonio, reconciliación conyugal), a continuación se enumeran los 10 con más alto índice de estrés, de acuerdo a una escala de ajuste social que crearon Holmes y Rahe en el año de 1967.

- 1) Muerte del cónyuge.
- 2) Divorcio.
- 3) Separación conyugal.
- 4) Encarcelamiento o confinamiento.
- 5) Muerte de un familiar cercano.
- 6) Enfermedad o lesión grave.

- 7) Matrimonio.
- 8) Despido.
- 9) Reconciliación Conyugal.
- 10) Jubilación.

#### **4.3. RELACION SALUD-ENFERMEDAD-ESTRES DESDE PSICOLOGIA DE LA SALUD.**

Una importante función de la psicología de la salud es el estudio de los procesos psicobiológicos que pueden afectar la salud. A diferencia del modelo médico tradicional que establece una relación entre disturbios corporales o patógenos y la enfermedad, los psicólogos de la salud asumen que la conducta puede contribuir en el proceso de enfermedad; entonces puede ser usada para prevenir dicho proceso, por lo que uno de los aspectos de mayor relevancia es lo relacionado con el estrés, puesto que permite vincular a la conducta y a la salud, es un proceso que ayuda a "traducir" eventos psicológicos y ambientales en cambios corporales" (Leventhal y Nerenz, 1987; citados en: Landa y Valadez, 1998).

Se considera al estrés como un proceso que ocurre cuando hay un desequilibrio entre las demandas ambientales y la capacidad de respuesta del organismo. En este sentido, para que el estrés ocurra, el individuo debe evaluar el desequilibrio, así, el estrés se presenta cuando uno decide que el acontecimiento ambiental está agotando o excediendo las capacidades de afrontamiento personal (Landa y Valadez, 1998). Es un aspecto complejo que refleja una relación recurrente y dinámica entre:

- a) Las demandas ambientales
- b) Recursos Sociales e individuales para enfrentar dichas demandas.
- c) La valoración del individuo de esta relación

## MODELO PSICOLOGICO DEL ESTRES

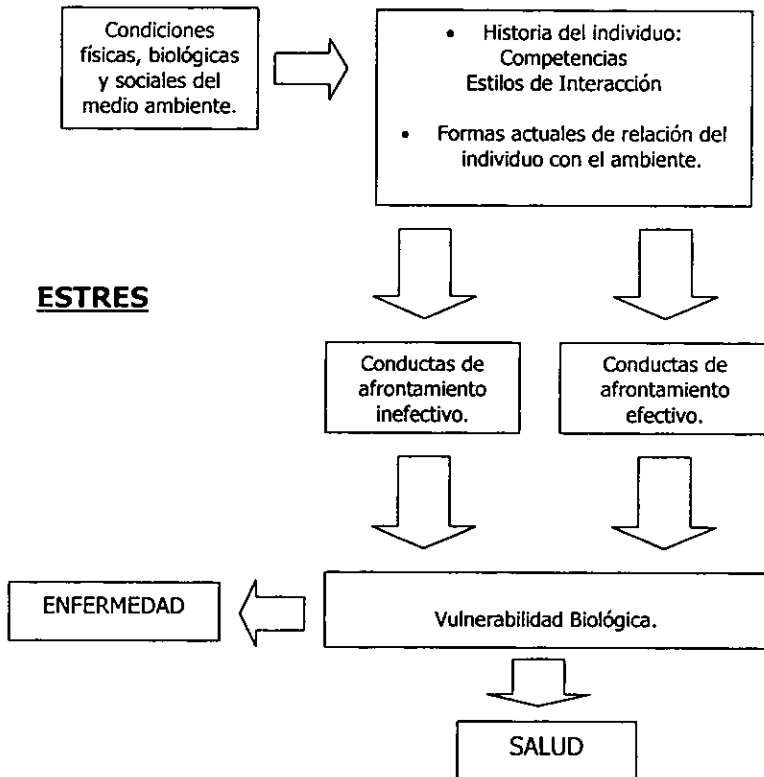


Figura 2. Representa los modelos que a continuación se explican. (Landa y Valadez, 1998).

### Enfermedad y Estrés.

La relación entre el estrés y la enfermedad ha sido muy compleja, ya que intervienen en ella una gran cantidad de factores, de esta manera, se han desarrollado una serie de modelos que pretenden explicar y detallar dicha relación. Estos modelos se caracterizan por establecer una línea de impacto entre el estrés y la enfermedad. (Taylor, 1986; citado en: Landa y Valadez, 1998), (Ver figura, 2).

Modelo de Línea o ruta directa: El estrés puede producir cambios fisiológicos y psicológicos que conducen al desarrollo de enfermedad; se establecen precursores de la enfermedad, tales como fatiga y dolor, los cuales si no son atendidos llevan al establecimiento de la enfermedad como tal.

Modelo de línea o ruta interactiva: Enfatiza la importancia de una preexistente vulnerabilidad psicológica o física en la relación estrés-enfermedad. El estrés lleva a la enfermedad sólo a la gente que tiene vulnerabilidad inicial; sólo el estrés o sólo la vulnerabilidad no son suficientes para producir la enfermedad.

Ruta de conducta saludable: El estrés puede afectar indirectamente la enfermedad al alterar los patrones de conducta de una persona; los hábitos saludables alteran los efectos biológicos del estrés.

Ruta de la conducta enferma: El estrés puede afectar directamente la conducta enferma sin causar enfermedad.

Algunas personas utilizarán los servicios de salud cuando se encuentran estresadas (médico, psicólogo, etcétera), más que aquellas que no están bajo presión. Esto se explica por el hecho de que algunos síntomas de estrés (ansiedad, depresión, fatiga, insomnio, temblor, confusión, sudoración, etcétera) puede confundirse con signos de una enfermedad más grave y entonces llevar a la búsqueda de ayuda médica.



