



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

El papel de la Psicología en el ámbito de la Salud a través de
un programa de intervención psicológica en el Instituto de
Salud del Estado de México

T E S I S
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
Tania Guadalupe Sánchez Almazán

Directora de Tesis:
Blanca Leonor Aranda Boyzo



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción	1
1. Antecedentes históricos de la Psicología de la Salud	3
1.1 El nacimiento de la Psicología de la Salud en Latinoamérica	7
2. El desarrollo de la Psicología de la Salud	18
2.1 Áreas de intervención de la Psicología de la Salud	26
3. Funciones del psicólogo en el ámbito de la Salud	32
3.1 Promoción de la salud	33
3.2 Prevención de la enfermedad	36
3.3 Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación	38
3.4 Mejoramiento de las políticas públicas sanitarias	41
3.5 Niveles de atención a la salud	42
3.5.1 Primer nivel de atención a la salud	43
3.5.2 Segundo y tercer nivel de atención a la salud	45
3.5.3 Atención Primaria de Salud (APS)	48
4. Historia del Instituto de Salud del Estado de México	52
4.1 Características del Centro de Salud Urbano “San Lucas Patoni”	56
4.1.1 Organigrama	58
4.1.2 Recursos para la salud	59
4.1.3 Servicios que ofrece a la comunidad	61
5. Experiencia profesional en el Centro de Salud Urbano “San Lucas Patoni”	64
5.1 Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	65
5.2 Intervención psicoterapéutica	67
Conclusiones	107
Bibliografía	113
Anexos	

INTRODUCCIÓN

La Psicología de la Salud emergió a partir de una nueva perspectiva de salud, considerando factores psicosociales y medioambientales en el proceso salud-enfermedad. Ha sido resultado inherente de las limitaciones del modelo biomédico, la decadencia de los sistemas sanitarios con un concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y el reconocimiento de variables sociales e individuales que median el proceso.

En las últimas décadas su progreso ha sido notable debido al interés constante de los psicólogos en el tema de salud; su crecimiento se refleja en el incremento de publicaciones científicas, en la celebración de congresos y conferencias a nivel internacional, en la formación especializada de los profesionales y en la inserción cada vez más amplia y reconocida del psicólogo en este ámbito, además de la eficacia e impacto de su intervención en el proceso salud-enfermedad.

La Psicología de la Salud es una de las especialidades más jóvenes, cuyo interés se dirige al estudio de los componentes subjetivos que determinan la condición de salud; los factores de riesgo, el desarrollo de la enfermedad y la recuperación, así como la calidad de la prestación de servicios de salud a la comunidad. Su acción radica en la promoción y educación para la salud, prevención de enfermedades, tratamiento y rehabilitación y reorientación de los servicios sanitarios de acuerdo a las necesidades de la población; actúa activamente en los diferentes niveles de atención, interviniendo en el plano individual, familiar y comunitario.

Los antecedentes teóricos y prácticos de la disciplina se encuentran en el modelo de la Medicina Comportamental, que destaca el papel de las conductas aprendidas en la manifestación de enfermedades, buscando medios para conseguir cambios en el comportamiento que faciliten el tratamiento y prevención

de éstas. Hoy día la intervención del psicólogo no se limita al tratamiento de enfermedades mentales, su preparación profesional le ha permitido incorporarse dentro de la intervención de problemas de salud crónicos por la indiscutible influencia de malos hábitos como el consumo de alcohol y tabaco, estilos de vida insanos, creencias, actitudes, emociones y condiciones medioambientales.

Esta disciplina se enfoca al estudio de la salud en su forma integral, a partir de una visión más amplia en cuanto a los factores psicológicos y sociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad, por ende, la redefinición del sistema de salud ha permitido una extensa actuación en el campo de la salud, especialmente en el desarrollo de programas y políticas sanitarias.

En la presente tesis se abordará la importancia del papel de la Psicología de la Salud destacando los antecedentes históricos cruciales que favorecieron su nacimiento y desarrollo, así como los autores más significativos que hicieron aportes para su conceptualización. Se pretende profundizar en las funciones que desempeña el psicólogo de la salud y el impacto que ha tenido su intervención en la población actual; asimismo se darán a conocer los acontecimientos históricos que dieron lugar a los sistemas de salud en México. Finalmente se intentará demostrar la trascendencia de la inserción de la Psicología al ámbito de la Salud a través de la descripción de la experiencia profesional que tuvo lugar en el Instituto de Salud del Estado de México, en el Centro de Salud Urbano "San Lucas Patoni", que englobó actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades e intervención psicoterapéutica individual a la comunidad.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

El recorrido histórico necesario para comprender el sitio que ha conseguido la Psicología en el ámbito de la Salud en la actualidad, es extenso y merece una dedicación meticulosa, pues con el florecimiento del siglo XXI los cambios del conocimiento científico y las prácticas de las ciencias encargadas de la salud han trascendido extensamente, así como las demandas sociales en salud han dado un giro enorme a los sistemas sanitarios de todo el mundo.

Según Rodríguez-Marín (2002) se considera el nacimiento de la Psicología de la Salud como un complemento importante de la Medicina Comportamental, entendida como la integración de diferentes disciplinas biomédicas y psicosociales, cuya característica principal es la interdisciplinariedad mediante la aplicación de técnicas psicosociales al aspecto físico de la salud. El término fue propuesto por Lee Birk en 1973 al encontrar que el uso de los procedimientos propios del condicionamiento instrumental era eficaz en la cura de algunas enfermedades de esa época.

Flórez-Alarcón (2006) señala que durante la década de los 70 las investigaciones sobre el tratamiento de enfermedades como hipertensión arterial, asma y migrañas, tuvieron un auge considerable por el uso de métodos distintos y más efectivos para su solución, extendiendo dicho tratamiento con la aplicación clínica de los principios esenciales del condicionamiento instrumental. “En 1974 se crean los dos primeros centros de Medicina Comportamental: el Center for Behavioral Medicine de la Universidad de Pensilvania y el Laboratory of the Study of Behavioral Medicine de la Universidad de Stanford” (Oblitas, 2000).

La Conferencia de Yale oficiada en 1977 fue un evento de suma importancia para la formalización de la Medicina Comportamental, por su visión más amplia e integradora del proceso salud-enfermedad. Se reunieron los

especialistas más importantes del campo de la salud y las ciencias sociales con el propósito de desarrollar e implementar procedimientos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

La Medicina Comportamental se guió por varios objetivos, entre los que destacan el de una intervención directa, entrenamiento a profesionales de la salud para la mejora de su intervención, entrenamiento a pacientes para adherirse al tratamiento, modificación conductual para prevenir enfermedades y diseño de estrategias de intervención adecuadas. El principal aporte de ésta fue el reconocimiento de factores psicosociales para explicar la génesis, el desarrollo y la manifestación de síntomas de las enfermedades, utilizando un marco más amplio que el modelo biomédico; además contribuyó en el manejo de síntomas meramente físicos recurriendo a técnicas conductuales (Oblitas, 2000).

Los patrones de enfermedad dieron un cambio relevante, las enfermedades de tipo agudo e infeccioso redujeron su incidencia en la población en general, pasando a las enfermedades crónicas relacionadas fundamentalmente con la conducta, ubicándose en primer plano los factores psicológicos. La Psicología se toma en cuenta como una perspectiva diferente y más eficaz en la solución de los problemas de salud más frecuentes en la población del momento.

En Estados Unidos se sitúa el origen de la Psicología de la Salud aproximadamente en 1973, cuando un grupo de la Asociación Americana de Psicología (APA) coordinado por William Shofield, llegó a la conclusión de que no había un interés por parte de los psicólogos del país por los problemas de salud y para sus investigaciones, perdiendo de vista los beneficios profesionales de trabajar en el mantenimiento de la salud, la prevención de enfermedades y la prestación de servicios sanitarios (Hernández y Grau, 2005).

Por tanto, con la insistencia de Schofield por desarrollar una aproximación psicológica en el tema de la salud física, logró que la APA convocara una reunión

en la que se fundó una Sección de Investigación en Salud, presidida por él mismo y constituida por 150 miembros (Rodríguez-Marín, 2002).

Finalmente su establecimiento en Norteamérica como campo profesional e institucional data de 1978, tras la creación de la División 38 de la APA, dirigida principalmente por Matarazzo, quien manifestó su interés en difundir la disciplina en sus inicios. Este nacimiento estuvo acompañado de la publicación de artículos científicos en revistas especializadas, la investigación de un número considerable de autores, la realización de congresos y conferencias con los especialistas más sobresalientes y el desarrollo de programas de posgrado en Psicología de la Salud (Hernández y Grau, 2005).

Más tarde, en el continente europeo, con la celebración del I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos en España en 1984 un área es adoptada bajo el nombre de *Psicología y Salud*. Posteriormente aparece la Revista de Psicología de la Salud en 1989, cuyo primer artículo fue escrito por Reig en el mismo año, con el que aportó su estudio acerca de la relevancia del papel de la disciplina en el país (Buela-Casal, 2005).

Puede ubicarse la gestación de la Psicología de la Salud en España al tiempo de la expansión de la Terapia de Modificación Conductual en México, sobresaliendo un gran número de seminarios, congresos a nivel nacional e internacional, además de documentación y sociedades científicas. Se le otorgó un papel imprescindible en el análisis de elementos psicológicos, sociales y medioambientales que preceden a una enfermedad, en la creación de programas preventivos y en la preparación psicosocial de pacientes quirúrgicos y terminales (Rodríguez-Marín, 2002).

Retomando a Buela-Casal (2005) otro hecho trascendente para el establecimiento de bases sólidas de la disciplina fue la creación de la Sociedad Española de Psicología de la Salud dirigida por Jesús Rodríguez-Marín desde

1986. Por último, el reconocimiento formal e institucional de la Psicología de la Salud en España se celebró en 1994, en Alicante, con la Octava Conferencia de la Sociedad Europea de Psicología de la Salud en la que participaron decenas de psicólogos de diversas vertientes.

La Psicología de la Salud como profesión tuvo un desarrollo importante a partir de que se formalizaron los estudios de la Psicología en la Universidad Española, dando como resultado la titulación de más psicólogos y una diversificación de la actividad profesional.

En las últimas dos décadas el crecimiento internacional de la disciplina ha dado lugar a líneas de investigación significativas; se han realizado trabajos sobre la intervención psicológica en enfermedades cardiovasculares, sobre la calidad de vida dentro de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el comportamiento de los individuos y los hábitos poco saludables como el consumo de tabaco asociado a más del 30% de muertes por cáncer; el alcoholismo que se relaciona con el 15% de accidentes en el campo laboral y el 30% en accidentes de tránsito, la inactividad física y el consumo excesivo de comida, que han sido las principales causas de enfermedad y muerte en España. Por otra parte, se ha puesto énfasis en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la intervención en enfermedades crónicas.

Entre los programas más sobresalientes que se han implementado por los profesionales de la Psicología de la Salud a lo largo de su proceso de desarrollo se encuentra la prevención de la miopía y otros problemas visuales en la población escolar, realizados por Carrobes, Santacreu, Guio y Gismera en la Universidad Autónoma de Madrid. Se destaca, por ejemplo, el *Programa Preventivo de Salud e Higiene Visual en la Escuela* que se ha aplicado en varias escuelas con el objetivo de dar información oportuna sobre el ojo y la visión en la infancia, al mismo tiempo de la intervención de los psicólogos de la salud mediante la modificación de hábitos no saludables. De igual forma, una de las

problemáticas de salud más sobresalientes en la población española que ha despertado el interés de los psicólogos de la salud es la *obesidad*, por la relación que guarda con patrones comportamentales disfuncionales. En este campo se ha hecho evaluación conductual de la obesidad y se ha intervenido con la terapia de conducta para su tratamiento (Rodríguez-Marín, 2002).

Otra área específica en la que se han desarrollado programas de promoción de la salud es la de la *vejez*. Una sede importante para estos estudios ha sido la Universidad Autónoma de Madrid, dirigidos por Fernández Ballesteros. Diseñaron un *Sistema de Evaluación para Residencias de Ancianos* para hacer una estimación de los servicios y programas de salud con relación a la organización y el funcionamiento del personal que trabaja en esos centros, los residentes y el ambiente social religado a la adaptación y salud, lo cual ha dado lugar a la implementación de un procedimiento de evaluación de los programas y servicios de asistencia geriátrica. El objetivo ha sido promover la competencia de las personas de la tercera edad ante situaciones estresantes; asimismo se ha llevado a cabo la rehabilitación de déficits de memoria y de relaciones interpersonales (Rodríguez-Marín, 2002).

El nacimiento de la Psicología de la Salud en Latinoamérica

De acuerdo con la historia es evidente el acelerado desarrollo de una de las más jóvenes especialidades de la Psicología en sitios específicos del mundo, no obstante la búsqueda exhaustiva de varios autores en los acontecimientos históricos les permitió llegar a la conclusión de que el nacimiento de la Psicología de la Salud privilegió a América Latina, específicamente a Cuba, a finales de la década de los 60.

En un primer momento, la Psicología en Cuba se integró en el servicio de Atención Primaria de Salud. A mediados de los años setenta se incluye la

participación de la comunidad, lo cual le ofreció al psicólogo una labor más significativa y activa desempeñándose ampliamente en el asesoramiento a la comunidad para llevar a cabo prácticas de alimentación y hábitos apropiados, proporcionándoles la información necesaria para gozar de una calidad de vida saludable e interviniendo en los problemas de salud mental más frecuentes en la comunidad a la que ofrecía su servicio (Torres, Beltrán y Martínez, 2013).

"Con el desarrollo de recursos profesionales para la naciente Atención Primaria de Salud de entonces y con la ocupación de posiciones en el nivel de política central en el Ministerio de Salud Pública, en 1969, fecha en que se crea el Grupo Nacional de Psicología de la Salud, con funciones normativas y de asesoría técnica y metodológica" (Hernández y Grau, 2005, p.7).

El desarrollo de la Psicología de la Salud fue dándose conforme a la formulación de bases teóricas y metodológicas orientadas a la práctica institucional en el ámbito de la salud. Al respecto Hernández y Grau (2005) afirman lo siguiente:

"Desde fechas tan tempranas como 1968 y 1969 se construyeron los fundamentos de un desarrollo particular de la Psicología de la Salud en una red institucional de asistencia a la población que cubre prácticamente todos los niveles y tipos de instituciones del Sistema cubano de Salud" (p.8).

Después surgió la formación de psicólogos en universidades como Las Villas y La Habana a partir de una Reforma Universitaria, marcando un progreso importante de la disciplina en Cuba. Morales (2011) considera que el desarrollo de la disciplina se vincula estrechamente con las características sociales, culturales y económicas del contexto; resultado de un proceso de construcción en el que

influyeron factores como la práctica de una política social, la implementación de programas de trabajo en la educación y la salud; la aplicación de la Psicología los espacios de diversas instituciones, el desarrollo académico y científico aunado a los avances de la tecnología, la formación de posgrado; el compromiso social que asumieron los psicólogos jóvenes con enorme motivación y entrega, la amplia disponibilidad en el campo laboral y la aceptación de la comunidad de la potencial capacidad de la Psicología para la solución de los problemas de la vida cotidiana.

En consecuencia, la Psicología ha sido puesta en práctica por profesionales afines en tareas como la evaluación psicológica, la aplicación de *tests* en instituciones educativas privadas, con pacientes psiquiátricos, para el reclutamiento en las empresas y en estrategias publicitarias.

Durante este período la Psicología de la Salud se fortalece y se reconoce su acción en la sociedad y con otros profesionales en varios campos de trabajo; su iniciativa para realizar nuevas investigaciones y aportar resultados significativos, poco a poco le fue otorgando un lugar imprescindible en la comunidad científica y en la población.

Asimismo, este autor señala que desde el inicio de la inserción de los psicólogos en el sistema de salud, especialmente en la Atención Primaria a las comunidades; comienza a utilizarse el término de una Psicología de la Salud y empieza una formalización de los estudios referentes al tema destacando aportes en salud sexual y reproductiva, hábitos alimenticios, entre otros. A la par se solicita la actuación de la Psicología de la Salud en todo el país con énfasis en investigaciones en diversos temas de interés social, formando parte de la capacitación de otros especialistas de la salud, especialmente los médicos

En la educación, el papel de la Psicología toma relevancia por la demanda social en cuanto a la presencia de problemas de conducta en los niños y adolescentes; también funge como un complemento para fortalecer el desarrollo

del deporte o del rendimiento académico. La situación social de Cuba de ese momento tuvo un impacto considerable en la Psicología, y aunque las necesidades sociales de su intervención se hicieron más grandes, la falta de recursos afectó la actividad investigativa, siendo más indispensable la acción práctica que diera solución a las dificultades de la vida cotidiana, como en problemas familiares, estrés y ansiedad debidos a la exigencia laboral y de la rutina diaria, problemas de alcoholismo y drogadicción.

Desde los albores del siglo XXI se extiende la formación de psicólogos en las universidades, emerge la carrera de Psicología con reconocimiento en las ciencias médicas y de la salud con un programa práctico, sin dejar de lado los programas de maestría y, en menor grado, los de doctorado; enseguida las posibilidades de los psicólogos para recibir formación especializada en el extranjero se acrecentaron.

Se ha dado especial importancia a la producción científica para presentarla en congresos nacionales por las sociedades más representativas, destacando en los eventos más significativos el reporte de los resultados de las experiencias de psicólogos como promotores de la salud, programas preventivos en infecciones de transmisión sexual y adicciones, intervención con enfermos crónicos y terminales, así como la psicoterapia a infantes; investigaciones en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, calidad de vida en el adulto mayor, grupos de apoyo a pacientes con enfermedades como asma, cáncer, Alzheimer, epilepsia, entre otras.

En Cuba se le da prioridad a la oportunidad de colaborar con instituciones de salud de otros países, buscando recursos que apoyen el trabajo constante en investigación, sobresaliendo cada vez más en la publicación de material científico relacionado con temas de la salud.

A este respecto se evidencian los programas para enfermedades que no presentan síntomas visibles para detectarlas, como el VIH, el cáncer de mama y de útero en etapas iniciales. Se ha intervenido con respecto a las implicaciones psicológicas que trae consigo la enfermedad; el estrés y el malestar físico y emocional debido a los procedimientos, el miedo por falsos positivos y la consecuente desconfianza hacia el servicio de salud, por tanto, se ha intervenido mediante la promoción de conductas preventivas y educación en salud sexual (Martín, 2003).

De acuerdo con Martín (2003) la adherencia terapéutica también se ha estudiado en varios tipos de enfermedad con diferentes grupos de pacientes, encontrando la importancia del papel del psicólogo para que se desarrolle adecuadamente una alianza con el médico y el paciente, ya que si el tratamiento es eficaz, el paciente logrará su pronta recuperación. En esta línea, se ha trabajado en la calidad de vida de enfermos crónicos, debido a la influencia que tiene en distintos aspectos de la vida del paciente.

Partiendo de la idea de que la Psicología ha tenido un papel decisivo para esclarecer los problemas de salud relacionados principalmente con los estilos de vida y buscar los medios más eficaces para promover la salud y fomentar la adopción de conductas preventivas, se han realizado valiosos estudios sobre los factores de riesgo que inciden en la presencia de enfermedades, entre ellos es más destacable es el *estrés*. En Cuba se registra un número amplio de investigaciones del estrés desde un enfoque donde se le da importancia a las emociones para su manifestación. Las variables emocionales que se han estudiado son la ansiedad, depresión, ira, agresividad, las cuales estimulan conductas no saludables como el tabaquismo y el alcoholismo que, a su vez, pueden ser causa de cáncer y enfermedades similares. La intervención psicológica en este ámbito se ha encaminado a la reducción de los efectos negativos del estrés, para contribuir al mantenimiento de la salud y la prevención y/o pronta recuperación de las enfermedades.

Asimismo se han implementado eficientes programas dirigidos a la promoción de la salud. Por ejemplo, el Ministerio Nacional de Salud Pública que contiene el Programa de Prevención y Atención a la Conducta Alcohólica cuyo objetivo es fomentar estilos de vida saludables desde la niñez, y el Ministerio de Educación de la República de Cuba (Hernández, Hernández y Aguila, 2015).

De tal modo la educación para la salud en la población escolar cubana se incluye en el plan de estudios como parte de los contenidos de enseñanza de los programas educativos, los cuales son parte de los ejes temáticos y cursos para la formación del personal pedagógico. Se han llevado a cabo estos programas para alcanzar el fortalecimiento en los temas de salud, el desarrollo de habilidades, conocimientos y conductas saludables en los escolares para que adquieran actitudes responsables sobre su salud y la de sus compañeros y la realización de investigaciones para enriquecer el trabajo que se ha realizado desde en esta área (Hernández, Hernández y Aguila, 2015).

El creciente desarrollo de investigaciones en Psicología y la potencial incorporación de los psicólogos en el sector salud de Cuba se debió a la participación constante de los psicólogos durante más de cuarenta años, priorizando su integración en el tratamiento de los principales problemas de salud que aquejaban a la población del país.