En otros casos, los sujetos pueden comportarse como si estuvieran enfermas, quedándose en la cama, permaneciendo en casa, evitando los eventos estresantes que encuentran en su vida cotidiana. Estas conductas de "enfermedad" pueden traer como consecuencia lo que se conoce como ganancias secundarias en la forma de atención, simpatía o librarse de realizar actividades desagradables, implicando una forma de afrontamiento al estrés.

Lo que debe destacarse, es que en todo el proceso de estrés y su relación con la salud, el factor determinante es justamente el comportamiento del individuo.

El contar con un modelo como el anterior (cuadro 1) permite deslindar los aspectos físicos de los biológicos y sociales, además de considerar la importancia de la dimensión psicológica de la salud en general y del estrés en particular: el comportamiento individual.

#### **4.4 LINEAS DE INVESTIGACION.**

A partir de los trabajos realizados por Selye en 1940, se estableció el concepto de estrés a la esfera medicobiológica y se empezó a incrementar el interés y la investigación en el campo (Villalobos, 1994).

De las distintas líneas de investigación, que sobresalen son:

- 1) Los trabajos de Selye, con la perspectiva biológica, esta perspectiva representa la formulación clásica del estrés, que lo considera un estado fisiológico manifestado por el llamado "síndrome general de adaptación" (SGA), que se refiere a la manifestación del estrés a través del síndrome, que se da por la emisión de respuestas no específicas del individuo, con el fin de adaptarse a las demandas internas y externas. Así mismo da importancia a la intensidad de las demandas sin que interese que los estresores sean placenteros o displacenteros (Villalobos, 1994).

1. La psicossomática clásica, postula que una enfermedad puede ser causada por un conflicto intrapsíquico específico.  
De esta aproximación se han derivado dos líneas:
  - a) La que establece que la personalidad o los perfiles específicos de personalidad pueden ser un factor etiológico.
  - b) Algunos estados psicológicos, como la falta de motivación, sentimientos de desamparo, etcétera, constituyen elementos importantes de la enfermedad.
2. Eventos de la vida, esta perspectiva establece la importancia de las crisis de la vida y sus efectos adversos potenciales para la salud
3. Transaccional- La cuestión central, es que toma en cuenta dos procesos de evaluación:
  - a) El proceso de evaluación - Cuál es el peligro y qué se puede sobre él.
  - b) El proceso de afrontamiento- se refiere al manejo de las demandas tanto internas como externas que abruman o ceden los recursos de la persona.
4. Los estilos de vida y conducta. Su concepto central es "Patogenia conductual", que hace referencia a los hábitos personales y a los estilos de vida conductuales como factores etiológicos importantes en muchas de las enfermedades.
5. Las diferencias de grupo en la vulnerabilidad al estrés, ejemplos de esas diferencias más frecuentes estudiadas son: el sexo, clase social, estatus marital y la raza.
6. Macrofactores socioculturales y su efecto sobre la vulnerabilidad a la enfermedad y al estrés. Esta aproximación sugiere que la cultura no sólo influye en las creencias, actitudes y conducta social, sino también, en consecuencia, en los patrones de enfermedad de las personas.
7. El trabajo, los aspectos organizacionales y su relación con el estrés. Se ha investigado los efectos sobre el funcionamiento somático y psicológico de variables como el desempleo y las condiciones físicas sociales del trabajo.
8. Trabajos de intervención y prevención, se ubican en tres niveles:

- a) Individuales- se ha investigado el efecto de procedimientos terapéuticos tales como la farmacoterapia, la psicoterapia, las técnicas conductuales, la terapia física, los ejercicios, etcétera.
  - b) Medio ambiente- Se ha instrumentado técnicas como terapia familiar, improvisación de condiciones en el hogar y en el trabajo, etcétera.
  - c) Macrosocial- Donde existen pocas posibilidades de acción efectiva, pero en el que se pueden incluir la provisión de buenos servicios de salud, la estimulación y promoción de conductas benéficas para la salud, etcétera (Villalobos, 1994).
9. La línea interdisciplinaria conocida como psiconeuroinmunología (Borrás, 1994) se ocupa de estudiar las relaciones entre conducta, cerebro y sistema inmune. La psiconeuroinmunología está contribuyendo a esclarecer los mecanismos y el estrés particularmente en la vulnerabilidad a la enfermedad.

En la actualidad, aparece una tendencia hacia la colaboración entre las diferentes aproximaciones y una creciente integración de las investigaciones de laboratorio y de campo (Villalobos, 1994).

#### **4.5 EL AFRONTAMIENTO Y TECNICAS PARA REDUCIR Y CONTROLAR EL ESTRES.**

Uno de los recursos con los que cuenta el organismo para la recuperación del equilibrio biopsicosocial es por medio del afrontamiento.

Así, que la mayoría de las investigaciones realizadas sobre afrontamiento, fueron hasta comienzos de los setenta, mostraron interés por los rasgos o estilos globales de afrontamiento que determinarían la actuación de un sujeto ante las distintas situaciones estresantes. Este tipo de técnicas fueron utilizadas por los investigadores de la personalidad que evaluaron el afrontamiento desde

dimensiones bipolares, y utilizaron instrumentos de medida que simplemente permitirían dividir a los sujetos en dos grupos opuestos: aproximadores o evitadores.

A comienzos de los setenta, Lazarus y sus colaboradores, comenzaron a diseñar una teoría diferente del afrontamiento introduciendo los aspectos cognitivos y una definición de estrés como resultado de una valoración del sujeto respecto de la presencia o ausencia de equilibrio entre sus recursos y las demandas del acontecimiento. Su teoría ha recibido el nombre de "Modelo transaccional del estrés y afrontamiento"(Rodríguez, Terol, et al., 1994).

El afrontamiento ha sido definido como:

"Los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales que realiza el individuo para hacer frente al estrés (Sandin, 1985; citado en Jiménez, 1993).

Se puede considerar que el recurso de afrontamiento juega un papel importante como mediador en el estrés, ya que se sabe que el estrés afecta a nuestro bienestar físico y psicológico.

Por tal razón, los psicólogos de la Salud tienen un interés creciente por desarrollar técnicas que nos permitan reducir y/o controlar el impacto del estrés, entre ellas destacan: la relajación, respiración, visualización o relajación en imaginación, técnicas de meditación transcendental, yoga, musicoterapia y técnicas cognitivo-conductuales (Jiménez, 1993).

## Recursos de Afrontamiento.

Los recursos de afrontamiento son los elementos y/o capacidades, internos o externos con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas del acontecimiento o situación potencialmente estresante (Rodríguez, 1995).

Existe una clasificación, que a continuación se explica:

1. Físicos/Biológicos: Se incluyen todos los elementos del entorno físico de la persona (incluyendo su propio organismo) que están disponibles para ella.
  - \* Un ejemplo de factores relacionados con la salud biológica es la desnutrición, en este sentido están relacionadas con la respuesta fisiológica de los estresores.
  - \* Un ejemplo de recursos físicos: salud biológica, la energía y la resistencia de la persona, pero también el clima o la estructura física de su casa o del ambiente en el que se ubica.
2. Psicológicos/psicosociales:
  - \* Recursos psicosociales: Van desde la capacidad intelectual de la persona hasta su sentido de la autoestima, nivel de independencia o autonomía y sentido de control.
  - \* Recursos psicológicos: Incluyen las creencias que pueden ser utilizadas para sostener la esperanza, destrezas para la solución de problemas, la autoestima y la moral.
3. Culturales: Tiene que ver con las creencias de la persona y con los procesos de atribución causal. Tales creencias, normas, valores, símbolos, vienen dadas por la cultura propia del individuo.

La salud y la enfermedad, por ejemplo no sólo son condiciones o estados del individuo humano considerado tanto en cuanto a su personalidad como a sus

niveles orgánicos; son también estados valorados y reconocidos institucionalmente en la cultura y en la estructura social de pertenencia.

4. Sociales: Incluye la red social del individuo y sus sistemas de apoyo social, de los que puede obtener información, asistencia tangible y apoyo emocional.

Este tipo de variables relacionadas con el sistema de apoyo social parecen ser cruciales para la capacidad de afrontamiento del estrés.

El apoyo social parece uno de los recursos de afrontamiento más importantes con respecto a la enfermedad en general, y a la enfermedad crónica en particular.

Al respecto, Villalobos (1994) propone cuatro tipos de soporte apoyo social:

Emocional- Incluye el proveer empatía, cariño, amor, estimación, afecto y relación. Este soporte es considerado como uno de los más importantes.

Informativo. Proveer a la persona de información, que pueda usar en el afrontamiento de problemas con personas o con el ambiente, generalmente incluye sugerencias, directrices, información y avisos.

Conducta Instrumental. Ayuda directamente a la persona en la satisfacción de su necesidad o en el afrontamiento de un problema, se considera como soporte instrumental y en él se incluyen las ayudas monetarias, laborales, temporales y las modificaciones directas del medio ambiente.

Evaluación. Se incluye la transmisión de información, como la afirmación de posiciones, retroalimentaciones y comparación social.

### Técnicas para reducir y controlar el estrés.

Entrenamiento en relajación: La estrategia de intervención más empleada es el entrenamiento en relajación, sobre todo en la preparación a los procedimientos médico-quirúrgicos que son estresantes. Este entrenamiento ha sido considerado como "la aspirina de la medicina conductual"; ya que es la técnica más utilizada por psicólogos (Ramírez,1996).

Las estrategias de relajación fueron originalmente propuestas como intervenciones en la fisiología del paciente; pero se ha demostrado que también interviene en los dominios afectivos y cognitivos, ya que facilita un sentido de autocontrol y competencia.

Relajación Autógena: Este entrenamiento puede producir un estado de relajación profundo con el uso de autoafirmaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo y sugiriendo declaraciones de calidez y calma.

Relajación muscular progresiva: (Ramírez,1996).Se le enseña a los pacientes a tensar los músculos intencionalmente y luego relajarlos, es un aprendizaje de discriminación, ya que se le indica al paciente que enfoque su atención en los distintos músculos.

Imaginación: Hace uso del mundo interno y privado del paciente, a través de la creación de imágenes. Esta técnica puede dirigirse a una relajación general, a una reducción de la ansiedad, del síntoma y al cambio conductual.

Imaginación guiada: (Ramírez, 1996) Se les pide a los pacientes que visualicen en detalle una escena que consideren que los pueda relajar. En estos ejercicios la mente del paciente juega un papel activo a través de la recreación de ciertas señales, sonidos, olores y tacto. A esta técnica también se le llama visualización creativa o relajación imaginaria (Gawain, 1996).

Se usa en el manejo del dolor como un medio para distraer al sujeto de esa sensación o alejarlo del estrés que le pueda producir la enfermedad o el tratamiento médico.

Yoga: Alternativa terapéutica, que a través de las diferentes posturas se proporciona un masaje interno a todos los órganos del cuerpo, además proporciona un descanso físico mental y emocional equilibrando el funcionamiento del sistema endocrino (Michan, 1990).

Técnicas de Meditación: (Navarro, 1999). Todas las formas de meditación tienen un elemento en común: ayudan a focalizar la atención en el momento presente. La persona aprende a contemplar la realidad externa con serenidad. Para meditar, debe sentarse solo o acompañado en un grupo pequeño, además de buscar algún lugar alejado de ruido. Los ejercicios pueden ser con la vista, auditiva, (Gawain, 2000) o de movimiento.

Respiración Profunda: La respiración puede considerarse como la más importante función del cuerpo, La inhalación y exhalación debe realizarse únicamente por la nariz, en un tiempo aproximado de 10 minutos cada hora durante todo el día.