Ahora bien, de acuerdo con los acontecimientos más significativos en Latinoamérica, Flórez-Alarcón (2006) señala que para la década de los 80 Colombia fue testigo de un progreso amplio de la instauración de la Psicología al ámbito de la salud, resultando la consolidación de una Psicología Clínica de la Salud enfocada a actividades de prevención secundaria y terciaria; destacando el Hospital Militar Central de Bogotá como escenario del nuevo trabajo de estos profesionales de la salud.

Paralelamente en la formación académica de los psicólogos, el tema de la salud conformó una gran cantidad de proyectos de investigación y un marcado interés de los estudiantes en la extensión de conocimientos y tesis respecto a los tópicos de Psicología de la Salud aunado a la realización de conferencias, simposios, seminarios y congresos relacionados (Flórez-Alarcón, 2006).

La situación de morbilidad y mortalidad en algunos países latinoamericanos no distaba en gran medida de la existente en los países desarrollados o en vías de desarrollo; los cambios que se presentaron en Colombia indican que hubo un aumento en el número de enfermedades crónicas en relación a las infectocontagiosas; de tal suerte que la solución de los problemas de salud contemporáneos se asocian con la incorporación de factores ambientales y comportamentales (Rodríguez-Marín, 2000).

La Asociación Colombiana en Psicología de la Salud (ASOCOPSSIS) se dedicó a la realización de congresos importantes, trabajando conjuntamente con las instituciones de educación superior en las actividades académicas y científicas, y, en menor medida, en las instituciones de salud.

Flórez-Alarcón (2006) reconoce como hecho fundamental en la historia la creación de una seccional de la Asociación Latinoamericana de la Psicología de la Salud (ALAPSA) en 1996, pues fue un lazo para la unión del trabajo de psicólogos colombianos y de toda América Latina, especialmente en instituciones educativas, lo que llevó a un avance considerable en el desarrollo de la docencia e investigación en Psicología de la Salud en Colombia.

Ha contribuido con la celebración de eventos internacionales, nacionales y en la región, motivando a más psicólogos por una participación activa y creativa en la solución de problemas específicos de salud. Los puntos de encuentro más relevantes de psicólogos provenientes de diversos países con diferentes aproximaciones teóricas y metodológicas ha sido el I Congreso Latinoamericano

celebrado en 2001 en Veracruz, el segundo en Colombia en 2003 y el III Congreso en La Habana, Cuba, en 2005 (Hernández y Grau, 2005).

Un número creciente de psicólogos colombianos han planteado la posibilidad de actuar en diferentes áreas que permitan un rápido avance en el campo de la Psicología de la Salud. Flórez-Alarcón (2006) acentúa la aplicación de los siguientes programas:

- 1) Adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/Sida
- 2) Conductas sexuales de riesgo al VIH
- 3) Prevención en el consumo de alcohol y tabaco
- 4) Enfermedades crónicas
- 5) Afrontamiento a eventos traumáticos
- 6) Aplicación de cuestionarios y pruebas psicométricas sobre los Estilos de vida en jóvenes universitarios
- 7) Ansiedad en la sociedad
- 8) Calidad de vida y mantenimiento de la salud
- 9) Papel del psicólogo en los hospitales

La investigación y acción de los psicólogos de la salud en las áreas anteriormente mencionadas espera un mejoramiento en el progreso en dicho campo y que sea la principal proyección en un período breve de tiempo de la Psicología en el campo de la Salud en Colombia.

En México, la Psicología de la Salud también empieza a aparecer a inicios de los años 80. En nuestro país, esta disciplina surge en las universidades, cuyos profesionistas estaban orientados a identificar los aspectos psicológicos en el proceso de salud-enfermedad (Torres, Beltrán y Martínez, 2007).

Se formaron varios grupos de psicólogos provenientes de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Veracruzana y el Instituto Nacional

de Salud Pública con el propósito de abordar el objeto de estudio de la Psicología de la Salud, destacando la necesidad de la inserción de los psicólogos en este ámbito. Debido a que su intervención se encontraba limitada al área de la salud mental, se propuso dirigir la disciplina psicológica al estudio integral del individuo (Hernández y Grau, 2005).

La Psicología de la Salud tuvo un desarrollo bastante significativo debido a su interés por llevar a cabo programas de intervención en salud, especialmente en promoción y educación para la salud y prevención de enfermedades. De ahí que se fundamente el abordaje de la Psicología de la Salud como disciplina científica a partir de dos supuestos:

1) El contexto socioeconómico y cultural del individuo juegan un papel importante en el proceso de salud-enfermedad.

2) El estado de salud y enfermedad del individuo no es un mero proceso mecánico, sino que interviene la subjetividad y el estilo de vida de éste.

Por tanto, Hernández y Grau (2005) destacan como los principales determinantes en el surgimiento de la Psicología de la Salud los siguientes sucesos:

a) La ineficacia y limitación del modelo biomédico en la solución de los problemas de salud actuales.

b) El estropicio de los sistemas sanitarios por no adaptarse al contexto particular de la salud.

c) El reconocimiento de factores sociales y psicológicos como mediadores en los problemas de salud.

En los diferentes países en los que apareció una de las más jóvenes especialidades de la Psicología, un nuevo modelo biopsicosocial fue destituyendo de su lugar al modelo biomédico, pues se encontró una influencia considerable de

las creencias, conductas, emociones, actitudes y estilos de vida en el proceso salud-enfermedad del individuo. Cada día es de mayor trascendencia el estrés, la rutina de la vida cotidiana y diversos factores ambientales en la determinación de la salud y/o la enfermedad.

Cabe destacar que el modelo biopsicosocial fue propuesto por Engel en 1977 bajo el supuesto de que la salud y la enfermedad están multideterminadas, lo cual significa que está presente una diversidad de causas que interactúan entre sí y que son de distinta naturaleza en el origen de los procesos saludables y patógenos (Labiano, 2011).

La relevancia de este modelo radica en el foco de atención hacia los aspectos preventivos y en la promoción de la salud, además de considerar variables medioambientales para diseñar estrategias para una relación más saludable y responsable del individuo con su entorno.

McKeown sobresale por sus estudios en la población española a finales del siglo XIX y principios del XX acerca de las principales causas de mortalidad, aportando que el mejoramiento de la salud de las personas se debe a las óptimas condiciones laborales, nutricionales, del hogar y una mejor higiene. De manera similar Terris llegó a la conclusión de que la manera más eficaz para solucionar los problemas de salud y decrementar las principales causas de muerte en Estados Unidos, era el mejoramiento del medio ambiente, la modificación de los hábitos y la detección temprana de enfermedades. Indiscutiblemente los resultados obtenidos de diferentes estudios en partes muy distantes del mundo, convergen en el punto de la necesidad de incorporar una visión integral de la salud mediante la intervención psicológica.

Por ende el desarrollo de la Psicología de la Salud ha transformado la perspectiva de la salud, de manera que se le está otorgando mayor atención a la disponibilidad de los servicios de salud para la comunidad y el uso adecuado y

efectivo de las vías disponibles para cubrir en su mayoría los problemas de salud de la población. La preocupación inminente de otorgar servicios de salud favorables, la perspectiva cambiante sobre el concepto de salud y la inclusión de nuevas variables en el desarrollo de enfermedades han ido fomentando el progreso de la Psicología de la Salud.

La participación de la Psicología de la Salud se ha visto motivada a alcanzar objetivos como: capacitar a los trabajadores de la salud utilizando la teoría y metodología propia de la Psicología, para comunicarse de manera eficaz con la comunidad; incluir la participación de la comunidad en los programas de salud, otorgar información específica de la salud a la población y capacitar al equipo de salud en la educación para la salud (Torres, Beltrán y Martínez, 2013).

De acuerdo con Hernández y Grau (2005) la Psicología es la única disciplina hasta el momento que ha estudiado la salud en su forma integral y con una visión más amplia en cuanto a los factores psicológicos, sociales y culturales que intervienen en el proceso salud-enfermedad

El progreso de la Psicología de la Salud continúa a la par de los resultados y metas alcanzadas de la práctica del psicólogo en la comunidad y en las instituciones de salud, del surgimiento de nuevas demandas de acuerdo a las condiciones del sector salud y características de la población y, de los nuevos desafíos de la ciencia y la profesión, aunado a sus avances y aportes.

2. EL DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Desde el momento del reconocimiento formal, institucional y profesional de la Psicología de la Salud a finales de la década de los 70 mediante la creación de la División 38 por la Asociación Americana de Psicología (APA), se han propuesto diversas definiciones sobre esta disciplina con el fin de establecer las bases de su práctica y diferenciarlas de otras disciplinas involucradas en el campo de la salud.

A continuación se citan a diferentes autores que han sobresalido con el paso de los años en el ámbito de la salud con las definiciones más reconocidas y aceptadas sobre Psicología de la Salud.

En primera instancia Stone (1979) declara que es una especialidad de la Psicología que aplica los conceptos y métodos propios de esta disciplina para los problemas que se presentan en el sistema de salud, ya sean los que están relacionados con los niveles de atención a la salud, la salud pública, la educación para la salud, incluyendo como una subdivisión la tradicional intervención de la psicología clínica (en Piña y Rivera, 2006).

Un año más tarde Matarazzo (1980) colaboró en la tarea de conceptualizar a la disciplina definiéndola como un “conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y al análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias” (en Hernández y Grau, 2005).

Posteriormente Torres y Beltrán (1986) dieron a conocer su propuesta señalando que la Psicología de la Salud es entendida como toda actividad profesional dedicada a estudiar e intervenir sobre los aspectos que conforman el componente psicológico del individuo como actitudes, conductas, hábitos, valores,

habilidades, que dan lugar a una relación estrecha entre los profesionales de salud y la población, trabajando en conjunto para identificar y solucionar los problemas de salud que los aquejan (en Piña y Rivera, 2006).

Consecutivamente Bloom (1988) la define como “el estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad”. Safarino (1990) la considera como un “campo de la Psicología introducido a finales de la década de los 70 para examinar las causas de las enfermedades y estudiar vías para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario” (en Rodríguez-Marín, 2000).

Carrobles (1993) la delimita como un campo de especialización de la Psicología que centra su interés en los problemas de salud más frecuentes en la población, cuya principal función es prevenir la ocurrencia de éstos, así como su tratamiento y rehabilitación mediante el uso de la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología Científica, bajo el supuesto de que la conducta humana constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades existentes en la actualidad (en Hernández y Grau, 2005).

Por último, en años más recientes Piña y Rivera (2006) también han hecho una contribución muy significativa, los autores mencionan al respecto que:

“...la psicología de la salud debe entenderse simple y llanamente como un ´campo de actuación profesional en el que los psicólogos poseen tanto los conocimientos -saber acerca de las cosas- como las competencias -saber hacer las cosas de modo eficiente- indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación, fundamentalmente, con especial énfasis en la investigación de qué y cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud” (p.673).

Todas estas definiciones convergen en el punto de ver a la Psicología de la Salud como la disciplina que incorporó los factores psicológicos, sociales y medioambientales en el campo de la salud para dar explicación y solución al tema del proceso salud-enfermedad, especialmente de las enfermedades crónicas, con énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud y en la prevención de enfermedades relacionadas con los estilos de vida y los hábitos poco saludables.

La Psicología de la Salud surgió como una perspectiva sistémica e integradora desde un modelo biopsicosocial. Como se mencionó en el capítulo anterior, este modelo plantea que es posible la explicación de las enfermedades mediante factores físicos, psicológicos, sociales y culturales, enfocando su atención en las actividades preventivas y en la promoción de la salud. Desde una perspectiva amplia entiende al individuo como un ser integral en el que se agrupan factores psicológicos y sociales y aspectos relacionados con su funcionamiento biológico.

Santacreu (1991) hace un análisis del modelo biopsicosocial proponiendo que la salud es resultado de un proceso de adaptación del individuo, en tanto la enfermedad es su incapacidad para adaptarse a los cambios en el ecosistema. Para este autor la Psicología de la Salud hace un intento por describir las variables del individuo y del ecosistema que están influyendo en su comportamiento y en la salud mediante un modelo que las relacione.

Santacreu, Márquez y Zaccagnini (1989) representaron en un esquema las relaciones que se establecen entre los diferentes elementos del modelo biopsicosocial, el cual se muestra en la figura 1.

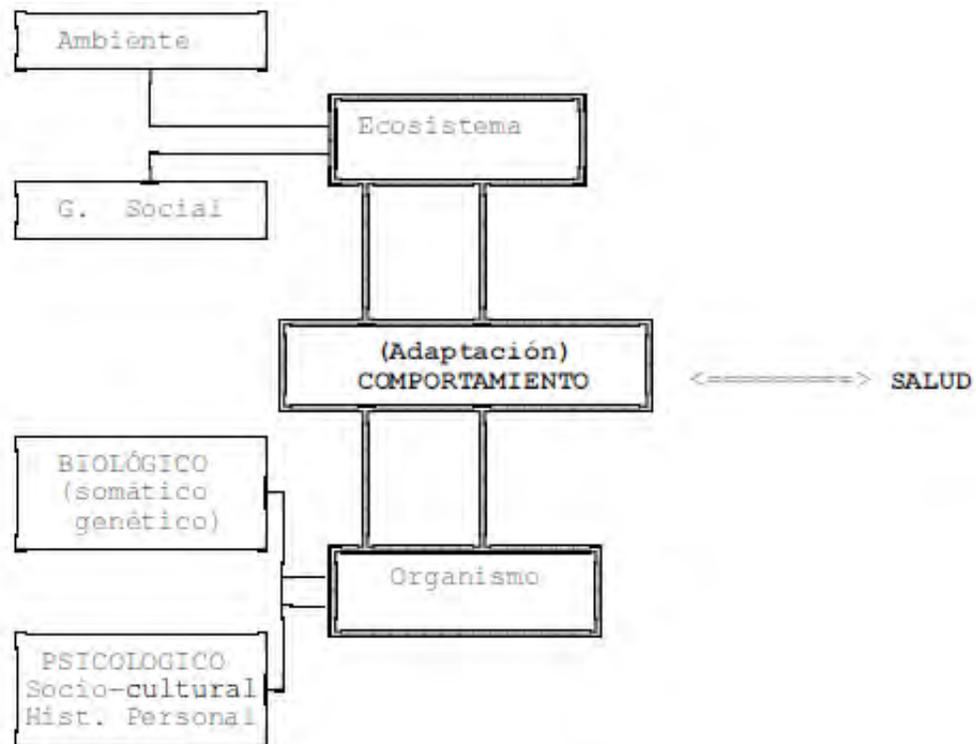


Figura 1. Elementos del modelo bio-psico-social que explican la salud en función de la adaptación del individuo en su ecosistema (tomado de Santacreu, 1991).

Como se puede observar en el esquema anterior, el *ecosistema* se refiere al conjunto de situaciones que estimulan el comportamiento del individuo y al que trata de adaptarse. Está constituido por el ambiente físico y el grupo social, como la familia, la escuela, la ciudad, etcétera. Por otra parte el *organismo* integra y relaciona las características biológicas y psicosociales. Durante la evolución del organismo hay un momento concreto en el que se precisan las características específicas que lo definirán. El *comportamiento* está constituido por las manifestaciones del organismo en su ecosistema como una forma de adaptarse, dando lugar, en ocasiones, a una modificación o manipulación, y en otros, a un cambio psicológico en el individuo. Por tanto, la salud es el resultado de la adaptación del comportamiento del individuo en su ecosistema (Santacreu, 1991).

Para Santacreu es de suma importancia estudiar el ambiente y las condiciones sociales que permean al individuo, así como las características individuales y las interacciones en su entorno para comprender el origen de su comportamiento e identificar las condiciones que facilitan la aparición de conductas de riesgo.

Por su parte Piña y Rivera (2006) ponen énfasis en que es indispensable determinar un modelo teórico y metodológico que respalde a la Psicología de la Salud como un campo de actuación profesional cuyo propósito principal es intervenir de manera eficaz en un problema de salud pública, de manera que se permitan plantear hipótesis respecto al problema, analizar sobre qué conocimientos son necesarios para dar solución a éste y qué competencias se requieren para lograr los objetivos.

Un aspecto fundamental que los autores subrayan es la definición clara de la dimensión psicológica en interacción con lo biológico y social en la delimitación del concepto de Psicología de la Salud. Ribes y López (1985; en Piña y Rivera, 2006) proponen que la dimensión psicológica de la salud debe ser entendida como el comportamiento del individuo en cuanto a su hacer y decir en interacción con el ambiente físico y con otros individuos.

A partir de lo antes citado, se distinguen tres factores de la dimensión psicológica de la salud: la participación que tiene el comportamiento del individuo en el equilibrio del estado biológico, las aptitudes del individuo reflejadas en la eficacia de su interacción con múltiples eventos que afectan de forma directa o indirecta a su salud y las conductas de riesgo que afectan la condición orgánica del individuo (Piña y Rivera, 2006).

El concepto de salud se ha relacionado con diferentes elementos que rodean al individuo, es decir, en primera instancia tiene que ver con el equilibrio orgánico que éste posea, entendiendo que el sujeto está sano mientras desarrolle

sus actividades cotidianas sin la presencia de alguna dolencia o síntoma de enfermedad; por otra parte, su estado de salud también está interrelacionado con su ambiente e interacciones personales que establezca. En esta definición ha cobrado especial relevancia el elemento psicológico pues se ha considerado un factor determinante en el estado físico del individuo. De tal suerte que la salud y la enfermedad están relacionados con los hábitos y actitudes de los individuos en su contexto social, así como con la indiscutible desigualdad en el acceso a los servicios de salud que enfrenta la comunidad. La salud debe ser entendida como una oportunidad para mantenerla mediante una mejor calidad de vida y un aumento en el bienestar personal y social del sujeto (Hernández y Grau, 2005).

Equivalentemente la salud se concibe como un proceso donde el individuo posee la capacidad para mantener el equilibrio de sus elementos vitales, del propio organismo, a nivel social y en relación a su ambiente. Esto significa que la salud está ligada al funcionamiento global de la persona en las diferentes esferas de su vida. La salud de un individuo depende de factores biológicos, sociales, el entorno físico, los estilos de vida, el medio ambiente y el acceso y calidad de servicios de atención a la salud, esto sugiere la responsabilidad del individuo, la sociedad y el sistema de salud sobre el proceso salud-enfermedad.

Hasta el momento, una de las definiciones más sobresalientes sobre salud es la que propuso la OMS en 1974 determinando que “es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias y enfermedad”.

La definición de la OMS da cuenta de que la salud trasciende a campos de intervención de otras disciplinas, como las ciencias sociales, que permite la creación de instituciones que dan asistencia para mejorar las condiciones de calidad de vida y servicios sanitarios a la población en general.

Ciertamente la salud debe considerarse como un fenómeno complejo en el que intervienen y se relacionan diferentes variables, por lo que debe ser abordado

interdisciplinariamente, pues es necesaria la integración de diversas disciplinas para su comprensión (Alcántara, 2008).

Con la evolución del concepto de salud donde se da importancia a los factores psicológicos y sociales en la misma medida que los orgánicos implicados en el proceso salud-enfermedad, cobran relevancia las contribuciones que hace la Psicología en el ámbito de la salud.

En este sentido se puede afirmar que la Psicología de la Salud tiene un papel imprescindible en el estudio de los componentes subjetivos que intervienen en el proceso salud-enfermedad. Su interés se dirige a identificar los factores psicológicos que inciden en la salud y la enfermedad, en la recuperación y todos aquellos aspectos interpersonales que están presentes en el acceso a los servicios de salud. En la práctica integra acciones para promocionar la salud, prevenir las enfermedades, atender a los enfermos y adaptar los servicios de salud de acuerdo a las necesidades de la población, por lo que su actuación se requiere en todos los niveles de atención, centrándose tanto en el individuo como en la familia y en la comunidad (Martín, 2011).

Justamente desde la perspectiva de esta disciplina se reconoce que el proceso salud-enfermedad del individuo varía en función de variables orgánicas, factores ambientales y psicosociales, además de los estilos de vida y el entorno social que cada vez cobran mayor relevancia (Flórez-Alarcón, 2006).

Es posible afirmar que la Psicología de la Salud se adecua a situaciones particulares, a la organización en salud de cada cultura y a los contextos ambientales en lo que desempeña su rol. En lo que respecta a la salud del individuo, la Psicología se enfrenta a un desafío importante debido a que mantener una salud favorable depende de la aceptación de la persona para llevar a cabo prácticas adecuadas en su vida; el psicólogo de la salud promueve conductas

saludables, no obstante, adoptar y mantener éstas obedece a una serie de factores que interactúan con variables interpersonales y contextos físicos.

Al respecto, es tarea de la Psicología hablar y actuar en la salud pues dentro de sus actividades más importantes se encuentra la de definir qué hacer, en cuanto a reconocer cuál es la aproximación teórica o metodológica más adecuada para abordar la problemática de salud y resolverla a la brevedad y con eficacia. También debe identificar el cómo y porqué, a partir de la determinación del problema de salud, con relación al entorno social que influye en el individuo (Piña y Rivera, 2006).