Este sistema se hace necesario en nuestra sociedad debido a que las tensiones emocionales a que estamos sometidos han creado un hábito muy perjudicial, el de contener la respiración, haciendo que el nivel de energía orgánica descienda notablemente y al mismo tiempo aumente la tensión emocional creando estados de angustia y ansiedad (Michan, 1990).

Técnicas cognitivo-conductuales: Entre las más utilizadas se mencionan las siguientes (Ramírez, 1996):



Desensibilización sistemática: Se usa para reducir los miedos, que van acompañados con la ansiedad en ciertos procedimientos médicos, dentales, etcétera, se puede realizar imaginariamente o en vivo.

Esta consiste en presentar por orden jerárquico de circunstancias asociadas progresivamente a la ansiedad y se practican escenas con dificultad creciente, permitiendo que el enfermo se vaya adaptando a las circunstancias que le producen conflicto.

Modelamiento: Se basa en la teoría del aprendizaje observacional. El modelamiento facilita el aprendizaje de conductas adaptativas y puede utilizarse la observación directa o la imaginación.

Es un método importante para enseñar las habilidades necesarias para el conocimiento de la enfermedad.

Entrenamiento de habilidades y ensayo conductual: Se incorpora el modelamiento, el juego de roles y el ensayo conductual. Aquí se aprenden habilidades específicas que facilitan el ajuste físico y psicológico.

Manejo de contingencias: Su objetivo es el de incrementar las conductas adaptativas y decrementar las que interfieren con la recuperación. Los procedimientos más empleados son: costo de respuestas, reforzador negativo y positivo, castigo, extinción y por aproximaciones sucesivas.

Estrategias cognitivas: Existe gran diversidad de estrategias para producir un cambio conductual: el uso de la distracción, el sosegamiento y la reestructuración cognitiva, así como la atención-diversión.

El propósito es alejar la atención del sujeto de los eventos desagradables y puede emplearse la imaginación placentera, tareas de dificultad mental, conteo en voz alta y la atención a estímulos neutrales (Ramírez, 1996).

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.

Barriga, S. (1992). "El estrés en la vida actual: Anoraciones para la intervención psicosocial". Psicología de la Salud. Universidad de Sevilla, Vol. 4, no. 2.

Barrón, A. (1997). "Estrés Psicosocial y Salud". En: Hombrados (Coord.) Estrés y Salud. Valencia, Promolibro.

Becoña, E., Vázquez, L. y Oblitas, L. (1995) "Estado Actual y Perspectivas e la Psicología de la Salud" Psicología Contemporánea Vol.2 No. 1. España.

Borrás, F.(1994). "Factores psicológicos, sistema inmune y estrés". Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Nueva Epoca.No. 4, Julio-Diciembre.

Castro, A. y Nájera, O. (1995). "Manejo de estrés en Pacientes VIH Positivos a través de las técnicas de la medicina conductual". Tesis de Licenciatura. México: UNAM. Iztacala.

Fuente, R. (1994). Psicología Médica. México: Fondo de Cultura Económica.

Gawain, S.(1996). Visualización Creativa. México: Selector.

Gawain, S. (2000). Meditaciones. México: ALAMAH.

Jiménez, J. (1993). Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud II. Universidad de Córdoba: Escuela Universitaria de Enfermería.

Landa, P. y Valadez, P. (1998) "Un modelo tentativo de análisis de la relación estrés-enfermedad". Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana: Nueva Epoca. No. 11, Enero-Junio.

Latorre J. Y Beneit, P.(1992) Psicología de la Salud: Aportaciones para los profesionales de la salud. Argentina: Lumen.

Michan, S. (1990).Manual Naturista. México: Gráficas Zeta.

Morales, F. (1999).Introducción a la Psicología de la Salud. Argentina: Paidós.

Navarro, R.(1999). Las Emociones en el Cuerpo. México: PAX.

Ramírez, E. (1996). Psicología Pediátrica. Tesis de Maestría inédita. México: UNAM, Iztacala.

Rodríguez, J. (1995). Psicología Social de la Salud. España: Proyecto Editorial Síntesis Psicológica.

Rodríguez, J., Terol, C., et. al. (1994). "Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes". Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Nueva Epoca No. 4, Julio-Diciembre.

Valadez, A., Landa, P.(1998). "Un modelo tentativo de análisis de la relación estrés-enfermedad". Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Nueva Época. Enero-Junio, No. 11.

Villalobos, E. (1994). "El soporte social y su papel en el estrés laboral". Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Nueva época No. 4, Julio-Diciembre.

## **5.1 METODO DE INVESTIGACION.**

El método que se empleó fue no-experimental, descriptiva y explicativa; la obtención de medidas o registros de variables dependientes y la obtención de la muestra fue no aleatoria.

El diseño que se utilizó fue transversal descriptivo y explicativo, el cual tuvo como fin, la descripción de las características de una muestra, así mismo el estudio del cambio y el estudio de las relaciones o nexos entre las variables dependientes (Anguera, Arnau, Ato, Martínez & Vallejo,1995).

El instrumento que se elaboró y se aplicó fue de tipo descriptivo, explicativo y analítico para la obtención de información sobre el funcionamiento de la salud y el funcionamiento psicosocial.

Para la obtención de la confiabilidad del instrumento de medición, se estableció con un procedimiento test-retest con 100 sujetos, que consiste en aplicar el cuestionario en dos o más ocasiones al mismo grupo, después de cierto período, si la corrección entre los resultados de las diferentes aplicaciones es altamente positiva, el instrumento se considera confiable (Hernández, 1998).

### **Planteamiento del Problema.**

- 1) Existen pocos estudios psicológicos que presenten las necesidades y características psicológicas en segmentos de la población mexicana en Salud Integral.
- 2) Existen pocos estudios psicológicos en México que presenten los factores psicosociales asociados al desarrollo del estrés y que muestren una visión integral desde la perspectiva de la psicología de la salud.

## **Hipótesis**

En este tipo de investigación no se formulan hipótesis, ya que se consideran a los datos obtenidos como variable (s) dependiente (s) para intentar identificar o descubrir las variables independientes. (Anguera, Arnau, Ato, Martínez & Vallejo, 1995). Debido a que el método que se empleó para esta investigación fue no-experimental, descriptiva y explicativa; no existiendo manipulación de variables experimentales, siendo sólo la observación de fenómenos en su contexto natural, la obtención de medidas o registros de variables dependientes y la selección de la muestra no aleatoria.

## **Objetivo General.**

Examinar los factores psicosociales que influyen en el desarrollo del estrés y a partir de esto determinar las necesidades y características de una población con el fin de proponer medidas preventivas y de promoción para el control y disminución del estrés.

## **Objetivos Específicos:**

- 1) Examinar los factores psicosociales que influyen en el desarrollo del estrés.
- 2) A partir del objetivo anterior, determinar cuáles son los requerimientos de una población en relación con la disminución del estrés.
- d) Presentar a manera de propuesta, algunas medidas preventivas y de promoción para el estrés.

### **5.1.1. METODO.**

#### **SUJETOS.**

Los sujetos fueron 547 de ambos sexos, con un rango de edad de 18 años a 80 años. Todos usuarios del sector salud (Público y Privado).

#### **MATERIALES.**

Se utilizó un cuestionario y lápiz.

El cuestionario utilizado fue una escala Likert. Esta dividido en categorías y subcategorías y se evaluó el Funcionamiento de la Salud y Funcionamiento Psicosocial (ver tabla 1 y tabla 2).

#### **ESCENARIO.**

El instrumento se aplicó en las salas de espera de hospitales públicos y privados, y en algunos casos individualmente o en grupos.

#### **PROCEDIMIENTO.**

Los cuestionarios fueron aplicados una sola vez para cada sujeto, considerando como criterio que fueran usuarios de cualquier servicio de salud, tanto público como privado.

El instrumento se aplicó en las salas de espera de hospitales públicos y privados, y en algunos casos individualmente o en grupos. Durante la aplicación, siempre se encontraban dos investigadores y la duración promedio era de 20 minutos



**COEFICIENTES DE CORRELACION DEL PROCEDIMIENTO  
FUNCIONAMIENTO SALUD (FS)**

Escalas	$r_{tt}$
<b><u>1. Respuesta a Enfermedad</u></b>	
Autoayuda (AA)	.75**
Ayuda Profesional (AP)	.82**
Ayuda Amigos (AM)	.77**
Ayuda Espiritual (AE)	.73**
Paso del Tiempo (PT)	.88**
<b><u>2. Hábitos de Salud</u></b>	
Hábitos Positivos (HP)	.77**
Hábitos Negativos (HN)	.82**
<b><u>3. Historia de Salud</u></b>	
Salud Total (ST)	.95**
Salud Reciente (SR)	.97**
Enfermedad Crónica (EC)	.90**
Impedimento por Enf. Crónica (IE)	.89**
<b><u>4. Uso del Sector Salud</u></b>	
Visita Doctor (VD)	.93**
Tratamiento Hospital (TN)	.70**
Tratamiento Emergencia (TE)	.91**
Paso del Tiempo (PT)	.88**
<b><u>5. Creencias y Actitudes en Salud</u></b>	
Autoeficiencia (EA)	.85**
Vigilancia Salud (VS)	.86**
Valores de Salud (VL)	.76**
Confianza Personal Médico (CP)	.85**
Confianza en el Sistema (CS)	.78**
Hipocondría (HI)	.70**

TABLA 1.  $n=100$   $r_{tt}$  = Coeficiente de Confiabilidad Test-Retest. Intervalo Retest = 3 semanas \*\*  $p < .01$ .

**COEFICIENTES DE CORRELACION DEL PROCEDIMIENTO****FUNCIONAMIENTO DE PSICOSOCIAL (FP).****Escalas FP***r<sub>tt</sub>*

Afrontamiento	
Total Afrontamiento (HA)	.70***
Estrés de vida	
Número de Eventos Estresantes (NE)	.86***
Estrés Percibido (EP)	.86***
Estrés Global (EG)	.70***
<b><u>Salud Psicológica</u></b>	
Tensión o Estrés Total (TT)	.80***
Cambio de Estado de Animo (CA)	.65***
Culpabilidad (CU)	.62***
Lentitud Motora (LM)	.65***
Estado Ansioso (EE)	.65***
Queja Somática (QS)	.70***
Disturbio cognitivo (DC)	.85***
Satisfacción de Vida (SV)	.75***
<b><u>Apoyo Social</u></b>	
Total Apoyo Social (TS)	.80***
Apoyo Emocional (AO)	.75***
Apoyo Informativo (AI)	.70***
Apoyo Tangible (AT)	.70***
Intercambio Negativo (IN)	.89***

TABLA 2.  $n=100$   $r_{tt}$  Coeficiente de Confiabilidad Test-Retest. Intervalo Retest = 3 semanas \*\*\* $p<.001$

## **RESULTADOS.**

### **NIVELES DE TENSION.**

Como se puede observar en la figura 3 obtenida de nivel de estrés en el año pasado, se obtiene que el 40% de la muestra se describe que tuvo regular estrés, el 24% tuvo bastante, el 18% poco, el 13% mucho y el 5% nada. (ver figura 3 y figura 4).

### **FACTORES DEMOGRAFICOS Y NIVELES DE ESTRES.**

En la tabla 3, se muestran las correlaciones entre género, edad y escolaridad con el estrés percibido en el último año. Como se puede observar en las tres correlaciones son bajas y no significativas.

### **FACTORES PSICOSOCIALES (ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO) Y ESTRES.**

Se evaluaron las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el grado de estrés percibido en el último año. En la tabla 4 se muestran los coeficientes de correlación, el cual en dos de ellos, "aceptar sentimientos" y "sentirse mejor" no presenta ninguna correlación y en las demás, existe pero es baja.