Godoy (1999; en Piña y Rivera, 2006) ha distinguido como características fundamentales de la Psicología de la Salud:

- 1) La adopción de un modelo biopsicosocial que entiende la salud y enfermedad de manera integral.
- 2) El énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud.
- 3) Interés en la prevención de la enfermedad a partir de la modificación de hábitos y conductas de riesgo y desarrollo de estilos de vida adecuados.
- 4) Motivación a la participación activa de la comunidad en aras del mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades.
- 5) Establecimiento de estrategias para la *evaluación, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad* individual y comunitaria.
- 6) Capacitación de los profesionales de la salud en cuanto al trato digno del paciente y su actuación eficaz para vencer los desafíos de la salud.

Hoy día los aportes de la Psicología de la Salud son integrados en modelos biopsicosociales para poder explicar el papel que en el proceso salud-enfermedad ocupan las creencias sobre la salud, los estilos de vida y las conductas de riesgo, el estrés de la vida cotidiana, las emociones presentes en situaciones particulares,

el apoyo de familiares, amigos o conocidos, la motivación en el cuidado de la salud y el tratamiento de la enfermedad.

Asimismo, las habilidades de comunicación e interacción social, los hábitos personales, el autocontrol y las formas de afrontamiento en circunstancias diversas, la vulnerabilidad de enfermar, las tendencias a enfermar o mantener la salud, la adaptación al medio ambiente, la aceptación de la enfermedad, la calidad de vida que percibe el individuo, entre otros factores, se convierten en el objeto de estudio de la Psicología en este ámbito, en los diferentes niveles de atención, en cualquier contexto. Mucci y Benaim (2005) comparten su propuesta en la delimitación conceptual de la Psicología de la Salud:

“La ciencia psicológica provee aplicaciones prácticas al área de la salud y, su inclusión en ese campo, se relaciona con las transformaciones resultantes de sus desarrollos científico-investigativos y de la inserción del psicólogo en “territorio médico”. Es decir, conlleva la convergencia interdisciplinaria” (p. 124).

Áreas y programas de intervención de la Psicología de la Salud

Siguiendo este punto, cabe mencionar que la Psicología de la Salud ha destacado el trabajo interdisciplinario en el estudio integral del individuo y en la identificación de los elementos que constituyen el proceso salud-enfermedad, determinando que el estado mental del sujeto es producto de la interrelación de su estado físico y orgánico. De tal modo que la Psicología de la Salud se ha abierto a campos de acción novedosos, introduciendo cambios en las prácticas de los psicólogos con el paso de los años.

En las instituciones de salud, la Psicología de la Salud ha trascendido en las tareas de orientación psicológica con adultos, adolescentes, niños y con familias; en entrevistas de diagnóstico clínico, psicoterapia e informes

psicológicos. Gracias al reconocimiento del trabajo eficiente de los psicólogos en las entrevistas a pacientes, el tratamiento de pacientes con trastornos psicológicos y su alta competencia en el área clínica, el espacio para su actuación va en crecimiento (Castro, 2004).

La inserción del psicólogo en el campo hospitalario asiste y favorece la práctica en el territorio médico, otorgando servicios con énfasis en los niveles de asistencia y prevención. El trabajo en equipo con médicos y otros profesionales de la salud ha logrado aumentar la eficacia de las estrategias de intervención, pues la labor de los psicólogos no sólo se orienta a intervenciones clínicas, sino también preventivas ante enfermedades agudas y crónicas (Mucci y Benaim, 2005).

Oblitas (2008) llevó a cabo un estudio amplio acerca de las diferentes áreas de actuación del psicólogo en el ámbito de la salud, acorde a las enfermedades crónicas más usuales en la sociedad actual, que a continuación se profundizan.

En primera instancia se encuentra la **psico-oncología**, dirigida a detectar e intervenir sobre los factores psicosociales que influyen en la génesis del cáncer y sobre los factores psicológicos más significativos que faciliten la detección temprana del cáncer. En cuanto a la intervención terapéutica y la rehabilitación, la Psicología de la Salud actúa en la respuesta emocional de los pacientes, familiares y los profesionales de la salud en las diferentes fases de la enfermedad para mantener una buena calidad de vida a nivel personal y social que está siendo afectada por el proceso de la enfermedad. En esta área, la investigación es muy importante para desarrollar protocolos de evaluación e intervención más eficaces, y la psicoterapia ha logrado reducir los efectos emocionales negativos facilitando la adaptación de los pacientes a las nuevas situaciones que implica su enfermedad para una mayor recuperación.

Una segunda área se relaciona con los **trastornos cardiovasculares**, en donde se interviene en los factores de riesgo, centrandó la atención en la

evaluación y modificación del comportamiento inadecuado del paciente. En estos casos, se actúa en la evaluación psicológica para detectar niveles de ansiedad o depresión; tratamiento individual, adherencia al tratamiento para preparar a los pacientes en caso de intervenciones dolorosas o quirúrgicas, así como el seguimiento y recuperación; por último la reintegración social en el campo laboral, con la pareja y en el entorno familiar.

De igual manera el **dolor crónico** constituye otra área importante para los psicólogos de la salud, encaminados mejora del estado afectivo y cognitivo mediante su reducción. Mientras tanto, en los casos de **VIH/SIDA** los psicólogos intervienen principalmente en la prevención primaria con el objetivo de evitar conductas de riesgo; en la prevención secundaria y terciaria para detectar de forma temprana el virus, prevenir una reinfección o infecciones oportunistas, motivar el autocuidado y facilitar la adherencia al tratamiento con antirretrovirales. La psicoterapia es una estrategia indispensable por el impacto emocional que conlleva el diagnóstico; además del proceso de morir y el duelo.

Entretanto el **asma** ha llamado la atención de los psicólogos y han tenido un papel importante en la intervención de dicha enfermedad. Se comienza dando información pertinente sobre la enfermedad y el tratamiento, para que los pacientes la afronten de manera positiva y acepten el tratamiento. Se debe atender a las múltiples variables presentes, al control de la ansiedad y depresión y la eliminación de las conductas no saludables.

Por último en la **diabetes** se interviene sobre las situaciones estresantes y con los problemas de adherencia al tratamiento, principalmente en adolescentes y jóvenes. La actuación de la Psicología de la Salud aquí es amplia, desde el mejoramiento en la adherencia, reducir el efecto negativo del diagnóstico y de la enfermedad misma, el control de episodios hipoglucémicos y algún trastorno psicológico derivado de la enfermedad.

La incorporación de las actividades correspondientes a la Psicología de la Salud en el ámbito hospitalario comenzó hace algunas décadas. Un número considerable de psicólogos se están desempeñando en los hospitales generales, incluso más que en los hospitales psiquiátricos y han generado aportes significativos en este campo como:

- La educación para la salud, mejoramiento de las condiciones ambientales y promoción de conductas saludables.
- La prevención y control de enfermedades transmisibles, crónico-degenerativas y accidentes. Entre las más frecuentes se encuentra (VIH/SIDA, hipertensión arterial, miopía, diabetes, cáncer, insuficiencia renal).
- La adherencia terapéutica, tratamiento de dolor crónico, atención en adicciones y trastornos alimenticios, educación sexual y reproductiva.

Otro ámbito en el que ha ganado lugar es el área educativa, en relación a la orientación a docentes, directivos de escuelas y a padres de familia; evaluación de desempeño académico y orientación vacacional. Además se ha destacado en aplicación de test e intervenciones psicológicas con niños y adolescentes con problemas de conducta (Castro, 2004).

La educación para la salud otorga posibilidades de aprendizaje dirigidos a generar cambios de conductas para lograr una meta, está ligada a la prevención encaminada al cambio de comportamientos que han sido factores de riesgo en la obtención de algunas enfermedades. La actividad de la Psicología de la Salud en las escuelas tiene el propósito de ampliar el conocimiento de la población respecto a la salud, de manera comprensiva y ayudando a desarrollar habilidades individuales que lo pongan en práctica.

El contexto escolar es un entorno en el que la Psicología de la Salud puede llevar a cabo intervenciones preventivas, debido a que es un lugar en el que los

niños y jóvenes dedican mucho tiempo de su día, convirtiéndose en un escenario en el que las conductas están a merced de la salud de los alumnos, destacando el consumo de drogas, los accidentes, problemas de la vista y en mayor medida, las agresiones (Hernández, Hernández y Aguila, 2015).

Se debe actuar desde la prevención a partir del control de situaciones de riesgo mediante la capacitación de los responsables en los diferentes niveles educativos, desde los directivos hasta los docentes y los familiares, así como los estudiantes. En la promoción, fortaleciendo habilidades y capacidades mediante la información oportuna que motiven el mejoramiento de los estilos de vida.

En las empresas, la Psicología de la Salud se ha dedicado a la elaboración de informes psicológicos de los empleados, perfiles de puestos, la selección de personal, evaluación mediante pruebas psicométricas y proyectivas, programas de capacitación y el diagnóstico a partir de las pruebas psicológicas. En el ámbito forense, en cárceles o reclusorios, la Psicología de la Salud ha dominado principalmente en los informes psicológicos, las entrevistas de diagnóstico y la intervención psicológica con los familiares (Castro, 2004).

La situación en las cárceles ha propiciado que un gran número de factores incidan negativamente en la salud de los reclusos, facilitando el desarrollo de enfermedades infectocontagiosas debido a la sobrepoblación; además de violencia, adicciones, enfermedades de transmisión sexual que amenazan constantemente la calidad de vida de las personas que se encuentran ahí.

Es necesario y merece mayor relevancia la creación de entornos saludables en las prisiones para garantizar el cuidado de su integridad física y psicológica. La Psicología de la Salud desempeñaría una labor importante en la implementación de prácticas y políticas de atención primaria en salud, para otorgar un ambiente sano, incrementar la incidencia de enfermedades en la comunidad reclusa y

asegure el bienestar físico y psicológico (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

“El sistema de detención opera como un círculo vicioso para esta población, en tanto queda marginada nuevamente por las características propias de un sistema de vigilancia constante, coercitivo, con sobrepoblación, alimentación y atención sanitaria inadecuados, generador de promiscuidad, violencia, ocio, enfermedades, y lo que es peor, un sistema que por diversas razones no ha desarrollado estrategias educativas que permitan a dicha población una reinserción en la sociedad” (Organización Panamericana de la Salud, 2003, p.11).

La Psicología de la Salud ha dado aportes a nivel teórico y ha desarrollado excelentes estrategias de intervención, lo cual ha sido imprescindible en el establecimiento de su identidad práctica en el ámbito de la salud en diferentes niveles de atención. Asimismo ha logrado interactuar con otras disciplinas encargadas de la salud para conseguir la construcción de una conceptualización integral del proceso salud-enfermedad en el marco del modelo biopsicosocial a partir las contribuciones de la Psicología.

3. FUNCIONES DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

El rol del psicólogo de la salud ha logrado perfeccionarse en una visión más amplia respecto a la salud, creciendo profesionalmente en cuanto a conocimientos y competencias para cumplir con diversas funciones en diferentes áreas de actuación en el ámbito de la salud.

Oblitas (2007) considera que la inserción del psicólogo en el campo de la salud tiene su protagonismo en la promoción de estilos de vida saludables, la prevención mediante la modificación de hábitos inadecuados que originan la enfermedad, el tratamiento de enfermedades específicas en conjunto con otros profesionales de la salud y la evaluación del sistema de salud (en Gómez, Chamorro, Obispo, Parra, Paba y Rodríguez, 2013).

La principal acción de los psicólogos va dirigida al mantenimiento de la salud, por lo que debe conocer y analizar el impacto de su atención en los establecimientos de salud, para que sea posible su involucración en el diseño de programas de acuerdo a los alcances económicos y culturales de la población, incorporando la orientación psicológica en la aplicación de dichos programas (Redondo, 2013).

El psicólogo de la salud actúa de forma específica en prevención y promoción, así como en la enunciación de políticas sanitarias con el propósito de crear un sistema de salud pública eficiente y eficaz, y contribuir al bienestar biopsicosocial del individuo y la comunidad, actuando a nivel personal, grupal y comunitario (Gómez et al, 2013).

A continuación se profundizarán las funciones básicas y esenciales que, de acuerdo a diversos autores, son la promoción de la salud, prevención de la enfermedad; diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y el mejoramiento de las políticas sanitarias, que el psicólogo desempeña activamente en el ámbito de la

salud en los diferentes establecimientos y escenarios que engloban los niveles de asistencia a la salud constituyentes del sistema sanitario en Latinoamérica.

3. 1 Promoción de la salud

La primer función que se destaca en la actuación del psicólogo es la promoción de la salud, siguiendo a Redondo (2013) se puede afirmar que al destacarse la incidencia del comportamiento en la presencia de algunas enfermedades, los malos hábitos como fumar, consumir alcohol y drogas, la alimentación inadecuada y la inactividad física, poco a poco ocuparon un espacio significativo en las principales causas de morbilidad y mortandad, por lo que tanto las enfermedades crónicas como las infectocontagiosas debieron abordarse desde el punto de vista del cambio de comportamientos, dando lugar a funciones más específicas del psicólogo en el ámbito de la salud.

De tal manera el psicólogo de la salud actúa para el desarrollo y fortalecimiento de los estilos de vida que conducen a gozar de una calidad de vida y salud favorables; se dirige al mantenimiento del estado de salud óptimo del individuo a través de la información y la educación en prácticas sanitarias y hábitos adecuados, proponiendo cambios ambientales y comportamentales

En la historia se demuestra que la promoción de la salud es una estrategia que se estableció en la primera Conferencia Internacional, en Ottawa el 21 de noviembre de 1986, con la inicial propuesta de crear entornos favorables, facilitar la participación activa de la comunidad y establecer estilos de vida saludables. Esta estrategia va ligada a la vida cotidiana de las personas, por lo tanto, se pone énfasis en los determinantes sociales de la salud (Julio, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

En términos conceptuales consiste en proporcionar a la comunidad los medios necesarios para el mejoramiento de la salud y el autocontrol y autorresponsabilidad sobre la misma, con la finalidad de que el individuo alcance y goce de un adecuado bienestar físico, psicológico y social mediante la igualdad de oportunidades en la prestación de los servicios de salud. Por tanto, los grupos sociales, los profesionales y personal de la salud deben asumir la responsabilidad de actuar a favor de la salud para lograr tales objetivos (Martín, 2011).

La Organización Panamericana de la Salud (2003) rescata cinco lineamientos fundamentales sobre la promoción de la salud que dio a conocer la OMS en 1984, los cuales se enlistan enseguida:

- a) Se considera a la población y su entorno como un todo.
- b) Sus acciones se dirigen a aspectos específicos de la salud.
- c) Sus métodos son complementarios.
- d) Motiva la participación activa de la población.
- e) Los profesionales de la salud, especialmente de atención primaria, tienen un rol fundamental en la promoción de la salud.

En la Carta de Ottawa también se establecen las acciones que se deben llevar a cabo para promocionar la salud.

1. Elaboración de **políticas públicas saludables** para asegurar los bienes y servicios de salud sanos y seguros, garantizar calidad e higiene de los servicios de salud bajo un ambiente agradable, evitando obstáculos en la prestación de servicios de los profesionales de la salud.
2. Creación de **entornos favorables** para la protección de la salud de las personas en su medio ambiente, bajo la responsabilidad y compromiso de grupos sociales, profesionales y personal de salud para contribuir a la creación de una sociedad sana, segura y grata.

3. El fomento de la **participación comunitaria** es imprescindible dentro de las estrategias de promoción de la salud, por ende los profesionales de la salud deben motivar la acción activa de la población para la toma de decisiones y elaboración de estrategias que favorezcan sus condiciones de vida.
4. Favorecer el **desarrollo personal y social de aptitudes** mediante información adecuada y educación sanitaria, para que la población adquiera mayor responsabilidad sobre su propia salud y su contexto y aprenda a lidiar con futuras enfermedades.
5. La **reorientación de servicios sanitarios** y recursos de las instituciones de salud para prevenir en mayor medida la aparición de enfermedades.
6. **Visión a futuro** porque la salud es responsabilidad personal y social; gozar de un calidad de vida favorable depende principalmente del individuo mismo y de lo que realice en su vida cotidiana.
7. El **compromiso** a favor de la promoción de la salud mediante políticas adecuadas, equidad sanitaria, capacitación a las personas, familias y comunidad para mantener su salud; otorgar los recursos necesarios para que las diferentes disciplinas y sectores lleven a cabo la promoción de la salud bajo la idea de que mantener la salud constituye una inversión imprescindible.

Werner, Peliocini y Chiattonne (2003) señalan que las atribuciones más destacadas del psicólogo en la promoción de la salud son:

- Identificación de la población en riesgo.
- Desarrollo de programas de promoción de conductas saludables, especialmente las relacionadas con el medio ambiente.

- Intervención con enfermos crónicos con la finalidad de gozar de una buena calidad de vida.
- Inserción en el campo comunitario y de salud pública
- Resolución de los problemas de salud desde una perspectiva integral.

Los psicólogos de la salud juegan un papel muy importante en la ejecución de las actividades anteriores y están logrando desempeñarse en el territorio sanitario de manera satisfactoria.

3. 2 Prevención de la enfermedad

De igual modo la prevención de la enfermedad ha ocupado una importante área en el trabajo de los psicólogos de la salud. Las actividades preventivas de los psicólogos se basan principalmente en la modificación de conductas de riesgo, poniendo especial atención a las variables comportamentales, afectivas y motivacionales; el desarrollo de ambientes favorables, el diagnóstico e intervención tempranos de las enfermedades y la disminución de secuelas

Echeburúa, Salaberría, Corral y Cruz-Sáez (2012) ubican la inserción del psicólogo en el ámbito de la salud en los niveles básicos de la prevención de enfermedades, que comprenden los siguientes aspectos:

1. La **prevención primaria** cuya intervención es la más temprana está enfocada a evitar cualquier aparición de enfermedades o reducir la incidencia de la enfermedad mediante el control de factores de riesgo.

En prevención primaria los psicólogos de la salud llevan a cabo programas de intervención encaminados a la educación para la salud. El psicólogo de la salud ha demostrado que posee la habilidad de trabajar con la población en general respecto al desarrollo de hábitos saludables, prevención del abuso de consumo de

tabaco, alcohol y drogas, desarrollo de habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, manejo de la ira y mejora de la autoestima. Asimismo, interviene con la población en situación de riesgo o crisis.

2. En la **prevención secundaria** los objetivos van encaminados a reducir el progreso de la enfermedad a partir de un diagnóstico oportuno de la enfermedad que aún no presenta manifestaciones clínicas, así como un tratamiento eficaz mediante exámenes médicos periódicos.

En este nivel de prevención el psicólogo presta sus servicios de apoyo psicológico a los pacientes con dificultades para enfrentar situaciones de su vida que le causan algún malestar emocional o físico.

Una vía de actuación bastante demandada es la intervención con personas que han sufrido alguna pérdida, un ser querido, una ruptura, el empleo, etc. En este sentido, el psicólogo de la salud motiva a los pacientes para acudir al servicio psicológico, otorga información y educación para la salud y fomenta habilidades en la solución de problemas. Por otra parte, interviene en pautas de comportamiento de enfermedades que traen consigo alguna implicación psicológica como obesidad, migraña, diabetes, hipertensión, cáncer; estableciendo hábitos saludables y apoyo psicológico para enfrentar de manera positiva la enfermedad.

3. La **prevención terciaria** solicita la acción del psicólogo para ayudar al paciente a minimizar las secuelas de la enfermedad, engloba acciones relacionadas con la recuperación de la enfermedad tras un correcto diagnóstico clínico y tratamiento y rehabilitación en las diferentes esferas del individuo. En la prevención terciaria, se lleva a cabo rehabilitación psicológica después de complicaciones o periodos prologados de hospitalización.

En la tabla 1 se muestra la relación que guarda la evolución de la enfermedad con los niveles de prevención a manera de resumen.

Tabla 1. Relación entre la evolución natural de la enfermedad y fases de la prevención				
Fases de enfermedad	Susceptibilidad (inducción)	Presintomático (latencia)	Enfermedad clínica	Curación, disfunción o muerte
Cambios fisiológicos	Prepatogénesis	Patogénesis		Resolución o secuelas
Niveles de prevención	Primaria	Secundaria		Terciaria
Tipo de intervenciones	Educación sanitaria, legislación, protección específica, medio ambiente.	Diagnóstico, y tratamiento precoz	Diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, limitación de la incapacidad	

Debe tomarse en cuenta que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son complementarias, ya que es necesario otorgar información pese a la presencia de un daño físico de la persona, a la vez que se requiere de la prevención o evitar factores de riesgo aunque la persona goce de una excelente condición de salud.

Entonces el psicólogo actúa en promoción de la salud bajo la hipótesis de que las personas pueden hacerse responsables de su estado de salud y bienestar físico, personal y social, aunado a la prevención de la enfermedad que dedica su trabajo a evitar cualquier aparición de síntomas o de la enfermedad.

3. 3 Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación

La función del psicólogo de la salud en el tratamiento se constituye por sus acciones dirigidas a resolver el problema previamente identificado. En este caso, el psicólogo debe hacer un diagnóstico previo para identificar la problemática a nivel comportamental, cognitivo, emocional y social.