**FACTORES DEMOGRAFICOS Y NIVELES DE ESTRES.**

<b>CORRELACION</b>	<b>SPEARMAN</b>	<b>SIGNIFICANCIA</b>
TENSION/EDAD	.013	.763
TENSION/GENERO	.073	.087
TENSION/ESCOLARIDAD	-.037	.382

TABLA 3. Correlación entre los niveles de tensión del año pasado y los factores demográficos.

**FACTORES PSICOSOCIALES (ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO) Y NIVELES DE ESTRES.**

<b>CORRELACION</b>	<b>SPEARMAN</b>	<b>SIGNIFICANCIA</b>
Tensión/Aceptar sentimientos	-.028	.514
Tensión/Mantener la calma	-.147	.001
Tensión/Controlar la situación	-.128	.003
Tensión/Conocer la situación	-.176	.000
Tensión/Sentirse mejor	-.068	.112
Tensión/Solucionar problemas	-.089	.036

TABLA 4. Se muestra la correlación entre los niveles de tensión del año pasado con los factores psicosociales.

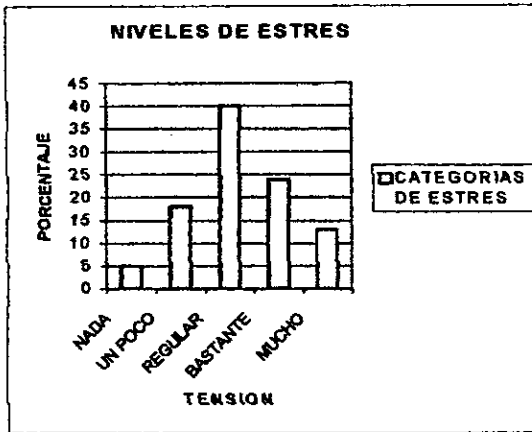


Figura 3. Nivel de estrés.

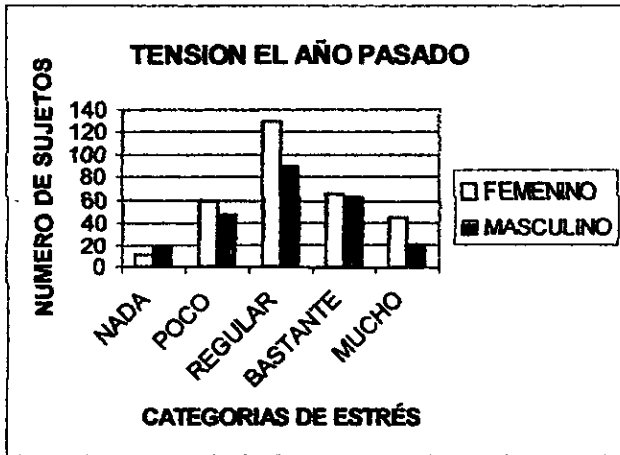


Figura 4. Niveles de estrés del año pasado.

Hoy en día el interés de los psicólogos de la Salud por investigar el tema relacionado con el estrés, es cada vez mayor y se debe al hecho que nuestra sociedad cambia constantemente (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995).

Las múltiples actividades y preocupaciones, tienen como consecuencia la aparición de experiencias aversivas que dañan la salud. (Castro y Nájera, 1995).

Cuando un individuo está estresado o tenso, el estado de ánimo interno produce como consecuencia el enfrentamiento del individuo, con una serie de demandas ambientales que superan su capacidad para hacerle frente (Latorre y Beneit, 1992).

Uno de los recursos con los que cuenta el organismo para la recuperación del equilibrio biopsicosocial es por medio del afrontamiento (Rodríguez, Terol, et al., 1994), el cual se ha definido como "los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales que realiza el sujeto para hacer frente al estrés" (Sandin, 1985; cit. en: Jiménez, 1993).

Los recursos de afrontamiento tienen la función de mediar el estrés y son considerados como capacidades internas o externas con las que cuenta la persona para combatir acontecimientos o situaciones estresantes (Rodríguez, 1995).

Los recursos de afrontamiento están clasificados por Rodríguez (1995) en: Físicos/Biológicos, Psicológicos/Psicosociales, Culturales y Sociales (Soporte o Apoyo Social: Emocional, Informativo, Conducta Instrumental y Evaluación).

Para la investigación se tomó en cuenta la clasificación anterior y se aplicó un cuestionario de tipo descriptivo, donde parte del contenido de este instrumento, se dirigía a las estrategias de afrontamiento.

En este sentido, lo que se considera como recurso Psicosocial es: la capacidad intelectual, el autoestima, el nivel de independencia o autonomía y el sentido de control.

En los factores psicosociales (estrategias de afrontamiento), se les pidió a los sujetos que en los ítems (ver tabla 4) describieran qué tanto estrés o tensión mostraban. Si se parte de la definición anterior de afrontamiento, se espera que en las siguientes estrategias los individuos las utilicen como herramientas para combatir el estrés.

En el caso de "aceptar sentimientos" y "sentirse mejor", se observó que no los utilizan para disminuir la tensión, probablemente se debe a la falta de información sobre la importancia que presenta el apoyo social y emocional (Villalobos, 1994). En este sentido, se requiere proveer al sujeto de elementos y habilidades, que le permitan reconocer, aceptar sus sentimientos y lograr un estado de bienestar.

En el ítem de "mantener la calma" y "controlar la situación", se mostró que si realizan las estrategias de afrontamiento, pero lo llevan a cabo en un nivel muy reducido, ya que es probable que estén acostumbrados a vivir en un estado de estrés constante, que lo consideren "normal" debido a que aprendieron a vivir de ese modo. El resultado es, que muchos de los trastornos ocasionados por la tensión, los lleva a la enfermedad (Lazarus y Folkman, 1986; cit. en: Jiménez, 1993).

En las estrategias de "conocer la situación" y "solucionar problemas", se puede decir que existió una correlación baja. Es probable, que en consecuencia a las "reducidas" capacidades internas o externas que presentaron los individuos para combatir acontecimientos estresantes (Rodríguez, 1995), o la falta de motivación, interés u honestidad al contestar el cuestionario; aparezca o continúe el desarrollo de hábitos y estilos de vida conductuales no saludables, siendo los factores

etiología los que contribuyen en el desarrollo de la enfermedad (Villalobos, 1994).

Cabe decir, que el no tener conocimiento de las habilidades para enfrentar una situación de tensión, evita una visión más amplia y fomenta el desarrollo de estrés.

Se recomienda, proveer a los sujetos de información y capacitación, para que hagan uso de sus capacidades de afrontamiento, para evitar, reducir y controlar los niveles de estrés.

Parte de la investigación que se realizó, considera los niveles de estrés de la población en general, el cual se encuentra en un 40%. Por lo que se puede decir que es un porcentaje significativo y podría relacionarse al lugar donde habitan las personas que contestaron el cuestionario.

Los factores demográficos (escolaridad, edad y género), en correlación con los niveles de tensión como lo mostraron los resultados en los dos primeros no existió una relación. Esto quiere decir que existe igual tensión a cualquier edad y escolaridad y tal vez puede depender del tipo de demanda situacional (fuentes personales, familiares o sociales) (Coyne y Halroyd, 1982; cit. en: Jiménez, 1993).

En el caso del género, el femenino presenta mayor vulnerabilidad a elevarse en los niveles de estrés en comparación con los hombres, probablemente se debe a que los acontecimientos más estresantes se relacionan con la vida sentimental, según Latorre y Beneit (1992), e involucre a la mujer desde lo sociocultural (Villalobos, 1994).



## **NECESIDADES Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.**

1. Existen “reducidas” capacidades internas y externas de los sujetos, que intervienen en la aplicación de las estrategias de afrontamiento y combatir acontecimientos estresantes.
2. Falta información sobre la importancia que representa el apoyo o soporte social.
3. El estilo de vida que consideran “normal”, se encuentra en niveles elevados de tensión.
4. La influencia del estrés, en los factores demográficos como la escolaridad y la edad, afecta de igual forma en cualquier grado escolar y edad de los sujetos.
5. Las mujeres son más vulnerables en presentar niveles más elevados de estrés en comparación con los hombres.
6. La existencia de apatía y poco interés en las necesidades personales, lleva a los individuos a continuar con los sentimientos de no sentirse bien. Este sentimiento, aunque pudiera reconocerse, no lo cambian, (tal parecería que les gusta vivir sufriendo).
7. Diferencias socioculturales.

## **MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN PARA EL CONTROL Y DISMINUCIÓN DEL ESTRÉS.**

Elaborar programa de:

- La importancia que representa el apoyo o soporte social en la disminución del estrés.
- La aplicación adecuada de las estrategias de afrontamiento.
- Concientización de los efectos del estrés en el cuerpo y la mente, desde el enfoque biopsicosocial.
- Prevención de los efectos del estrés por medio de la relajación.
- Las estrategias cognitivas y manejo de contingencias para la prevención o disminución del estrés.
- Adquisición de hábitos y estilos de vida sanos.
- El impacto de la cultura en el estrés y el género.
- Apoyo en Psicoterapia.

### INSTRUCCIONES

Responda cuidadosamente cada pregunta y marque sus respuestas con una cruz en los cuadros numerados, NO MARQUE LOS CUADROS VACIOS QUE SE ENCUENTRAN A LA DERECHA. Sus respuestas no se consideran como correctas o incorrectas, así que le solicitamos responda sin pensar demasiado y con la mayor veracidad.

*Solo marque un número para cada respuesta*

Los datos que usted aporte serán TOTALMENTE CONFIDENCIALES y solo con fines de investigación.

*Le agradecemos su interés y cooperación*

Responda con una cruz

SEXO   EDAD \_\_\_\_\_

¿Qué servicio médico utiliza usted?

SSA	IMSS	ISSSTE	SERVICIO PRIVADO	OTROS
-----	------	--------	------------------	-------

¿Cuál es su grado de escolaridad? Aún cuando no lo haya concluido.

primaria	secundaria	preparatoria	carrera técnica	profesional	ninguna
----------	------------	--------------	-----------------	-------------	---------

La última vez que se enfermó, ¿cómo describiría su enfermedad? (marque un número)

1 media	2 moderada	3 seria	4 muy seria
---------	------------	---------	-------------

De acuerdo a su respuesta anterior 1, ¿Que acciones realizaría en respuesta a una enfermedad? Señale el número que más se acerca a su respuesta

1) **probablemente**    **regular**    **probablemente**    **SI**  
       No                                       sí  
       2                    3                    4                    5

¿Acercarse a Dios?	1	2	3	4	5
¿Avisarle a sus amigos?	1	2	3	4	5
¿Evitar ponerse tenso?	1	2	3	4	5
¿Ir a que le hagan curaciones espirituales	1	2	3	4	5
¿Ir al doctor o al hospital?	1	2	3	4	5
¿No realizar sus actividades comunes, trabajo, escuela, hogar	1	2	3	4	5
¿No tomar la medicina recetada y solo dejar pasar el tiempo	1	2	3	4	5
¿Obedecer todas las indicaciones del médico?	1	2	3	4	5
¿Pedir el consejo de sus amigos?	1	2	3	4	5
¿Platicar con el cura, ministro o su líder espiritual?	1	2	3	4	5
¿Quedarse en cama?	1	2	3	4	5
¿Solicitar la ayuda y consuelo de otras personas?	1	2	3	4	5
¿Tomar las medicinas que el médico le recetó?	1	2	3	4	5

AA	AP	AM	AE	PT
			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>				





El año pasado, ¿En cual de las siguientes situaciones se encontró?

Marque 0 (NO) si NO le ocurrió Marque 1 (SI) si SI le ocurrió

Para cada situación que SI le haya ocurrido, marque qué tanta tensión sintió. Seleccione el número que más se acerque a su respuesta. Si marca NO, deje sin marcar los números siguientes de ese mismo renglón.