El psicólogo estudia los factores personales y sociales que están perturbando la adaptación del paciente debido a su enfermedad. Por tanto, su actuación implica la identificación y evaluación de aquellos factores psicosociales que afectan el tratamiento recibido por el paciente y que atentan sobre su bienestar en el proceso de la enfermedad; después la identificación de factores psicosociales consecuentes de la enfermedad y, por último, el diseño y aplicación del plan de tratamiento. La función del psicólogo radica en realizar un programa de intervención que se ajuste a la enfermedad.

Citando nuevamente a Redondo (2013), la autora destaca que una herramienta fundamental en la práctica del psicólogo de la salud es la **evaluación**, ya sea a nivel individual o grupal. La utilidad de ésta reside en el conocimiento de los factores que contribuyen al comienzo y progreso de la enfermedad, proporciona un grado de predictibilidad, permite al psicólogo planear y llevar a cabo su intervención y el trabajo entre los demás profesionales.

"La ventaja de la utilización de instrumentos y aparatos es su objetividad, recogiendo información sobre eventos psicológicos observables o amplificables que en gran parte de los casos no son controlables por el sujeto evaluado, además de que su interpretación está a cargo de instrumentos objetivos, aumentando el rango de objetividad al disminuir el grado de intervención del evaluador (p. 72)".

Uno de los métodos más utilizados y valiosos para el profesional de la salud es la entrevista, por su utilidad en la obtención de información respecto a los estilos de vida, actitudes, creencias, prácticas o hábitos.

La aplicación de cuestionarios o pruebas psicológicas relacionadas a problemas de salud han cobrado un interés importante en la evaluación psicológica. Por otra parte, la autoobservación y los autoregistros han dado lugar a una responsabilidad marcada de los pacientes hacia hábitos de vida saludables,

ya que permite el autoconocimiento y, por ende, la discriminación de su comportamiento.

Conviene indicar aquí que las intervenciones en salud están orientadas a desarrollar acciones para adquirir, fortalecer y sostener conductas para un bienestar físico, psicológico y social.

El psicólogo también actúa en rehabilitación con el propósito de minimizar efectos negativos debidos a las secuelas de la enfermedad, para ayudar al paciente a reintegrarse en su contexto social y reincorporarse a sus actividades cotidianas, además del trabajo con los familiares del paciente, otorgando la información necesaria para apoyar al enfermo y sobrellevar enfermedades subsecuentes.

Específicamente el tratamiento está relacionado con la prevención secundaria y terciaria. Mientras la primera busca reducir la gravedad de la enfermedad para evitar complicaciones y secuelas, la segunda, se orienta a la reducción de la invalidez por la enfermedad y la rehabilitación de la misma cuando el tratamiento no fue efectivo. En el tratamiento y rehabilitación se interviene en la reducción de estrés emocional y modificación de comportamientos que provocan la enfermedad, cambio de creencias equivocadas sobre el proceso salud-enfermedad, información oportuna y asesoría a la familia, reintegración al contexto social y laboral, capacitación de los profesionales de la salud sobre la relación con el paciente y estrategias para una adecuada adherencia terapéutica (Tobón y Núñez, 2000).

Las nuevas demandas terapéuticas han abierto más posibilidades de intervención a la Psicología de la Salud. En los últimos años se ha solicitado el servicio psicológico por problemas como depresión, ansiedad, adicciones, problemas de conducta y bajo rendimiento académico en niños y adolescentes,

estrés, duelo, entre otros; frecuentemente relacionados con la exigencia de la vida cotidiana y la carencia de estrategias de afrontamiento a los obstáculos diarios.

3. 4 Mejoramiento de las políticas públicas sanitarias

La redefinición del sistema sanitario permitió una amplia actuación del psicólogo en el campo de la salud pública, especialmente en el desarrollo de programas y políticas sanitarias, por su transcendencia en la actividad investigativa y el cambio en la visión de la salud.

Las políticas de salud le dan el mayor grado de autonomía y responsabilidad al sector salud, siendo la manera en que se utilizan los recursos que la comunidad ha asignado a las actividades de salud (Martín, 2011).

El trabajo de Tobón y Núñez (2000) también ha sido significativo en este ámbito, estos estudiosos consideran que la nueva concepción de salud y el fundamento en el modelo biopsicosocial ha llevado a la reflexión de los sistemas de salud actuales en Latinoamérica, con el propósito de hacer las modificaciones pertinentes en los diferentes establecimientos de salud. La prestación de servicios debe ser óptimo en donde se incluyan los factores biológicos, psicológicos y sociales del proceso salud-enfermedad para que el fin primordial sea la salud de los usuarios en su sentido amplio.

De tal suerte que el psicólogo de la salud tiene la oportunidad de desarrollar tareas encaminadas a un servicio más óptimo, eficaz, integral y de calidad; actuando en tres áreas importantes:

- 1) Desarrollar e implementar acciones encaminadas a mejorar las políticas de salud, a partir del involucramiento dentro de las actividades de estructuración de reglamentos a nivel de los sistemas de salud.

2) Desarrollar y ejecutar programas para las instituciones prestadoras de servicio de salud, con el propósito organizar de una mejor manera la estructura y funcionamiento, así como el servicio de atención.

3) Finalmente, tiene la capacidad de intervenir en los demás profesionales de salud para formarlos con actitudes y habilidades adecuadas para una atención humana y de calidad a los pacientes.

Las demandas sanitarias y las características de la población están en constante cambio, por lo que el psicólogo es indispensable en la reorientación de los servicios de salud, tomando en cuenta los recursos financieros y legislativos con los que se cuenta para lograr un alto impacto en los servicios de salud.

La implementación de políticas públicas sanitarias es una de las áreas más importantes para la inserción del psicólogo de la salud. Para llevar a cabo esta tarea se requieren de instrumentos de información, educación y comunicación social, de modo que el psicólogo debe identificar los factores que afectan la salud del individuo, promoviendo conductas saludables, impulsando procedimientos para cambiar las conductas de riesgo y métodos que destaquen los beneficios de su intervención en este campo de acción.

3. 5 Niveles de atención a la salud

En este apartado se dan a conocer las características de los niveles de atención en salud a partir de la revisión del Dr. Vignolio Julio. El sistema de salud se constituye de tres niveles de atención para aumentar la capacidad de respuesta a los principales problemas de salud que se presenten en la población, satisfaciendo las necesidades de un área de trabajo determinada.

"Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven" (Julio, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011, p.12).

Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento, el grado de complejidad se refiere a las tareas o procedimientos que lleva a cabo una unidad asistencial y determina los recursos humanos, físicos y tecnológicos que se necesitan para alcanzar los objetivos de la unidad y de la organización de atención a la salud.

3.5.1 Primer nivel de atención a la salud

El primer nivel de atención a la salud es la puerta de entrada y el contacto inicial con los usuarios de los servicios de salud. En este nivel se deben resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes mediante actividades de promoción, prevención y rehabilitación. Es la organización que cuenta con los establecimientos como consultorios, policlínicas, centros de salud, en los cuales se resuelven más del 80% de los problemas de salud que prevalecen en las comunidades. En este nivel debe existir una adecuada accesibilidad que garantice una atención oportuna y eficaz.

En este nivel de atención, las acciones del psicólogo van encaminadas a favorecer la atención integral de la salud de los usuarios, por ende, se reconoce como necesaria la contribución de esta disciplina en los diferentes ámbitos de los sistemas de servicios de salud.

Las prácticas integrales de los psicólogos de la salud correspondientes al primer nivel de atención, dan pauta al encuentro de la Psicología con el proceso salud-enfermedad, en donde se integran factores biológicos, psicológicos, sociales

y culturales que trascienden al modelo tradicional, en donde el psicólogo ha adquirido un rol elemental que pinta a un avance significativo en la población.

El primer nivel de atención de la salud incluye los recursos y procedimientos para dar solución a las necesidades básicas y demandas más comunes con una accesibilidad inmediata. De no ser posible la solución a las problemáticas de salud, entonces es necesaria la referencia a los siguientes niveles de atención.

La Psicología desde la atención sanitaria parte de una concepción de salud específica, a partir de ésta se establecen los programas y estrategias adecuados para la población con la que se trabaja. Retomando el trabajo de Borches (2014) sobre la acción del psicólogo en el primer nivel de atención, considera que los profesionales de la salud dentro del sistema sanitario tienen como propósito primordial el mejoramiento de la salud de la comunidad.

Este nivel va dirigido a las familias, la comunidad y el medio ambiente, para satisfacer adecuadamente las necesidades básicas de salud y que las personas tengan una mejor calidad de vida, cuya asistencia es un proceso permanente y cercano al lugar de residencia o trabajo de las mismas.

Las acciones que se desempeñen en este nivel dependen en gran medida de los problemas más frecuentes que se presenten en la comunidad usuaria, partiendo de una concepción integral y la identificación de la situación de salud, se desarrollan las actividades preventivas, de promoción y rehabilitación.

Las acciones del psicólogo en prevención y promoción son fundamentales en el primer nivel de atención con base en las áreas prioritarias para la comunidad a la que otorga su servicio profesional. La promoción de la salud proporciona a la comunidad los recursos necesarios para mejorar su salud, alcanzando un adecuado bienestar físico, psicológico y social.

El psicólogo tiene la tarea de identificar los problemas principales de salud a partir de un diagnóstico en la comunidad, de tal manera las acciones prioritarias las determinan el equipo de trabajo sobre la salud y la enfermedad. Lo anterior se logrará con los recursos adecuados, el uso apropiado de la tecnología y la oportunidad de que la población acceda a los servicios de salud para satisfacer sus demandas en este primer nivel de atención.

Una de las principales prácticas que desempeña el psicólogo es la identificación de las necesidades prioritarias de la comunidad a partir del análisis que haga de la realidad social a la que se enfrenta y la determinación de las múltiples problemáticas de salud del momento. A partir de esto, podrá diseñar un programa de intervención con los objetivos óptimos que lo lleven a atender y solucionar la demanda social.

El desafío del profesional de la salud radica en generar un impacto para lograr cambios en los estilos de vida y, por ende, en la salud de los pacientes. La acción del psicólogo de la salud consiste en observar a su población y su situación sanitaria, identificando los factores psicológicos y sociales del diagnóstico, que junto con el uso de los recursos disponibles planteará su plan de intervención.

3.5.2 Segundo y tercer nivel de atención a la salud

La Psicología de la Salud ha logrado ocupar espacios importantes en intervención, análisis e investigación dentro del sistema de salud actual, aportando enormes avances de su quehacer profesional y dando propuestas teóricas para que las personas posean una buena calidad de vida.

El segundo nivel se constituye de hospitales o instituciones que prestan servicios como medicina interna, pediatría, cirugía general, gineco-obstetricia y psiquiatría. El tercer nivel de atención debe solucionar problemas de salud que

requieren atención especializada y el uso de alta tecnología. La complejidad de atención en salud se define de acuerdo al tipo de enfermedades tratadas y del nivel de especialidades médicas, aunado a los recursos, tecnología, programas de tratamiento, entre otros (Julio et al, 2011).

En conjunto, los tres niveles de atención cubren en distinta proporción a la población, se observan grandes inequidades, pues los sectores más pobres en muchos casos cuentan a menudo sólo con acceso al primer nivel de atención.

Como se mencionó anteriormente, el papel de la Psicología en el primer nivel de atención es esencial en cuanto al énfasis que hace en la promoción y mantenimiento de la salud dirigiendo su acción a los cambios de los estilos de vida. No obstante, su actividad ha llegado hasta el manejo de situaciones que pongan en riesgo al paciente, evitando que la enfermedad lo incapacite y el impacto sea menor en la funcionalidad de sus actividades. Las funciones que desempeña en el segundo y tercer niveles de atención a la salud fueron de interés en el estudio de Gómez (2007) que se especifica enseguida.

En general, la atención del psicólogo en el segundo nivel se dirige al control de la enfermedad disminuyendo su impacto, mediante hospitalización, terapia breve y atención de urgencias. Mientras que en el tercer nivel el servicio es más especializado y la acción de los profesionales de salud va encaminada al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, aunque su intervención se da a enfermedades más complejas, dando terapias de apoyo para la rehabilitación funcional del paciente. Entonces, el psicólogo de la salud puede intervenir en estos niveles desde la prevención hasta la rehabilitación, dirigidos al individuo, a la familia, a los demás profesionales de salud y a la institución.

El psicólogo interviene en la fase de hospitalización a personas con enfermedades crónico-generativas como cáncer, trasplante de órganos, enfermedad coronaria; enfermedades agudas, infectocontagiosas y terminales. La

importancia del psicólogo aquí es analizar las características de la enfermedad, el efecto que tiene ésta en los contextos en los que se desarrolla la persona, la percepción personal de su enfermedad, tomando en cuenta las creencias personales y sociales.

Cabe destacar que el diagnóstico de una enfermedad y su consecuente tratamiento, traen consigo implicaciones que pueden afectar a la persona, por tanto, para lograr una adherencia al tratamiento, el especialista solicita el apoyo del psicólogo para prevenir algunas complicaciones que deriven de la enfermedad. La información la obtiene explorando la historia clínica y con una entrevista para conocer de manera más profunda el problema que enfrenta la persona. También se indagan los factores que mantienen la enfermedad y los que pueden ayudar a un estado de salud adecuado.

Las intervenciones psicoterapéuticas deben llevarse a cabo abordando lo más importante en el manejo inmediato del paciente, para que el éste siga adecuadamente el tratamiento, evolucione de manera satisfactoria, se adhiera al tratamiento y se mueva en un estilo de vida saludable. Después de que la condición de salud del paciente es favorable para continuar el tratamiento en casa, el psicólogo continúa su intervención individual o con la familia, de acuerdo a lo que demande la enfermedad. "El seguimiento del médico especialista y del psicólogo de la salud son esenciales para asegurar el mantenimiento de los logros, no sólo desde la mirada de una enfermedad aguda sino en el caso de una crónica" (Gómez, 2007, p. 173).

La familia constituye un elemento clave en el proceso de tratamiento del paciente porque están presentes las creencias, las actitudes del grupo familiar hacia la persona, también los estilos de afrontamiento familiar, los roles en el entorno familiar y algunos aspectos de riesgo que mantienen la enfermedad, o bien, factores que protegen a la persona de ésta, así, la familia es fundamental en

la recuperación del paciente, al motivarlo a la autonomía, autoeficacia y mantener un autoestima alto pese a la enfermedad.

En conclusión, el psicólogo en el segundo y tercer nivel de atención de la salud tiene un terreno muy grande de trabajo con la persona enferma, su familia, el equipo de salud y la institución para el restablecimiento de la calidad de vida y salud integral en un paciente con enfermedad aguda o crónica. La participación del psicólogo es imprescindible en los procesos de humanización de la calidad de la atención, ya que éste tiene una visión más integral del ser humano; por lo que el aporte de la psicología es fundamental para lograr el abordaje integral del fenómeno salud-enfermedad.

3.5.3 Atención Primaria de Salud (APS)

Finalmente es importante hacer mención de la Atención Primaria de Salud que surge de la necesidad de superar los obstáculos económicos, geográficos y culturales de acceso a la población de los servicios de salud; de la inquietud por resolver los problemas relacionados con costos elevados y escaso rendimiento de centros y servicios.

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, llevada a cabo en Alma-Ata, en Rusia, en 1978, se declaró lo siguiente:

“La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad en el Sistema Nacional de Salud, llevando lo

más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Martín, 2011, p.18).

Los alcances de dicha conferencia fueron significativos para Latinoamérica, pues fue un punto de partida a una accesibilidad de la salud para toda la población. La APS es una estrategia que propone resolver los problemas mediante la reorientación y reorganización de los recursos en el sector salud e incluye los recursos y procedimientos para dar solución a las necesidades básicas y demandas más comunes con una accesibilidad inmediata (Julio, 2011).

La Atención Primaria de Salud lleva a cabo acciones de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación para resolver los problemas de salud de la comunidad. Fomenta la participación y autorresponsabilidad de la comunidad, además, cuenta con la asistencia de otros sistemas sanitarios para mejorar la atención sanitaria con el apoyo de personal de salud multidisciplinario capacitado para atender los problemas de salud (Martín, 2011).

"En las últimas décadas se ha producido un movimiento progresivo en la inserción de la psicología al ámbito de la salud que condujo a la consolidación y desarrollo de una psicología clínica de la salud, con énfasis en actividades de prevención secundaria y terciaria (Gómez, Chamorro, Obispo, Parra, Paba y Rodríguez, 2013, p.93).

La APS se basa en métodos y tecnologías con fundamento científico, está al alcance de todos los sectores de la población con un costo accesible, proporciona atención programada y anticipada y otorga un papel protagónico en la participación de la comunidad para el autocuidado de la salud (Durán, Hernández, Becerra, 1995).

La APS ha tenido un gran impacto sobre la salud y desarrollo de la población, siendo posible su adaptación a distintos contextos sociales, culturales y políticos. Implica un enfoque amplio que identifica los valores esenciales para establecer las prioridades de la población, se rige por principios que establecen los cimientos para las políticas de salud, legislación, evaluación y asignación de recursos para el funcionamiento del sistema de salud, además se constituye de elementos que componen la organización y funcionamiento de las políticas, programas y servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2008) los elementos esenciales que constituyen a la APS se pueden enlistar de la siguiente manera:

1. Acceso y cobertura universal para la participación y uso de servicios de salud sin importar el sector social y económico, de acuerdo a las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad.

2. Atención integral relacionada con los servicios necesarios para responder a las necesidades de salud de la población, con ayuda de todos los niveles de atención de la salud.

3. La prevención y la promoción son primordiales para resolver el mayor número de problemas de salud.

4. Atención oportuna a partir de medidas y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos.

5. Orientación a la familia y a la comunidad para una planificación oportuna de acuerdo a los riesgos y problemas presentes y una intervención eficaz.

6. Participación activa de la comunidad para promover ambientes y estilos de vida saludables, fomentar el autocuidado y el trabajo en equipo para una sociedad más sana.

7. El equipo de salud debe tener conocimiento de las políticas y programas sanitarios, de las normas y regulaciones legales del sistema de salud.

8. Políticas y programas que fomenten la igualdad social en el acceso de los servicios de salud y el trato digno de los profesionales de la salud.

9. Profesionales de salud competentes que proveer de servicios apropiados con los conocimientos y habilidades apropiados para desempeñar su trabajo.

10. Los recursos del sistema de salud deben cubrir las principales necesidades de salud de la comunidad para una atención integral de alta calidad.

Los sistemas sanitarios centrados en la APS son más efectivos y eficientes, está presente una racionalización de los gastos económicos y la planificación, extendiéndose a una mejora en la calidad de atención, indicadores de salud y apoyo a la población (Martín, 2011).

4. HISTORIA DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

La organización de los sistemas de salud es el resultado de la aplicación de políticas en concordancia con el desarrollo histórico, social, cultural y económico de cada país. Los sistemas de salud actuales han sufrido un gran número de transformaciones y adecuaciones como parte de un proceso de mejora de los servicios de salud pública.

Conforme a Soto, Lutzow y González (2009) la Organización Mundial de la Salud considera que el mayor auge de los sistemas de salud se dio a partir del siglo XX pues se amplió la cobertura de las necesidades básicas de la población que han contribuido considerablemente al mejoramiento de las condiciones de salud pública hasta el momento. En el *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, la OMS propone tres generaciones de reformas o cambios de los sistemas de salud:

La primera generación se distingue por sistemas nacionales de atención sanitaria, sistemas de seguridad en países subdesarrollados, creación de hospitales aunque con una atención deficiente y la exclusión de la población indígena a estos servicios.

En la segunda generación, se propuso la promoción desde la atención primaria de salud, la mayor parte de la población, sin importar el nivel socioeconómico, podía acceder al mínimo de servicios de salud; la población contaba con suministro de agua potable y saneamiento básico, prevención, medicamentos y educación para la salud; no obstante aún no existía un financiamiento adecuado y la calidad de atención era deficiente.

Finalmente para la tercera generación, el acceso a la población más pobre era más amplio, haciéndose ajustes políticos y socioeconómicos de acuerdo a la

capacidad de cada país, se amplió la cobertura del seguro y la atención era costeadada por el seguro.

Siguiendo a los mismos autores, las demandas de las clases trabajadoras dieron lugar al aumento y crecimiento de instituciones que atendían al sector de la población más pobre, con planes de seguridad social y atención en el medio rural y urbano; es evidente como hecho fundamental en la historia, el impulso de la atención primaria de salud, con el propósito de introducir medidas preventivas, bajar los costos de los servicios de salud pública y atender a la población más pobre.

El sistema de instituciones de salud en México, responde a distintos intereses económicos y momentos históricos, sin embargo desde sus inicios ha enfrentado el problema de ampliar cada vez más la cobertura a todas las zonas del país, especialmente a las más pobres. La Secretaría de Salud y el IMSS Oportunidades son los que permiten que una persona no asegurada, tenga la oportunidad de acudir a los servicios médicos con un costo bajo o nulo, aunque únicamente a los correspondientes del primer nivel de atención o en ocasiones, al segundo nivel.

En este sentido conviene subrayar que el sistema de salud mexicano se divide en los siguientes tres grupos y la atención está a cargo de diferentes instituciones:

1. Las **instituciones de seguridad social** en donde se atienden a empelados públicos o trabajadores del sector formal de la economía llamados derechohabientes. Se otorga por el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, la Marina y otros seguros otorgados a los trabajadores estatales. Estas instituciones atienden cerca de la mitad de la población mexicana, ofreciendo todos los servicios disponibles.

2. **Sistema de atención dirigido a la población no asegurada**, cuyos servicios son otorgados por la Secretaría de Salud en zonas rurales y urbanas, y el programa *IMSS Solidaridad* para zonas rurales. Las cuotas por atención son de acuerdo a un tabulador socioeconómico, ofreciendo un paquete parcial de servicios.
3. El **sector privado** para personas con las posibilidades económicas de solventar los gastos para la atención que requieren. Dentro de este grupo se encuentra una red de consultorios solos o con farmacias para atender a personas de escasos recursos.

Lo anterior es evidencia de que los cimientos del sistema de salud en México son resultado de una serie de hechos históricos significativos; en el caso particular del Instituto de Salud del Estado de México, los eventos más relevantes se señalan a continuación:

Siguiendo un orden cronológico, en 1926 se crearon las Juntas de Beneficencia Pública y las delegaciones de Sanidad Federal en las entidades federativas. Para 1932, era conveniente la coordinación de los servicios de salubridad en los diferentes Estados del país. Y dos años más tarde se estableció la Jefatura de los Servicios Estatales de Salubridad y los niveles jurisdiccional y local. En el Estado de México se estableció una jefatura y las secciones de higiene, epidemiología, asistencia y administrativa, además de las jurisdicciones sanitarias en el nivel aplicativo, en 1947.

Un acontecimiento muy importante fue la creación de los Centros de Salud Urbanos "A", en 1963, y los Centros de Salud "B" en diferentes puntos del país, entre estos, el municipio de Tlalnepantla, así como 70 centros de salud rurales en el resto del territorio estatal.

Hasta los años 70, se cambiaron las secciones por Departamentos de Administración Médica como Medicina Preventiva, Promoción de la Salud, Control Sanitario, entre otros.

En 1984, la descentralización de los servicios de salud (otorgar a cada entidad federativa la autoridad para ejercer funciones con más independencia del gobierno central) dio lugar al Consejo Interno de Administración, las Coordinaciones de Servicios de Salud y de Regulación Sanitaria, la Unidad de Auditoría y Control y la Unidad de Planeación, de manera que los Estados tomaran decisiones respecto a los programas más adecuados de acuerdo a la situación de cobertura, pobreza y necesidades principales de salud de su población.

Los acontecimientos anteriores y la publicación de la Ley de Salud del Estado de México, el 1° de abril de 1987, sentaron las bases para la creación del **Instituto de Salud del Estado de México**, que contaba con una dirección, cuatro coordinaciones regionales, 19 jurisdicciones sanitarias y 166 coordinaciones municipales, la Subdirección de Urgencias y un Laboratorio Regional. No obstante, en 1993, desaparecieron las coordinaciones regionales y el laboratorio creció a nivel estatal.

Para 1998, la estructura orgánica del **ISEM** tuvo una última reestructuración, destacando principalmente un mando único para las funciones administrativas, así como la puesta en marcha de programas de apoyo a la educación, salud y alimentación en convenio con el Estado, con el fin de apoyar a las familias de bajos recursos económicos para una mayor accesibilidad a los servicios de salud.

En el 2000, se creó la Secretaría de Salud del Estado de México, se decretó el Reglamento Interior de ésta y se determinó el papel del ISEM para el logro de sus metas. Finalmente en el 2004 se institucionalizó la Unidad del Seguro Popular, con la finalidad de que la población cuente con las medidas preventivas, atención ambulatoria y de hospitalización que garantice el mejoramiento de las condiciones

de salud. El servicio de salud en México logró avances significativos a partir del siglo XX, no obstante, las instituciones que atienden al sector público no han alcanzado a cubrir las necesidades de toda la población mexicana.

4.1 Características del Centro de Salud Urbano “San Lucas Patoni”

El Centro de Salud Urbano “San Lucas Patoni” se crea como respuesta al compromiso manifiesto del país, ante la necesidad de cumplir con el otorgamiento de salud a toda la población y al tema *Salud para todos en el año 2000*, que tiene sus bases en la conferencia de Alma Ata Rusia en el año de 1978.

Las áreas marginadas en la zona ejidal en la que el Centro de Salud Urbano “San Lucas Patoni” comienza un proyecto en 1980, auspiciado por el Programa donde actualmente se asientan las instalaciones de esta unidad. Felipe Fragoso, dueño y ejidatario, donó el terreno, la construcción concluyó en 1981 y es inaugurado por el Dr. Gustavo Baz Prada, contando con todos los servicios funcionando hasta la fecha.

Pertenece a la Jurisdicción Tlalnepantla, depende de la Coordinación El Tenayo, geográficamente limita al norte con el D. F. (col. Guadalupe Chalma), al este con el D.F. (Col. Zona Escolar y Acueducto de Guadalupe), el oeste con la Col. El Tenayo del Municipio de Tlalnepantla, al sur el D. F. (Col San José de la Escalera).

Gracias al convenio de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Jurisdicción Sanitaria No. 14 Tlalnepantla del Instituto de Salud del Estado de México, fue posible la realización del programa de intervención psicológica mediante el servicio social del 23 septiembre de 2014 al 28 de mayo de 2015, siendo el escenario de inserción el Centro de Salud Urbano “San Lucas Patoni”.

La **misión** de esta unidad es proporcionar con oportunidad, calidad y calidez los servicios de salud pública para contribuir al ejercicio pleno de las capacidades de la población del Estado de México.

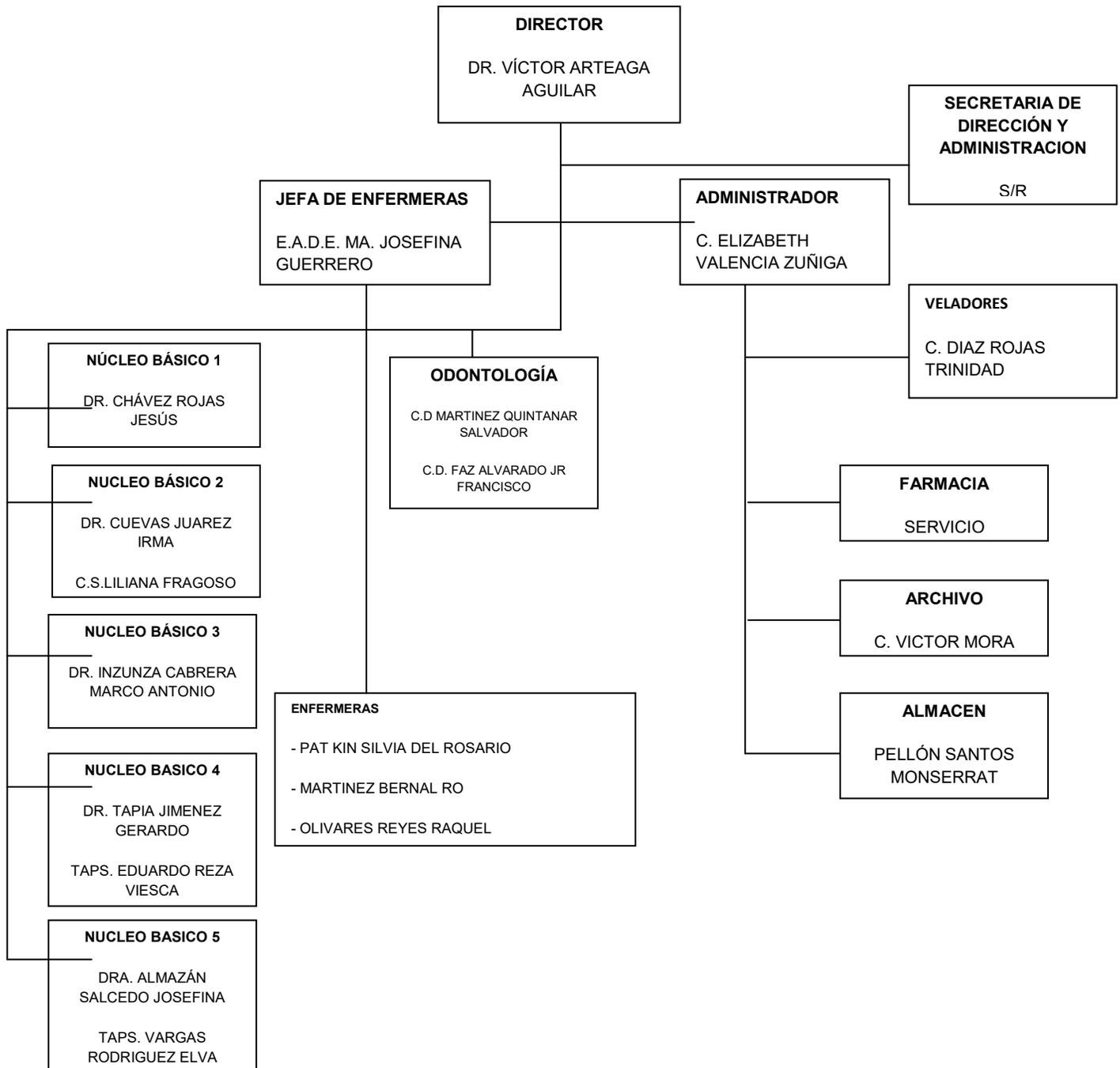
La **visión** es ser la Institución líder que proporcione Servicios de Salud Pública en sus tres niveles de atención a la población en el Estado de México, fomentando la prevención y la cultura del autocuidado, para satisfacer las demandas de la sociedad.

La población beneficiada es de 40,389 habitantes, de los cuales 20,329 son mujeres y 20,060 son hombres. Siendo mayor la cantidad de jóvenes de 25 a 29 años de edad con 3550 habitantes, de los cuales 1817 son hombres y 1733 son mujeres, dentro de los grupos vulnerables se tiene dos grupos niños menores de 5 años, con 2687 y adultos mayores de 60 años, con 4543.

El Centro de Salud proporciona atención de primer nivel de los 9 Agebs pertenecientes a éste que son El Puerto, Puerto Chalma, San Miguel Chalma, Union Chalma, San Lucas Patoni, San Lucas Patoni, San Bartolo Tenayuca, Acueducto Tenayuca y Tenayo. Cuenta con servicio de consulta general por 8 médicos, así como servicio de odontología, en un horario de servicio en turno matutino de 7:00 a las 16:00 hrs. y el turno vespertino de 16:00 a 20:00 hrs.

4.1.1 Organigrama

Estructura orgánica del C.S.U San Lucas Patoni



4.1.2 Recursos para la salud

Actualmente la infraestructura del Centro de Salud se encuentra en remodelación, en tanto, se cuenta con los siguientes recursos:

Cantidad	Instalaciones
6	Consultorios para consulta externa
1	Módulo de estimulación temprana
1	Área de CEDHATOS
1	Somatometria
1	Cuarto de aseo
1	Sanitario para pacientes hombres
1	Sanitario para pacientes mujeres
1	Vestidor para personal femenino
1	Vestidor para personal masculino
1	Almacén
1	Archivo
1	Caja
1	Farmacia
1	Jefatura de enfermería
1	Consultorio dental
1	Área de inmunizaciones
1	Estadística
1	Administración
1	Área secretarial
1	Dirección
1	Área para TAPS
1	Aula
1	Módulo de detecciones

Los recursos humanos o personal del Centro de Salud son los siguientes:

Turno matutino		Turno vespertino		Total
Personal	Cantidad	Personal	Cantidad	
Director	Uno			Uno
Administrador	Uno			Uno
Jefa de enfermeras	Uno			Uno
Médico general	Cinco	Médico general	Tres	Ocho
Médico pasante	Uno			Uno
Enfermeras	Cuatro	Enfermeras	Dos	Seis
Odontólogos	Tres			Tres
Asistente dental	Uno			Uno
TAPS	Doce			Doce
Cuidadora de salud	Dos			Dos
Estadígrafo	Uno			Uno
Trabajadora social	Uno			Uno
Auxiliar de farmacia	Uno			Uno
Administrativos	Cuatro	Administrativos	Dos	Seis
Intendencia	Dos		Dos	
Veladores	Dos		Dos	
Vigilantes	Dos		Dos	

4.1.3 Servicios que ofrece a la comunidad

Las actividades más importantes y servicios que ofrece el Centro de Salud se dividen por función:

Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS)

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

Médicos generales

- a) Atención en consulta externa.
- b) Derivación de pacientes.
- c) Atención de heridos.

Enfermeras

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

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

La calidad debe ser vista y abordada de manera integral porque considera el ámbito individual y público de la atención a la salud, incluye la promoción a la salud, la prevención y rehabilitación y no solo lo relativo al tratamiento o curación de la enfermedad; toma en cuenta a todas las partes de ese gran Sistema de Salud: su estructura, equipo, recursos humanos, su organización, su normativa y

regulación de establecimientos médicos, la adopción de guías clínicas cada vez más actualizadas y consensuadas, que respeten la libertad prescriptiva y sean elaborados por conforme a la medicina basada en evidencias, etc.; es incluyente y fomenta la participación, responsable y ética de todos los actores e instituciones que prestan servicios de salud incluyendo la industria, por ejemplo la de medicamentos, del área académica, del sector social y fomenta la participación ciudadana con el involucramiento pleno y debidamente informado del paciente y su familia; y es integral además porque considera la equidad y la oportunidad en la prestación de servicios de salud.

5. EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL CENTRO DE SALUD URBANO “SAN LUCAS PATONI”

El servicio social dentro del Instituto de Salud del Estado de México, en su Centro de Salud Urbano “San Lucas Patoni” fue una experiencia enriquecedora que me permitió ampliar mis conocimientos y contribuir de manera positiva a la comunidad mediante un programa de intervención psicológica, obteniendo resultados satisfactorios y eficaces para la Institución y los usuarios.

Uno de los beneficios más importantes de la práctica profesional fue la reinstauración del servicio de psicoterapia, ya que durante un año el Centro de Salud no ofreció el servicio. Cabe destacar que el personal de este establecimiento me recibió con profesionalismo y reconocimiento de mi papel en este ámbito, lo que permitió la realización amena de todas las actividades correspondientes al servicio social.

Se me otorgó el espacio de Estimulación Temprana para llevar a cabo las sesiones de psicoterapia debido a la insuficiencia de espacio dentro de sus instalaciones. El número de horas se dividió entre cada pasante para ocupar el consultorio y atender de manera adecuada a los pacientes que solicitaban el servicio, que fue muy demandado desde las primeras semanas. El tiempo restante se utilizaba para impartir pláticas de diversos temas que interesaban a la comunidad o que solicitaba el personal del Centro de Salud, principalmente, los TAPS y trabajadora social.

A continuación se presentan de manera detallada las actividades que formaron parte del servicio social que se ofreció a la comunidad de San Lucas Patoni; en primera instancia las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y posteriormente los expedientes de los pacientes que recibieron el servicio de psicoterapia durante toda la práctica profesional.

5.1 Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Las principales actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se llevaron a cabo mediante la realización de folletos, periódicos murales y pláticas a la comunidad en general y escuelas respecto a los temas de salud más relevantes con la finalidad de reforzar la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales para el cuidado de la salud y motivar acciones encaminadas al desarrollo de entornos favorables a la salud.

Se me otorgó un calendario con las fechas conmemorativas sobre salud y enfermedad para apoyar con materiales didácticos que permitiesen informar de manera apropiada y oportuna a la comunidad sobre estos temas y se fomentara la participación activa de la misma.

En total se realizó un periódico mural sobre el día mundial de la salud mental, se elaboraron y proporcionaron a la comunidad 15 folletos sobre demencia, 33 folletos sobre depresión, se aplicaron 57 encuestas sobre Detección de Violencia y 14 miniexámenes del Estado Mental “Minimental” de Folstein, esto último a petición de la trabajadora social; asimismo se realizaron carteles referentes al servicio de Psicología (ver anexo 1).

Además de las pláticas impartidas al público en general, algunos TAPS solicitaron nuestro apoyo para compartir algunos temas en las instituciones educativas de la zona. En la tabla 1 se presentan el número de pláticas impartidas durante toda la práctica profesional, el nombre de éstas y el número de personas que fueron impactadas por cada una. Cabe señalar que las pláticas al público en general se compartieron en la sala de espera del Centro de Salud.

Tabla 1. Pláticas impartidas en el Centro de Salud Urbano “San Lucas Patoni” con relación al total de personas impactadas por cada tema.

Número de pláticas	Tema	Personas impactadas
2	Esquizofrenia	36 público en general
1	Demencia	15 público en general
1	Bullying	25 alumnos de la Primaria Miguel Hidalgo
1	Disciplina en casa	30 padres de familia del Jardín de niños “Fernando de Alba”
1	Estimulación temprana	20 madres de familia
1	Asertividad	15 público en general
3	Depresión	55 público en general
3	Bullying	35 público en general
6	TDAH	66 público en general
2	Psicoterapia	21 público en general
1	Bullying	84 alumnos de 6° de las primarias “20 de noviembre y Ramón García Chávez”
Total de personas impactadas		402

Como se observa en la tabla anterior, el tema de mayor interés para la comunidad fue *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*, impartiendo 6 pláticas a un total de 66 personas, en segundo lugar se ubica el tema de *Bullying*, con un total de 5 pláticas, incluyendo las que se impartieron en las escuelas, impactando a 109 alumnos y 35 personas del público en general;

posteriormente el tema de *Depresión y Esquizofrenia*. El total de personas impactadas por todas las pláticas fue de 402 durante la práctica profesional.

La participación de la comunidad era escasa, sin embargo se utilizaron algunas estrategias para fomentar la contribución de las personas que presenciaban las pláticas, haciendo preguntas sobre lo que sabían respecto al tema, compartir con los presentes las experiencias personales, abrir espacios para aclarar dudas, preguntar sobre lo que entendieron del tema dado y aceptar sugerencias sobre los temas que más les interesaban.

5.2 Intervención psicoterapéutica

El servicio de psicoterapia fue muy demandado por la comunidad desde las primeras semanas que se reinstauró. Las personas que lo solicitaban eran tanto los acudían a los servicios del Centro de Salud, así como los residentes de la zona. Algunos pacientes eran referidos por los médicos de la Unidad y el servicio también era recomendado por pacientes que habían recibido la psicoterapia.

Debido al gran número de personas que solicitaban la intervención psicoterapéutica, se solicitó a la Dirección un espacio más para atender a un mayor número de pacientes, por tanto, en ocasiones se nos otorgó algún espacio disponible para trabajar individualmente.

El servicio psicoterapéutico se basó en los principios del método de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia (PBIU) de Leopold Bellack (1999).

Este método de orientación psicoanalítica se enfoca en los síntomas cruciales del trastorno que se presenta, de modo que se entienda al paciente lo más completamente posible desde todos los puntos de mayor ventaja. Se intenta establecer un punto central para comprender el motivo de consulta, el pasado

inmediato y de qué manera se manifiestan los síntomas en su situación actual. Por tanto, se establece una causalidad y continuidad entre el pasado y el presente, ya que la comprensión específica del síntoma es posible cuando se conocen los elementos que dieron lugar a éste en la forma particular que tomó.

El trastorno del paciente será mayor cuando más limitada sea la capacidad de enfrentar ciertas situaciones; la conducta de afrontamiento se aprende, se funda en un sustrato biológico, dentro de un medio social, étnico y familiar; por ende, es posible lograr cambios con el reaprendizaje en la psicoterapia. El tratamiento psicoterapéutico permite que el paciente obtenga recursos óptimos para enfrentar su realidad, con los obstáculos que ésta conlleva. De esta manera, la psicoterapia constituye una *forma de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje* (Bellack, 1999).

Uno de los aspectos fundamentales de la PBIU es que se identifican los síntomas principales y más problemáticos para el paciente, su causa y las situaciones en las que se manifiesta, así, se selecciona el problema para el tratamiento. Asimismo, puede ser utilizada como prevención primaria, secundaria y terciaria. En *prevención primaria*, es útil para la identificación de personas en riesgo psicológico, detectando los problemas por adelantado. La *prevención secundaria* trata estados agudos presentes, en este caso puede utilizarse la para evitar que los estados se vuelvan más graves y crónicos. Y como *prevención terciaria* intenta aliviar estos estados crónicos.

La PBIU se basa en comprender al paciente desde su historia, su dinámica personal y familiar actual, su contexto étnico y cultural, sus experiencias y predisposiciones para que el reaprendizaje y reestructuración del paciente. Bellack propone un perfil básico de la PBIU, el cual consiste en cinco o seis sesiones de 50 minutos, una sesión de seguimiento un mes después, anamnesis completa, valoración de la historia del síntoma y síntomas secundarios, consideraciones médicas y sociales, determinación de las áreas de intervención, estrategias de

intervención, plan de intervención en relación a las dos anteriores, decidir si la psicoterapia se llevará a cabo individual o conjuntamente con familiares y uso de condiciones facilitadoras como fármacos o internamiento.