1 Muy poco tenso 2 Poco tenso 3 Muy tenso 4 Totalmente tenso 5

	NO	SI	1	2	3	4	5	EP
Adquirió una casa nueva	0	1	1	2	3	4	5	
Algún amigo tuvo problemas serios	0	1	1	2	3	4	5	
Algún hijo se fue de la casa	0	1	1	2	3	4	5	
Cambió de casa o departamento	0	1	1	2	3	4	5	
Cambió de trabajo	0	1	1	2	3	4	5	
Dejó el trabajo o lo despidieron	0	1	1	2	3	4	5	
Enfermedad grave de un familiar o amigo	0	1	1	2	3	4	5	
Muerte de un familiar o amigo	0	1	1	2	3	4	5	
Nacimiento de un hijo	0	1	1	2	3	4	5	
Problemas con el jefe o compañeros	0	1	1	2	3	4	5	
Problemas con la esposa (o) o familiares	0	1	1	2	3	4	5	
Problemas financieros	0	1	1	2	3	4	5	
Se cambió de ciudad	0	1	1	2	3	4	5	
Su hijo (a) empezó o dejó la escuela	0	1	1	2	3	4	5	
Su hijo (a) tuvo problemas	0	1	1	2	3	4	5	
Tuvo problemas legales	0	1	1	2	3	4	5	
Usted sufrió una enfermedad	0	1	1	2	3	4	5	

NE

1 Un poco 2 Regular 3 Bastante 4 Mucho 5

¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

EG

Para las siguientes afirmaciones, marque el número que mejor lo describe cuando está bajo estrés o tensión.

1 describe muy mal 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Me describe muy bien

	1	2	3	4	5
Acepto mis sentimientos	1	2	3	4	5
Mantengo la calma	1	2	3	4	5
Procuro controlar la situación	1	2	3	4	5
Trato de conocer mejor la situación	1	2	3	4	5
Trato de sentirme mejor	1	2	3	4	5
Trato de solucionar mis problemas	1	2	3	4	5

HA

Las siguientes 13 preguntas se refieren a sus relaciones durante el año pasado con amigos y familiares cercanos que sean adultos

ninguno    Un poco    Regular    Bastante    Mucho  
 1            2            3            4            5

El año pasado ¿Cuánta ayuda, guía o información recibió de sus amigos y familiares más cercanos?	1	2	3	4	5
¿Cuánta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5

AO    AI    AT


Muy satisfecho    Un poco    Regular    Bastante    Muy satisfecho  
 1                    2                    3                    4                    5

¿Qué tan satisfecho estuvo con la ayuda, guía o información que recibió?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

--

ninguno    Un poco    Regular    Bastante    Mucho  
 1            2            3            4            5

El año pasado ¿Qué tanto apoyo emocional recibió de sus familiares y amigos más cercanos?	1	2	3	4	5
¿Qué tanto apoyo emocional espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5

AO    AI    AT


Muy satisfecho    Un poco    Regular    Bastante    Muy satisfecho  
 1                    2                    3                    4                    5

¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

--

Muy poco    Un poco    Regular    Bastante    Muy a menudo  
 1            2            3            4            5

El año pasado ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos hicieron o le dieron cosas que usted necesitaba?	1	2	3	4	5
¿Qué tan probable es que ellos hagan o le den cosas en el futuro?	1	2	3	4	5

AO    AI    AT


Muy satisfecho    Un poco    Regular    Bastante    Muy satisfecho  
 1                    2                    3                    4                    5

¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

--

TS =  =

Cuando responda las siguientes preguntas, piense en amigos y familiares cercanos adultos y solo considere el año pasado.

Muy poco    Un poco    Regular    Bastante    Muy a menudo  
 1            2            3            4            5

¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos estuvieron impacientes o enojados con usted?	1	2	3	4	5
¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos fueron poco considerados e insensibles con usted?	1	2	3	4	5
¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos le llamaron la atención por su forma de ser?	1	2	3	4	5
¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos se burlaron, hicieron chismes o lo rechazaron?	1	2	3	4	5

IN


Responda las siguientes preguntas en términos de cómo se ha sentido en las últimas dos semanas

y poco    Un poco    Regular    Bastante    Mucho  
1            2            3            4            5

¿Ha perdido interés en las cosas?	1	2	3	4	5
¿Piensa mucho en sus fallas?	1	2	3	4	5
¿Qué tan a menudo ha tenido problemas con la memoria?	1	2	3	4	5
¿Qué tan a menudo se ha sentido preocupado?	1	2	3	4	5
¿Qué tan cerca ha estado de sus ideales?	1	2	3	4	5
¿Qué tan difícil le ha sido concentrarse en sus cosas?	1	2	3	4	5
¿Qué tan fatigado se ha sentido?	1	2	3	4	5
¿Qué tan satisfecho se ha sentido con su vida?	1	2	3	4	5
¿Qué tan seguido ha sentido un nudo en el estómago?	1	2	3	4	5
¿Qué tan seguido ha tenido "miedo de lo peor"?	1	2	3	4	5
¿Qué tan seguido se ha sentido nervioso o con dudas?	1	2	3	4	5
¿Se ha sentido cansado?	1	2	3	4	5
¿Se ha sentido criticado?	1	2	3	4	5
¿Se ha sentido culpable cuando algo le sale mal?	1	2	3	4	5
¿Se ha sentido deprimido?	1	2	3	4	5
¿Se ha sentido mareado o con vértigos?	1	2	3	4	5
¿Se reprocha a menudo cuando algo sale mal?	1	2	3	4	5
¿Su ánimo ha sido feliz y positivo?	1	2	3	4	5
¿Se ha sentido insatisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
¿Se ha sentido activo?	1	2	3	4	5
¿Fácilmente aleja los miedos de su mente?	1	2	3	4	5

CA   CU   LM   EE   QS   DC   SV

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

TT =  =

De nuevo le agradecemos su interés y cooperación.