En este sentido, el proceso psicoterapéutico para los pacientes fue de cinco sesiones y una de seguimiento, aunque en algunos casos fue necesario dedicar más sesiones a los pacientes por la cronicidad y gravedad de su diagnóstico.

En total se atendieron a 17 pacientes, entre ellos 6 hombres y 11 mujeres, dando un resultado de 75 sesiones de psicoterapia durante toda la práctica profesional (ver figura 1).

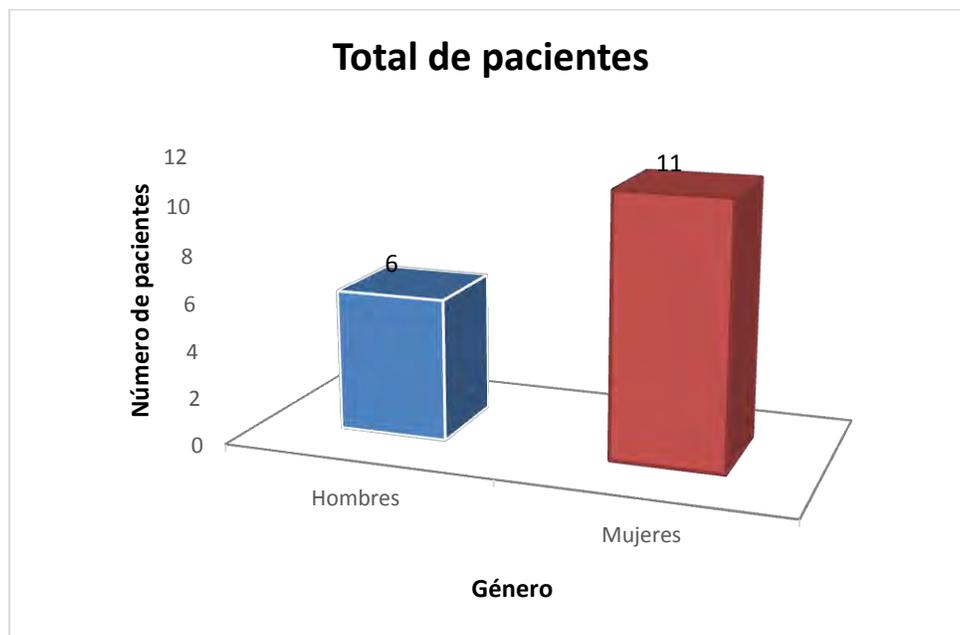


Figura 1. Número total de pacientes por género que recibieron el servicio de Psicoterapia.

El nivel de escolaridad más frecuente en los pacientes corresponde a **Secundaria** con 9 pacientes, entre ellos 4 adolescentes que cursaban el grado correspondiente a su edad, los restantes eran adultos. Enseguida, en **Primaria** se ubican 4 niños y dos adultos. Por último, una paciente con **Bachillerato** y otra con **Carrera Técnica** que no ejercía su profesión (ver figura 2).

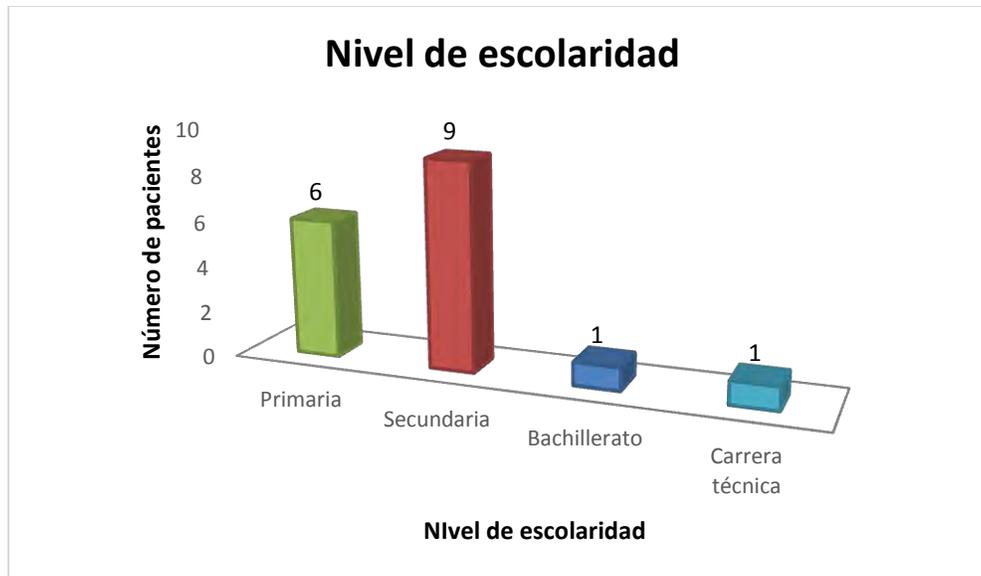


Figura 2. Número de pacientes con relación al nivel de escolaridad.

Los diagnósticos se establecieron de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). En la figura 3 se presentan todos los diagnósticos y sus claves correspondientes con relación al número de pacientes que los presentaban.

El padecimiento más frecuente se identifica con la clave **F43.0** denominado **reacción a estrés agudo**, definido como un trastorno transitorio en el individuo en respuesta a un estrés físico o psicológico. Los síntomas son cambiantes, empezando con un estado de debilidad aunado a falta de atención, desorientación y nula receptividad de los estímulos. La gravedad o presencia de los síntomas se relacionan con la capacidad de afrontamiento de cada individuo, quien debió estar expuesto al factor estresante, presentándose inmediatamente los síntomas anteriores. El padecimiento anterior se identificó en 6 personas, entre ellas 4 adolescentes con un promedio de edad de 14 años.

La modalidad **F43.02** que se distingue como **reacción a estrés grave**, se caracteriza por cumplir los criterios anteriores, además de un desinterés de la interacción social, ira o agresividad, desesperación, hiperactividad y duelo incontrolable. Este diagnóstico se dio a una mujer de 30 años.

Posteriormente se encuentra el diagnóstico **trastornos de adaptación** clasificado con la clave **F43.2**, que se refiere a malestar subjetivo o emocional debido a un cambio o evento vital significativo que interfiere con las actividades cotidianas; las manifestaciones ante el agente estresante son variadas y pueden incluir tristeza, ansiedad o preocupación, desesperanza e incapacidad de desempeñar de manera adecuada la rutina diaria. En este caso se identificó para reacción normal de duelo en dos mujeres, de 49 y 53 años, que sufrieron la pérdida de un ser querido.

Asimismo se observa que el diagnóstico con la clave **F32.0** denominado **episodio depresivo leve** se registró en dos adultos, caracterizado por estado de ánimo bajo, falta de energía y disminución de la actividad, desinterés, falta de concentración, trastornos del sueño, sentimiento de culpa e inutilidad.

Los diagnósticos restantes se ubican en una sola persona: **F90.0** como **trastorno de la actividad y de la atención** en su modalidad trastorno por déficit de atención con hiperactividad presente en un niño de 6 años; **F60.3** identificado como **trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad**, en una adolescente de 14 años, caracterizado por acciones impulsivas sin tomar en cuenta las consecuencias, con arrebatos de ira y violencia, falta de autocontrol y humor inestable o actitudes caprichosas. Después se encuentra el **trastorno de ansiedad generaliza en la infancia** con la clave **F93.80**; **enuresis sólo nocturna** con la clave **F98.00** y **encopresis diurna** con **F98.1** en un niño de 5 años; **trastorno mixto del aprendizaje** clasificado como **F81.3** y finalmente **agorafobia** con la clave **F40.0**, en una mujer de 53 años que presentaba miedo a salir de casa y a viajar sola con frecuentes crisis de pánico.

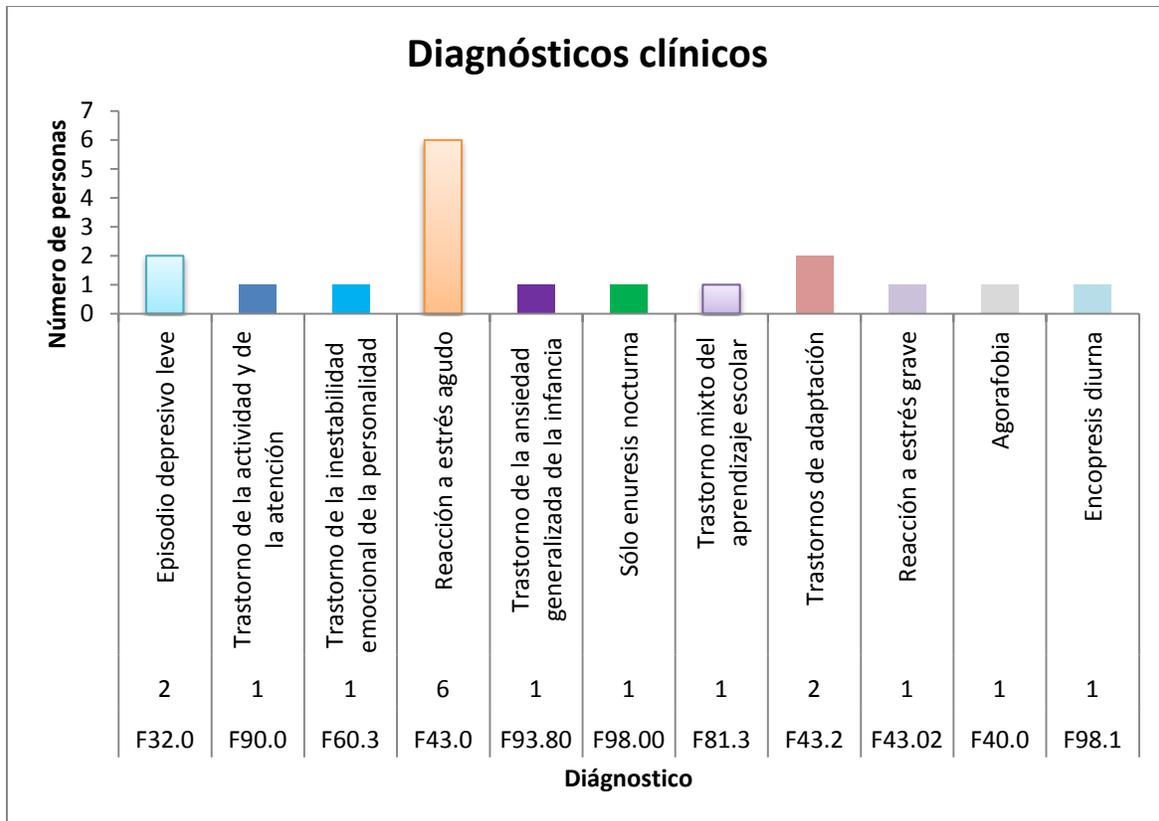


Figura 3. Muestra los diagnósticos con relación al número de pacientes.

En la siguiente figura se presenta la relación entre el nivel de escolaridad y el diagnóstico de los pacientes. Es posible observar que los diagnósticos ubicados en dentro del grado de **Primaria** corresponden en su mayoría a niños, ya que son trastornos relacionados con la conducta y el aprendizaje, los cuales fueron explicados en la descripción de los datos de la gráfica anterior. Los dos restantes son de adultas con trastornos relacionados con la incapacidad de enfrentar situaciones específicas. En **Secundaria** el mayor número de pacientes son adolescentes con problemas comunes de rebeldía por su edad, reacción negativa factores estresantes, y dos adultos con episodios depresivos. Finalmente, una mujer con **Bachillerato** que presentaba síntomas graves por su incapacidad de enfrentarse a ciertos factores estresantes psicológicos, y otra mujer con **Carrera Técnica** que presentaba una reacción normal de duelo que estaba interfiriendo con sus actividades cotidianas y relaciones interpersonales.

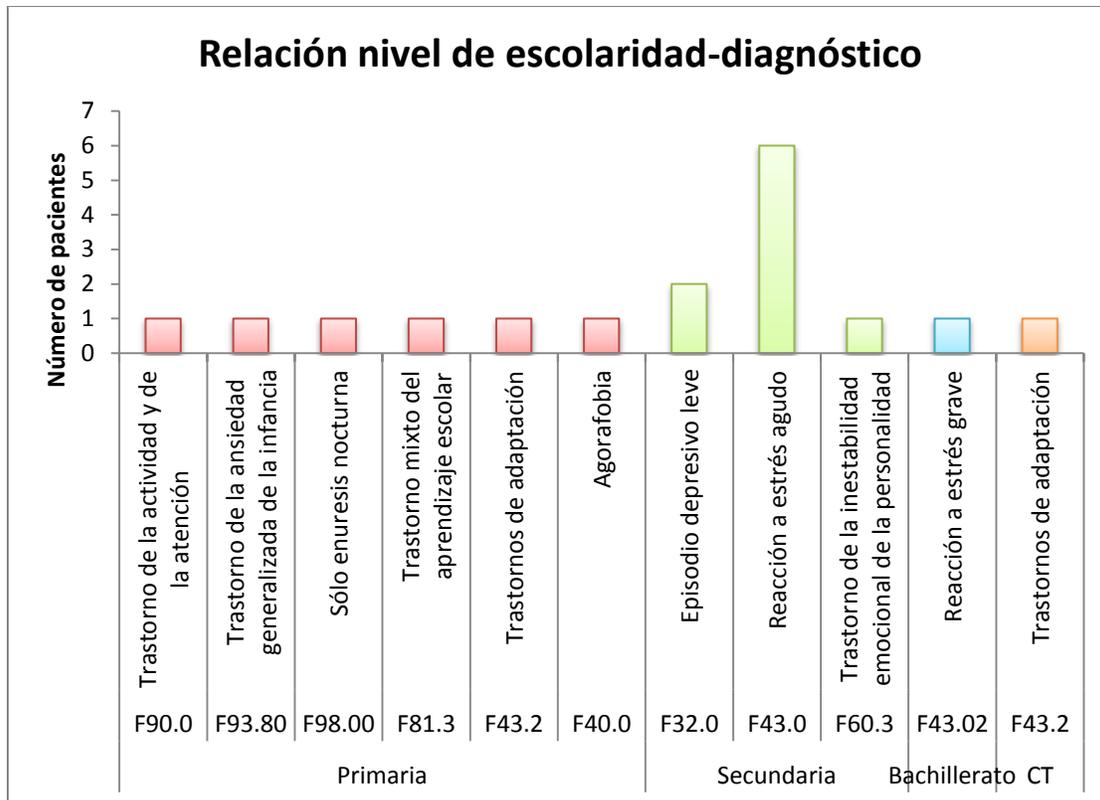


Figura 5. Muestra la relación entre el nivel de escolaridad y el diagnóstico de los pacientes.

Finalmente en la figura 6 se presenta una comparación del número de personas que concluyeron el proceso terapéutico y los que lo dejaron inconcluso.

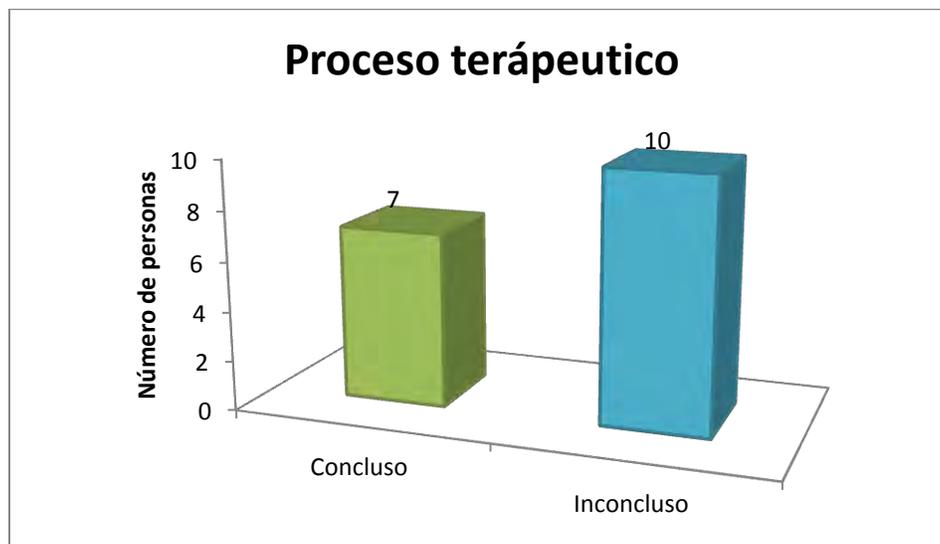


Figura 6. Muestra una comparación del número de personas que concluyeron el proceso terapéutico y los que lo dejaron inconcluso.

La figura anterior indica que más de la mitad del número total de pacientes no concluyeron el proceso de psicoterapia. Independientemente del dato anterior, conviene indicar que en la mayoría de los casos se obtuvieron resultados excelentes. Algunos pacientes que no regresaron al servicio psicoterapéutico, mostraron cambios notorios en las primeras sesiones. Por tanto, los que decidieron concluir el proceso terapéutico observaron cambios significativos en su vida y lograron alcanzar los objetivos planteados al inicio de la terapia.

Afortunadamente se logró atender a un número considerable de pacientes que solicitaban el servicio; quienes no pudieron ser atendidos, se derivaban a otros Centros de Salud cercanos. La oportunidad de un espacio extra posibilitó en gran medida la atención a los usuarios, sin embargo, algunos quedaron registrados en una lista de espera. Tanto los usuarios del Centro de Salud como los profesionales respondieron de manera positiva a mi labor. Al principio había una participación laxa, pero con ayuda de la difusión del servicio y de diferentes actividades, se motivó y fomentó la participación activa de las personas. En las pláticas impartidas en la sala de espera, los usuarios mostraban más interés, compartían puntos de vista y formulaban preguntas para aclarar dudas o saber más sobre el tema. El personal del Centro de Salud, especialmente los TAPS, solicitaban apoyo para compartir ciertos temas en escuelas y apoyar en actividades de promoción y prevención.

El servicio de psicoterapia fue el más solicitado, incluso algunos médicos referían a sus pacientes para que mediante un trabajo interdisciplinario, se obtuvieran resultados más eficaces y se respondiera con calidad y eficiencia la demanda de los usuarios. El progreso de cada paciente en psicoterapia debía ser informado y anexado al expediente clínico mediante un formato de **Notas de evolución** proporcionado por el Centro de Salud (ver anexo 2). A continuación, se presentan los expedientes psicológicos de todos los pacientes que recibieron el servicio de psicoterapia tomando en cuenta un formato específico para su elaboración (ver anexo 3).

Expediente 1

Datos estadísticos

Nombre: Federico

Edad: 69 años

Escolaridad: Secundaria

Motivo de consulta: Mejorar la comunicación con su hijo.

Historia del síntoma: El inicio del síntoma de Federico se da a partir de que su hijo empieza a consumir drogas. Su estado de ánimo se ve afectado por los diversos conflictos a los que se enfrenta día a día, por tanto, el síntoma aparece cuando no puede entablar una conversación adecuada con su hijo, lo cual culmina en agresiones físicas y verbales; cuando su hijo invade su privacidad y cuando presencia la violencia en el hogar de su hijo.

Historia familiar y personal: La esposa de Federico falleció cuando su hijo tenía 9 años. El niño empezó a consumir drogas; después de varios años, Federico acudió con él a Alcohólicos Anónimos, Anexos, Rehabilitación juvenil y tratamiento psiquiátrico. Fue diagnosticado con esquizofrenia paranoide y tuvo varios intentos de suicidio; no obstante, logró rehabilitarse y dejó de consumir drogas por 4 años. Después se casó, pero su relación estaba envuelta en frecuentes agresiones físicas y verbales. Tiene una hija de 5 años, quien se ha visto afectada por los conflictos en casa. Lo anterior ha sido motivo de constantes discusiones entre Federico y su hijo. Actualmente Federico acude a diferentes actividades que ayudan a mejorar su estado de ánimo y calidad de vida, como la clínica de la memoria, grupos de autoayuda, mecanografía, hacer ejercicio y leer, además de atención psiquiátrica.

Diagnóstico: [F32.0] Episodio depresivo leve.

Estrategias de intervención: Entrenamiento en habilidades sociales, mejoramiento del autoestima.

Resultados: Federico mostró un importante interés y responsabilidad en su tratamiento psicológico. Al principio, su propósito principal era mejorar la relación con su hijo, sin embargo, en las semanas siguientes decidió dirigir esa atención a sí mismo. Logró aplicar diferentes estrategias que le ayudaron a evitar discusiones con su hijo. Después encaminó sus esfuerzos a mejorar su salud y bienestar, ahora intenta hacer las cosas que le gustan, para mantenerse ocupado, llevar a cabo actividades que lo ayuden a facilitar su memoria y a evitar la degeneración de su capacidad intelectual.

Expediente 2

Datos estadísticos

Nombre: Diego

Edad: 6 años

Escolaridad: Primaria

Motivo de consulta: Referido por neuropediatra al cumplir criterios de TDAH, trastorno oposicionista desafiante, ansiedad y mitomanía.

Historia del síntoma: El síntoma de Diego inicia al ingresar a preescolar. Las circunstancias en las que se presenta son en clase, cuando es reprendido por sus conductas, cuando interactúa con otros niños, cuando no se le presta atención; se muestra desafiante y renuente a realizar tareas escolares. En casa, debido a que su madre está ausente durante el día, su abuela, quien se hace responsable de él, no le da la atención que requiere su comportamiento por lo que el niño continúa con las mismas actitudes por no tener una autoridad presente.

Síntomas secundarios: Debido a las frecuentes reprimendas hacia Diego por su comportamiento, manifestaba insatisfacción en las actividades que no lograba hacer de manera correcta, además expresaba sentimiento de fracaso, frustración y enojo consigo mismo cuando se le indicaba algún error.

Historia familiar y personal: Diego y su madre viven en casa de una tía y los abuelos, por tanto, mientras la madre trabaja se queda a cargo de la abuela. Cuando la madre de Diego llega de trabajar, regularmente en la noche, ya no encuentra despierto al niño. Cuando tiene la oportunidad de pasar tiempo con su hijo, logra que termine sus tareas de la escuela, ocasionalmente se distrae, pero le da indicaciones y regresa a su actividad. La madre indica que hace tres años empezó a presentar problemas de conducta tales como agresión a sus compañeros, robo desafío a la autoridad. Anteriormente se atendió en Psicología

pero no vio resultados; le indicaron que debe hacer estudios en Neuropediatría por posible diagnóstico hiperquinético.

Diagnóstico: [F90.0] Trastorno de la actividad y de la atención.

Estrategias de intervención: Terapia de lenguaje, reforzamiento positivo, autoinstrucciones.

Resultados: Es importante tomar en cuenta que 5 sesiones no son suficientes para lograr resultados significativos en niños con trastorno en la atención y en la actividad, además es importante el trabajo en conjunto con los padres para que lo aprendido en sesión, se extrapole al ámbito familiar o al ámbito escolar. Diego se mostraba entusiasmado a trabajar, en un momento dado la distracción obstaculizaban la actividad. Sin embargo, atendía a la mayoría de las indicaciones y concluía sus trabajos. Fue fundamental el reforzamiento a cada una de las actividades que llevaba a cabo y de manera correcta, ya que lo motivaba a seguir avanzando. No obstante, se requiere de un seguimiento para continuar avanzando en las problemáticas que presenta Diego.

Expediente 3

Datos estadísticos

Nombre: Jonathan

Edad: 13 años

Escolaridad: Secundaria

Motivo de consulta: Problemas de conducta en la escuela.

Historia del síntoma: El síntoma se presenta cuando sus padres lo regañan, cuando su papá le grita o le pega, cuando su hermana pelea con él, en los momentos que él siente que su familia no está unida, cuando los profesores no revisan sus trabajos, cuando recibe castigos por parte de sus padres y profesores.

Síntomas secundarios: Debido a las diferentes circunstancias a las que se enfrenta tanto en casa como en la escuela, Jonathan está presentando problemas en su rendimiento académico y en la relación con sus compañeros.

Historia familiar y personal: Un aspecto importante que Jonathan destaca es su relación familiar, en la que identifica a la falta de comunicación, regaños frecuentes de ambos padres e incluso golpes. La relación con su única hermana, menor que él, es distante. No juega ni platica con ella, regularmente están discutiendo, principalmente por el uso de la computadora. Según el discurso de Jonathan, su hermana le miente a su mamá y él recibe regaños y castigos. Durante la comida no hay conversaciones, únicamente se reprende a Jonathan por su mal comportamiento reportado en la secundaria. Menciona que no comparten momentos familiares; pasa todo el día en casa después de la escuela, lo único que hace es ver televisión o jugar videojuegos, a veces se aburre tanto que prefiere dormir toda la tarde. No lo dejan salir a ningún lado y desconoce la razón.

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

Estrategias de intervención: Entrenamiento en habilidades sociales, mejoramiento del autoestima.

Resultados: Según lo expresado por el paciente, logró evitar los problemas en la escuela, poniendo más atención y entregando los trabajos. También hubo cambios importantes en cuanto a los conflictos que se presentaban en casa. Los resultados hubiesen sido mejores si Jonathan hubiera cumplido con sus tareas en casa. A pesar de que Jonathan mostraba disposición para hablar y escuchar, la labor terapéutica se vio un poco dificultada por las constantes inasistencias y el cambio radical en su discurso, en algunos momentos se le confrontó, haciendo hincapié en las contradicciones encontradas en sus relatos y la posible influencia de sus padres en su discurso, ya que al principio de las sesiones la madre insistió en estar presente y en las siguientes semanas indicaba cambios considerables respecto a su situación familiar.

Expediente 4

Datos estadísticos

Nombre: Ángeles

Edad: 14 años

Escolaridad: Secundaria

Motivo de consulta: Actitudes agresivas hacia los padres, problemas de conducta en la escuela.

Historia del síntoma: El síntoma de Ángeles da inicio en el momento que su padre le da a saber que no deseaba que naciera. Desde ese momento, su odio, coraje, enojo y tristeza se hacen presentes cada vez que convive con su papá, porque cuando platica con él siempre terminan discutiendo, cuando presencia los problemas entre sus padres, cuando se da cuenta de que la atención de su padre hacia ella no es la misma que la que tiene a sus otros hijos. Al no poder expresar lo que siente o decir lo que piensa, después lo manifiesta de forma negativa.

Síntomas secundarios: La situación con sus padres la hacen sentir desvalida, porque se apropia de lo que los demás dicen de su persona, por tanto le es muy difícil reconocer sus logros o cualidades positivas.

Historia familiar y personal: De acuerdo con la información que proporcionó Ángeles, sus padres están separados pero él casi no la busca. Ambos tienen pareja, y él tiene 4 hijos más. Un día el padre de Ángeles le dijo que hubiera preferido que su mamá la abortara; desde entonces Ángeles tiene la idea de que nadie la quiere. En la escuela convive más con los niños, ha tenido algunas relaciones de noviazgo desaprobadas por sus padres. Debido a todos los problemas que ha tenido en casa y las discusiones y regaños constantes por parte de su mamá, hace un mes intentó suicidarse.

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

Estrategias de intervención: Mejoramiento de la autoestima, manejo de la ira.

Resultados: Se obtuvieron resultados satisfactorios con Ángeles debido a que logró expresarse sin restricciones; el avance respecto a su situación familiar no es muy notorio, sin embargo, mostró iniciativa e interés para cambiar lo que la ha hecho sentir muy triste, enojada e insatisfecha. Optó por ser ella quien acudiera a su papá para hablar o simplemente saludar, y para mejorar la relación con su padre, demostrar su cariño y asumir la responsabilidad de sus errores. Asimismo, buscó nuevas formas de acercarse a su mamá y poder convivir más con la pareja de ésta. Su ánimo se vio mejorado, reflejándose en su arreglo personal. Reflexionó sobre su actuar y de los demás, poniéndose de manifiesto su prioridad como persona y como mujer. Logró incrementar su capacidad para reconocer sus deslices y buscar soluciones eficaces a sus problemas, además de identificar sus capacidades y cualidades, de manera que las críticas de las demás personas no afecten negativamente su autoconcepto, aprendiendo a aceptar las opiniones de los demás sin perder de vista lo que ella reconoce de sí misma.

Expediente 5

Datos estadísticos

Nombre: Evelyn

Edad: 19 años

Escolaridad: Secundaria

Motivo de consulta: Problemas de pareja, celos y agresividad.

Historia del síntoma: El inicio del síntoma de Evelyn se da a partir de la infidelidad por parte de su esposo. Los celos y el enojo se presentan cuando su esposo recibe una llamada o un mensaje, mientras él está en el trabajo ella piensa que probablemente está con alguien más, cuando llega más tarde de trabajar y cuando sale con sus amigos. Los celos la hacen sentir insegura como mujer, se siente muy enojada y ansiosa, por lo que externa sus emociones de manera negativa con su hijo y esposo.

Historia familiar y personal: Evelyn no tuvo una relación estrecha con sus padres. Tiene un hermano de 13 años con TDA que actualmente está en tratamiento médico. En casa sufrió de maltrato por parte de su madre, mientras su padre jamás le brindó atención o apoyo. A los 16 años decidió irse a vivir con su abuelita; después de un tiempo conoció a su esposo. Iniciaron con una amistad estrecha, se tenían mucha confianza y compartían agradables momentos. Cuando se casaron, acordaron que jamás iban a ocultarse nada. Sin embargo, un día descubrió unos mensajes que se enviaba con una mujer del lugar donde trabajaba. Ella le decía palabras cariñosas y él las correspondía. Evelyn lo confrontó, él aceptó su responsabilidad pero le aclaró que no hubo más que los mensajes. No obstante, Evelyn cree que sí hubo un contacto sexual. A partir de ese suceso, ella es muy celosa, imagina que la engaña y a veces llega a la agresión física. Dice que discuten frecuentemente por cosas insignificantes, principalmente por sus celos.

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

Estrategias de intervención: Manejo de la ira, mejoramiento del autoestima.

Resultados: Las sesiones de intervención con Evelyn dieron resultados eficaces ya logró controlar un poco sus celos. En el momento en el que se presentaban pensamientos negativos respecto a la infidelidad de su esposo, optaba por utilizar una esponja para estrés y jugar con ella, de esa manera decrecía la ansiedad que se presentaba en el momento. Por otra parte, sustituía los pensamientos, dejando de lado la posibilidad de que le está siendo infiel o que lo busca alguna mujer. En lo que concierne a sí misma, mostró responsabilidad para sentirse mejor, pensaba más en ella, dándose tiempo para su arreglo personal, algo que le ayudó a mejorar su autoconcepto, su seguridad y la relación con su esposo.

Expediente 6

Datos estadísticos

Nombre: Luna

Edad: 5 años

Escolaridad: Primaria

Motivo de consulta: Agresividad, timidez, ansiedad.

Historia del síntoma: Luna siempre ha vivido en una ambiente de violencia física, verbal y psicológica. Su timidez se ha debido a las agresiones constantes que recibe por parte de su padre, además de las discusiones entre sus padres que presencia. Luna le teme a su papá, en la escuela no puede socializar con los niños, todo el tiempo está callada y no realiza sus trabajos. En casa se enoja porque su mamá no le presta atención, porque hizo algo que a ella no le gusta, porque platica con alguien más, porque no le salió bien alguna tarea de la escuela, además de que agrede a los niños con los que convive. Lo anterior se ha mantenido por el desinterés de sus padres por buscar ayuda profesional, además de las actitudes agresivas por parte de su padre debido al consumo de drogas.

Historia familiar y personal: La madre de Luna indica que es una niña muy agresiva. Si algo no le sale bien, se desespera y empieza a gritar demasiado, no comparte sus cosas con los demás niños. Además, Luna se refiere a sí misma como fea, gorda, que parece niño y que se quiere morir. La madre cree que estos comportamientos se deben a los problemas que ha tenido con su esposo. El padre de Luna padece esquizofrenia paranoide, estuvo en tratamiento psiquiátrico pero lo abandonó al nacer la niña. Lo describe como agresivo, llegando a regañar a Luna y golpearla, por eso la niña lo rechaza y cuando lo ve se esconde atrás de su cama. Hace dos años la señora fue diagnosticada con trastorno de ansiedad y depresión crónica y celotipia, lo cual desencadenó demasiadas peleas con su esposo, Empezó a beber alcohol descontroladamente y bajo estado de ebriedad

agredía a su hija. Asistió 9 meses a terapias de psiquiatría y tomó el medicamento indicado por el médico, pero lo suspendió. Un médico solicitó estudios neurológicos a Luna para descartar la posibilidad de padecer alguna enfermedad que fuera la causa de sus conductas, confirmando que no hay alguna lesión neurológica.

Diagnóstico: [F93.80] Trastorno de la ansiedad generalizada de la infancia.

Estrategias de intervención: Mejoramiento del autoestima.

Resultados: Desafortunadamente no se observaron resultados eficaces en la intervención con Luna, debido a que el trabajo que se llevó a cabo en las sesiones no tenía ningún efecto en casa. El padre de Luna se resistía a regresar a su tratamiento psiquiátrico, lo cual probablemente hubiese mejorado la situación familiar, sobre todo para que Luna no siguiera creciendo en un ambiente insano. Luna era muy expresiva, le gustaba platicar y decir lo que sentía y ocurría en casa. Sin embargo, todo el tiempo se mostraba triste y en algún momento de la plática, expresaba algún sentimiento de desvalorización. Cuando hablaba de sí misma, se refería a ella como fea o gorda. En las actividades llevadas a cabo se reflejaba la violencia presente en casa, al hablar negativamente de su papá. Difícilmente podría notarse algún cambio, si Luna continua en un lugar donde no siente amor y protección.

Expediente 7

Datos estadísticos

Nombre: Luis

Edad: 6 años

Escolaridad: Primaria

Motivo de consulta: Enuresis nocturna y encopresis diurna, problemas de conducta en casa y en la escuela.

Historia del síntoma: El inicio del síntoma de Luis se dio a partir de un accidente en la alberca. La enuresis sólo se presenta en las noches, según la madre, porque tiene muchas pesadillas. Respecto a la encopresis, se presente durante el día y estando en casa. El padecimiento de José Luis se mantiene por las consecuencias negativas que obtiene en casa cada vez que se hace presente.

Historia familiar y personal: Hace tres años falleció el papá de Luis, a la edad de 69 años, debido a diabetes, teniendo complicaciones en el riñón, retención de líquidos, entre otras. José Luis presenció la muerte de su papá, porque desde que su estado de salud se vio muy afectado, el niño estuvo al pendiente de él, dándole sus medicinas, ofreciéndole de comer o acompañándolo en la cama. Entonces el día que murió, él le dijo a su mamá que quería estar con él, de inmediato ella se dio cuenta que ya había muerto. Un año y medio después, José Luis empezó a “manchar” sus pantalones, aunque en la escuela no lo hace. Hace 8 meses decidió casarse nuevamente. Desde el primer momento ambos tienen una relación excelente, incluso José Luis lo llama papá. Un día Luis se cayó a una alberca. Desde ese momento, presenta enuresis nocturna, tiene muchas pesadillas y suspira, grita, llora mientras duerme. José Luis no convive con niños cerca de casa. No ve televisión, pero últimamente ha presentado conductas agresivas, se distrae cuando realiza sus tareas escolares. Frecuentemente pierde

sus útiles escolares, raya las hojas, no cuida sus cuadernos, no quiere trabajar en clase.

Diagnóstico: [F98.00] Sólo enuresis nocturna.

[F98.1] Ecopresis no orgánica.

Estrategias de intervención: Entrenamiento en limpieza, manejo de contingencias.

Resultados: Los resultados obtenidos fueron insatisfactorios. Una de las razones fue por la falta de interés, compromiso y responsabilidad de la madre, ya que en todas las ocasiones no cumplió con lo solicitado para tareas en casa. José Luis siempre ponía atención a las indicaciones y a las conversaciones dentro de la sesión, es un niño muy inteligente, pero requiere de más atención en casa. El entrenamiento en limpieza no fue efectivo porque la madre no atendía a las instrucciones, lo reprendía de manera negativa y no se presentaba como una guía o un apoyo para el niño.

Expediente 8

Datos estadísticos

Nombre: Nicolás

Edad: 13 años

Escolaridad: Secundaria

Motivo de consulta: Bajo rendimiento académico.

Historia del síntoma: El síntoma de Nicolás se hizo presente desde el momento en que su hermano se fue a Estados Unidos. La rebeldía constante y el desinterés por el estudio se ven influenciados por el deseo acentuado de imitar el estilo de vida de su hermano, Cuando se le reprende por los problemas en casa reacciona de manera negativa y ya no hace sus deberes académicos.

Historia familiar y personal: Nicolás vive con sus padres. Respecto a la relación con su madre indica que es buena, ya que tiene una buena comunicación, ella es atenta con él. Por otro lado, su papá lo regaña por cualquier cosa, no se llevan bien, es grosero, no le interesa lo que le pasa. Tiene un hermano mayor, pero hace algunos años se fue a vivir a Estados Unidos, Nicolás ha manifestado su interés de ir a vivir con él y dedicarse a lo que su hermano hace. Los problemas que tiene en casa se deben principalmente a su bajo rendimiento académico. Tiene dificultades en tres materias, pero le da mucha flojera ir a la escuela. Afirma que desea cambiar eso, echándole ganas, pero no sabe cómo lograrlo. La relación con sus profesores no es tan buena, pero con sus compañeros es buena, se considera muy sociable, pero bastante flojo y distraído.

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

Estrategias de intervención: Comunicación asertiva, proyecto de vida.

Resultados: La indisposición de Nicolás dificultó de cierta manera el trabajo que pudo hacerse en la terapia. En ningún momento tuvo el interés de estar en el servicio y no dudaba en hacerlo explícito.

Expediente 9

Datos estadísticos

Nombre: Osvaldo

Edad: 7 años

Escolaridad: Primaria

Motivo de consulta: No sabe leer, no pronuncia la “r”, lento aprendizaje.

Historia del síntoma: El síntoma se hace presente desde que ingresa a preescolar. La timidez al socializar ha sido un obstáculo en su aprendizaje escolar, pues no realiza algunas actividades porque debe interactuar con sus compañeros. En casa no dedica el tiempo debido a sus tareas escolares, por tanto, se atrasa en algunos temas y actividades. Con la atención adecuada a su desempeño y aprendizaje, logra avanzar adecuadamente.

Historia personal y familiar: Osvaldo es el hermano mayor de dos hijos. Desde que ingresó a preescolar presentaba problemas de aprendizaje y atención, su progreso escolar era más lento que el de sus compañeros; las exigencias de la primaria eran más altas, por lo que sus problemas fueron más notorios. En la escuela difícilmente socializa con los niños, únicamente convive con uno de sus primos que estudia en la misma institución. Presenta problemas para pronunciar la r, desconoce las letras, aún no sabe leer y difícilmente habla en clase. En casa se le da mucha preferencia y se atiende a todo lo que pide. Cuando a su hermano se le da un regalo o se le compra algo, a él le tienen que comprar lo mismo porque se molesta. No juega con su hermano y frecuentemente pelea con él. Es tímido para socializar con otras personas y regularmente prefiere estar solo. Cuando alguien se dirige a él, agacha la mirada y no responde. La madre sugiere que los problemas anteriores pudieran deberse a la diferencia tan marcada de la educación entre ella y su esposo, pues él lo consiente demasiado y quita los castigos que ella impone; motivo por el cuál el niño no le obedece; asimismo por la

diferencia del trato entre ambos hijos, siendo Osvaldo el que tiene preferencia por parte de su padre.

Diagnóstico: Trastorno mixto del aprendizaje escolar [F81.3]

Estrategias de intervención: Socialización, contacto visual, aceptación de cumplidos, pronunciación de la letra r, lectoescritura.

Resultados: Se observaron avances significativos en las principales estrategias de intervención. Se logró que Osvaldo mantuviera conversaciones con los terapeutas, mostrando seguridad, confianza y comodidad al expresar sus ideas y escuchando atentamente. Aceptaba de manera positiva los elogios respecto a su desempeño en sesión, además de reconocer por sí mismo sus errores, tomando en cuenta las sugerencias para cambiar aquello que no era adecuado. Por último, Osvaldo aprendió a reconocer las letras –mayúsculas y minúsculas- a partir de diferentes actividades, asociándolas a variados objetos cuyo nombre inicia con cada una de ellas. El reforzamiento positivo de sus acciones , fortaleciendo su proceso terapéutico.

Expediente 10

Datos estadísticos

Nombre: Elizabeth

Edad: 12 años

Escolaridad: Secundaria

Motivo de consulta: Constantes reportes de mala conducta en la escuela, desafío a la autoridad, ira.

Historia del síntoma: La ira empieza a hacerse más notoria a partir de enfrentamiento hacen mutuos entre ella y su pedagoga. La inevitable falta de tolerancia hacia la transgresión de su privacidad la hace actuar de manera explosiva y destructiva, pensando únicamente en la mejor forma para vengarse. Por ende, encamina su ira al desafío de autoridades de manera constante. En casa, su ira parece incrementar considerablemente debido a la invasión que siente por parte de su padre, quien suele afrontar las situaciones de estrés de la misma manera que ella. Por tanto, cuando Elizabeth y su padre discuten le es más difícil controlar su enojo por los gritos que recibe. Debido a su comportamiento recibe castigos y regaños, lo cual la hace enojarse aún más y llegar incluso a destruir cosas.

Historia familiar y personal: La relación con su padre es agresiva, debido al carácter explosivo de ambos. Por otra parte, la relación con su madre es tranquila, con ella platica mucho y es muy comprensiva, aunque cuando se molesta le quita todo lo que le gusta. El ambiente en casa es tenso por los constantes reportes de conducta de la escuela; Elizabeth se siente incomprendida e invadida. Con sus amigos tiene muy buena relación, ya que la apoyan cuando se presentan problemas en la escuela o en casa. Respecto a la escuela, tiene muchos problemas con los maestros, porque constantemente desafía a las autoridades o se niega a trabajar en clase. Elizabeth se describe a sí misma como alegre,

inteligente y solidaria, aunque casi siempre es “berrinchuda”. Los padres de Elizabeth se han mostrado comprometidos con su situación escolar y personal y es algo que ella agradece mucho.

Diagnóstico: [F60.3] Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad.

Estrategias de intervención: Manejo de la ira, mejoramiento del autoconcepto, habilidades de comunicación asertiva.

Resultados: Los resultados obtenidos en el proceso terapéutico fueron satisfactorios y enriquecedores. El compromiso, responsabilidad y disposición de los padres de Elizabeth fueron imprescindibles en el trabajo que se llevó a cabo en sesión y que se extrapoló al hogar. Logró conocer muchos aspectos de su persona. La disposición de la joven fue importante para lograr los objetivos de la terapia, principalmente en la forma de expresarse hacia los demás, ya que logró reconocer que las palabras que usa y su actitud desafiante en situaciones de estrés, le han ocasionado demasiados problemas y han herido a las personas que ama. A partir de ejercicios de relajación y la economía de fichas, decremento de manera significativa su comportamiento agresivo. El apoyo de sus padres será una de las herramientas fundamentales en su actuar diario.

Expediente 11

Datos estadísticos

Nombre: Olivia

Edad: 49 años

Escolaridad: Carrera Técnica

Motivo de consulta: Duelo, problemas matrimoniales.

Historia del síntoma: La depresión de Olivia se hace presente después de la muerte de su padre. Sin embargo, esta se acrecenta cuando no ve el apoyo de su esposo en esta situación. Es así que la tristeza y el coraje se refleja en la relación con su esposo, con constantes discusiones y la defensiva hacia su persona. Olivia se siente mal porque cree que su esposo no la quiere, además de que no tiene su apoyo y su comprensión. La relación con su esposo se ha fisurado por la violencia física y verbal que prevalece entre ellos, no obstante, la reacción de Olivia frente a los insultos de su esposo ha cambiado, pues ahora ha decidido defenderse y darse su lugar.

Historia familiar y personal: Olivia se casó hace 30 años, tiene 4 hijos y es ama de casa. Hace dos meses falleció su padre, lo cual marcó un cambio en su vida debido a que su esposo no la acompañó en un momento tan doloroso. Afirma que antes de este acontecimiento, la relación con su esposo era de sumisión y maltrato; su actitud pasiva frente a la violencia física y verbal por parte de su él se debía a la protección a sus hijos. Logró poner límites y ahora responde cuando intenta humillarla o la insulta. Constantemente la acusa de infidelidad, pero ella le asegura que no es así y puede comprobárselo. Sus hermanos le ofrecen su total apoyo, al igual que sus hijos. Le gustaría sentirse útil y querida, y que la relación con su esposo mejore. Olivia disfruta de tejer, de convivir con sus hermanos, de jugar con sus nietos y platicar con sus nueras, y de ayudar a los demás.

Diagnóstico: [F43.2] Trastornos de adaptación.

Estrategias de intervención: Asertividad, mejoramiento del autoconcepto.

Resultados: Durante las sesiones Olivia mostró compromiso y responsabilidad; en todo momento se presentó atenta y reflexiva, aceptaba la responsabilidad que le correspondía en las discusiones con su esposo. Los resultados obtenidos en tres sesiones de intervención fueron buenos, pues Olivia estaba dispuesta a llevar a cabo aquello que, primeramente, la hiciera sentir bien consigo misma; la ayudara a sentirse independiente, y por último, mejorar la relación con su esposo. Olivia contaba con las herramientas necesarias para comunicarse con su esposo y hacer valer sus derechos frente a él, sin agredirlo o herirlo, pero le era difícil implementarlo. El apoyo de familiares y amigos, era una motivación muy grande para ella y le otorgaba seguridad en sí misma y en los lazos tan fuertes que puede mantener a partir de como se relaciona con los demás.

Expediente 12

Datos estadísticos

Nombre: Lourdes

Edad: 14 años

Escolaridad: Secundaria

Motivo de consulta: Actitudes agresivas, autolesiones.

Historia del síntoma: El síntoma de Lourdes estaba presente en situaciones de frustración e ira. Las autolesiones iniciaron por influencia de amigos, al conocer las experiencias de estas personas, tuvo la inquietud por “experimentar” lo que se sentía. Aunque Lourdes asegura que sólo se autolesionó en dos ocasiones, siendo la frustración y la ira el motivo principal, la madre afirmó que lo hacía en varias ocasiones. Las constantes discusiones y enfrentamientos con su madre y la pareja de ésta, mantenían un interminable enojo y desacuerdo por lo que se le daba a ella. Se identificó que la falta de autoridad de su madre, eran una oportunidad para que Lourdes no respetara los límites y las reglas de casa. Su prepotencia traía como consecuencia castigos y regaños, pero no eran efectivos porque la disciplina en casa no era estricta.

Historial familiar y personal: Lourdes menciona que empezó a cortarse con una navaja hace 4 meses. Al principio comenzó a hacerlo porque su mamá no le hacía caso por estar con su esposo, y también porque tenía muchos problemas con sus amigos. A su papá no lo ve desde que era una niña, sólo tiene oportunidad de platicar con él por internet. Discute frecuentemente con su mamá. En la escuela le hacen maldades, le dicen apodos pero no hace nada al respecto. Empezó a cortarse por “imitar” a sus amigas, entonces quiso experimentar, y asegura sentirse más tranquila cuando lo hace. Bajó de calificaciones por los frecuentes problemas que tiene en casa. Su mamá no le permite salir con su novio ni amigos.

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

Estrategias de intervención: Manejo de la ira, comunicación asertiva, mejoramiento del autoestima.

Resultados: Desde el principio Lourdes mostró poca disposición para trabajar, en la única ocasión que se le solicitó una tarea para casa no cumplió con ella. Es relevante la diferencia en los discursos de ella y su mamá respecto a la responsabilidad de ambas en una discusión. Mientras Lourdes aseguraba que obedecía en casa y que, por tanto, merecía que le dieran permisos para salir, o que simplemente eran injustificadas sus razones. Por su parte, su mamá se quejaba de su comportamiento, por responder mal, gritarle y desobedecer, causa de muchos malestares para ella. Parecía un constante enfrentamiento entre ambas y la búsqueda de culpables en su relación. Lourdes no regresó a sesión. En las tres sesiones no se notaron resultados satisfactorios.

Expediente 13

Datos estadísticos

Nombre: Eva

Edad: 51 años

Escolaridad: Primaria

Motivo de consulta: Tristeza por la muerte de su hermana.

Historia del síntoma: Desde la infancia, Eva María estuvo en un estado de tristeza por las situaciones que enfrentó día a día. A partir del inicio de su matrimonio, se enfrentó a arrepentimientos, tristeza y desesperanza, pues nunca se sintió satisfecha con su vida, a excepción de momentos específicos, como el nacimiento de sus hijos. La tristeza se presenta cuando su hijo mayor, la visita sólo para pedirle ayuda o para contarle sus problemas; cuando discute con su esposo, cuando se da cuenta que la relación de su hijo no es “buena” para él, cuando recuerda las vivencias de su pasado y cuando mira hacia el futuro con gran desánimo. El mantenimiento del síntoma está sustentado en las ideas respecto a sí misma, a la culpabilidad de las decisiones que tomó anteriormente y a la victimización constante en cada una de las situaciones que se presentan día a día.

Historia familiar y personal: Eva María afirma que tuvo una vida llena de tragedia y dolor. Cuando era niña, Eva sufrió golpes, e insultos; su hermana mayor, Gloria, siempre quería ser el centro de atención, lo cual le daba coraje. Nunca tuvo juguetes, ni muestras de amor por parte de sus padres. A temprana edad la obligaron a casarse, su matrimonio fue insatisfactorio, incluso hubo infidelidad por parte de su esposo. Actualmente tiene tres hijos; el mayor es casado y lo considera responsable, cariñoso y trabajador; ella ha dedicado su vida y tiempo a su familia, a pesar de que nunca quiso eso para ella.

Siempre fue cercana a su hermana menor, quien murió un año atrás debido a una gripe. Eva cuidó siempre de ella hasta el día de su muerte, junto con ella pasaron experiencias dolorosas y desagradables; su hermana fue violada por su hermano y su padre, tuvo dos abortos, nunca se casó, por lo que Eva le ofreció vivir con su familia.

Diagnóstico: [F43.2] Trastornos de adaptación.

Estrategias de intervención: Proceso de duelo, asertividad, autoestima, proyecto de vida.

Resultados: Las estrategias de intervención en el proceso terapéutico de Eva fueron efectivas, pues los resultados fueron satisfactorios. El aspecto principal en el que se mostraron resultados fue su estado de ánimo, al expresar en palabras lo que le sucedió en la infancia, fue una manera de hacer frente a esto y desahogar el peso que sentía por las decisiones que tomó. Asimismo, entender la muerte de su hermana como un suceso natural en el cual no tuvo mayor responsabilidad, ayudó a que evitara culparse de lo sucedido, así como concientizarse del papel que tuvo en cada experiencia compartida con Esperanza. El plan de vida fue importante para que Eva pusiera en perspectiva su vida, evitando torturarse con su vida pasada y pensar en su vida futura de manera positiva. Eva agradeció el apoyo recibido y se comprometió consigo misma a continuar con una sonrisa y siempre determinándose metas en beneficio a su salud física y psicológica.

Expediente 14

Datos estadísticos

Nombre: Sandra

Edad: 35 años

Escolaridad: Secundaria

Motivo de consulta: Momentos de tristeza, desesperación, llanto.

Historia del síntoma: Debido a que Sandra sólo asistió a la sesión de entrevista, no se tiene la información necesaria para conocer de manera profunda la historia de su padecimiento.

Historia familiar y personal: Sandra comenta que tuvo una infancia y adolescencia muy difícil y dolorosa; la discriminaban por su color de piel y su complexión robusta. Sin embargo, se volvió más sociable, multifacética, defendía sus puntos de vista y nunca se sintió superior a los demás. Al casarse se enfrentó a más problemas que le han ocasionado mucho dolor. Su esposo es alcohólico, y existen muchos desacuerdos en la forma de educar a sus hijos pues él les grita, les dice groserías. Ella quiere evitar que sus hijos sufran y tengan problemas más adelante por la forma en que los trata su esposo. Procura estar siempre al tanto de lo que hacen. Su esposo le fue infiel. Se separaron durante su primer embarazo. Ahora intenta no pelear con su esposo para que sus hijos no presencien ese tipo de situaciones. En su vida prevalece el enojo, cuando discute con su esposo, la felicidad cuando hay días nublados y cuando está con sus hijos, y la tristeza a consecuencia de las peleas con su esposo. En muchas ocasiones quiere desahogarse llorando, pero lo evita porque considera que eso es un signo de debilidad y no quiere que sus hijos la perciban así.

Diagnóstico: Episodio depresivo leve [F32.0]

Estrategias de intervención: Autoestima, asertividad, disciplina en casa.

Resultados: No se presentaron resultados porque Sandra no regresó a las sesiones de Psicoterapia, se desconoce el motivo.

Expediente 15

Datos estadísticos

Nombre: Laura

Edad: 20 años

Escolaridad: Secundaria

Motivo de consulta: Agresividad y problemas de pareja.

Historia del síntoma: La única sesión con Ana Laura no fue suficiente para recabar información de la historia de su síntoma.

Historia familiar y personal: Ana Laura vive en unión libre con su pareja desde hace 4 años, tiene dos hijos, Emily de 3 años y Saúl de 8 meses; tienen un espacio en casa de sus padres. Discute frecuentemente con él por la falta de dinero para cubrir los gastos del hogar, él no trabaja ni ayuda en casa. Su suegra suele llevarle comida a su esposo, y en ocasiones les presta dinero.

Ana Laura piensa que es codependiente a su pareja, porque le da miedo la soledad o no encontrar a alguien más; cuando los problemas entre ambos se acrecentaron, ella lo corría de su casa, pero después lo detenía porque sentía culpabilidad. Se han separado en algunas ocasiones, pero regresan uno o dos meses después. A veces ya no desea estar con él, se siente mal porque la ignora, la rechaza y las frecuentes discusiones que tienen, aunado a una infidelidad, desde entonces ella siente muchos celos y desconfía de él. No obstante, él le dice que es ella quien debe cambiar. No tiene una buena relación con su hija, pasa todo el tiempo con sus abuelos, pero intervienen en su disciplina. Con su esposo, se nota una marcada diferencia en el trato para ambos, pues pasa más tiempo con el bebé, que con Emily, a quien ignora regularmente. Ana Laura se siente inconforme con su vida, pues le hubiese gustado estudiar y tener un trabajo, aunque no cambiaría la decisión de tener a sus hijos, le gustaría que las cosas cambiaran, para ofrecerles algo mejor.

Diagnóstico: Reacción a estrés agudo [F43.0]

Estrategias de intervención: Comunicación asertiva, proyecto de vida

Resultados: Debido a que Ana Laura sólo se presentó a la sesión de entrevista, no se resultados.

Expediente 16

Datos estadísticos

Nombre: Carla

Edad: 30 años

Escolaridad: Bachillerato

Motivo de consulta: Ansiedad, codependencia.

Historia del síntoma: El síntoma de Carla se presentó por la falta de atención de su madre y la ausencia de un padre. Desde el inicio de sus relaciones afectivas, mostraba cierta dependencia y posesión hacia sus parejas, no obstante, esto se acrecentó después de terminar la relación con el padre de sus hijos. En las dos relaciones posteriores, Carla ha mostrado el mismo comportamiento. Al principio es atenta y servicial y después de un tiempo es agresiva y violenta. Cuando cree que se quedará sola, cuando tiene discusiones fuertes que ponen en peligro su relación, o cuando su pareja no hace lo que ella quiere cuando lo desea, entonces recurre a la manipulación para lograr lo que se propone. Esto ocasiona el desgaste de sus relaciones y regresa al principio. El concepto que tiene de sí misma y de una familia, dan lugar al mantenimiento de su síntoma aunado al aprendizaje al lo largo de su vida, respecto al interés que representa un reto. El miedo a quedarse sola la estanca y le hace aferrarse a las personas, aunque reconozca que no es sano el vínculo o que no es necesario provocarse un dolor así.

Historia familiar y personal: Carla tiene dos hijos, Evan de 8 años y Maya de 5 años. El padre de sus hijos actualmente vive en California, mantiene contacto telefónico con él, pero discuten demasiado. Cuando sale con sus hijos y ve familias unidas, se siente muy triste y destrozada. Carla empezó una nueva relación hace un año y medio con Víctor, de 21 años. En Pocos meses después de empezar su relación, Víctor empezó a vivir con ella, únicamente iba a su casa

por ropa, a cenar y a saludar a su familia. Es atento, cariñoso, respetuoso y amable con sus dos hijos, ha ocupado la figura paterna. Las peleas son muy frecuentes, debido a la agresividad de Carla, el desacuerdo por la situación familiar de Víctor y por evitar un total compromiso en la relación. Un aspecto relevante en la historia de Carla es su autoconcepto, considera que nunca será suficiente o valiosa para alguien, por eso, en todas sus relaciones, ha mostrado dependencia. Sus hijos representan su motivo de vivir, que en alguna ocasión optó por quitarse la vida, pero el amor hacia ellos la detuvo. La dependencia emocional ha estado presente desde su adolescencia, la falta de una figura paterna y la desatención de su madre, la encaminaron a buscar refugio en otras personas, principalmente sus parejas.

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

Estrategias de intervención: Autoestima, independencia emocional, proyecto de vida.

Resultados: Carla se comprometió completamente con su proceso terapéutico. En todas las sesiones cumplió con sus tareas, dedicándoles tiempo y esfuerzo. En cada sesión mostró atención y disposición, lo cual fue imprescindible para lograr los objetivos. Siempre analizaba algunas situaciones que ocurrían durante la semana, en ocasiones planteaba preguntas y ella misma daba una respuesta. Se ha determinado metas realistas, con las herramientas que requiere para lograrlas, sin embargo, su inestabilidad emocional la frenan y la mantienen en un círculo vicioso. En el área de autoconcepto, se logró cambiar un poco la manera de verse a sí misma, reconoció sus cualidades positivas y aprendió a que éstas sobresalieran. En cuanto a la independencia emocional, Carla parase renuente a cambiar sus relaciones afectivas, porque su idea de familia unida y completa, la encaminan a buscar una pareja para sentirse bien consigo y sus hijos. Por último, el plan de vida está presente, se ha planteado metas, sólo necesita tener más seguridad para llevarlo a cabo.

Expediente 17

Datos estadísticos

Nombre: Fausta

Edad: 53 años

Escolaridad: Primaria

Motivo de consulta: Episodios de ansiedad al salir a la calle o estar sola.

Historia del síntoma: Los episodios de ansiedad se presentan cuando sale a la calle sola con su nieta, en esta última circunstancia teme que algo le pase y la niña se quede sola. También están presentes en los momentos en los que discute con su Jesenia y cuando Óscar y Ericka le niegan su apoyo. Éstos se manifiestan con pensamientos de muerte, temblores, sudoración en el cuerpo, zumbido de oídos, mareos, aceleración cardíaca, presión en el pecho y agitación. Fausta identifica el origen al presenciar el momento de un temblor cuando se encontraba en un edificio grande. Los problemas económicos actuales le generan preocupación y dan lugar a esta ansiedad.

Historial personal y familiar: Fausta se separó de su pareja hace 13 años debido a infidelidades por parte de él. A partir de ese momento trabajó para mantener a sus tres hijos. Durante ese tiempo fue trabajadora doméstica de una familia.

Un día, mientras esperaba el transporte público, empezó a sentirse mal, se le nubló la vista, empezó a temblar y acudieron a ayudarla. Dejó de trabajar. Desde entonces, su hija menor, se encarga de la manutención de la casa. El sueldo es insuficiente y eso genera preocupación en ella, ya que le es difícil regresar a trabajar por los episodios de ansiedad. Fausta tiene constantes problemas y discusiones con Jesenia, debido a los desacuerdos respecto a la responsabilidad con su hija, pues trabaja todo el día y cuando regresa a casa no quiere jugar con ella o atenderla, además, comenta que gasta muy rápido su dinero y por eso

tienen problemas económicos. La señora afirma que le duele la indiferencia de sus hijos, pero no quiere convertirse en una carga para ninguno de ellos.

Diagnóstico: Agorafobia [F40.0]

Estrategias de intervención: Psicoeducación, relajación, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva.

Resultados: Hasta el momento Fausta ha mostrado un compromiso y responsabilidad a su salud física y mental. Ha atendido a las indicaciones, hace las tareas que se le solicitan y en cada sesión ha sido puntual. El proceso terapéutico aún no concluye, no obstante se esperan buenos resultados gracias a la disposición que está mostrando Fausta; refiere y presenta mejorías en su estado de ánimo y están disminuyendo los episodios de ansiedad; se han determinado metas más grandes respecto a salir de casa, de manera que cada vez más la distancia que recorra sea mayor.

CONCLUSIONES

La Psicología de la Salud nace en respuesta a las nuevas demandas de salud de la población en todo el mundo, encontrándose en esta disciplina una de las opciones más eficaces en la solución de las nacientes enfermedades crónico-degenerativas. Los patrones de enfermedad dieron un giro enorme, presentándose enfermedades relacionadas principalmente con los estilos o condiciones de vida de las personas.

En poco tiempo, desde su origen en América Latina a finales de los años sesenta, la Psicología de la Salud ganó reconocimiento de su labor en la sociedad y en diferentes campos de trabajo como la salud, educación, industrias y cárceles. Particularmente en el ámbito de la salud, la Psicología tuvo un papel decisivo en la búsqueda e implementación de medios efectivos para promover la salud y fomentar la adopción de conductas preventivas. Su desarrollo ha sido bastante significativo gracias al interés de los profesionales de esta rama por llevar a cabo programas de intervención en salud, especialmente en promoción y educación para la salud y prevención de enfermedades.

En los diferentes países en los que emergió la Psicología de la Salud, se innovó la perspectiva de salud destacando los factores psicológicos, socioculturales y ambientales en su preservación; se buscó el mejoramiento de la atención, el uso adecuado y efectivo de los recursos disponibles para atender las enfermedades que persistían en la comunidad y se amplió el acceso de los servicios de salud a los estratos más bajos de la sociedad. Lo anterior ha fomentado el progreso de la disciplina, que continúa a la par de los resultados y metas alcanzadas de la práctica del psicólogo en la comunidad y en las instituciones de salud, del surgimiento de nuevas demandas de acuerdo a las condiciones del sector salud y características de la población y, de los nuevos desafíos de la ciencia y la profesión, aunado a sus avances y aportes.

Hasta este momento, la Psicología de la Salud ha fortalecido su papel en los diferentes niveles de atención a la salud, logrando interactuar con otras disciplinas para trabajar desde una conceptualización integral del proceso salud-enfermedad. Por tanto puede considerarse como la única disciplina que ha estudiado la salud a partir de una visión más amplia enfocada en los factores psicológicos y sociales. La redefinición del sistema de salud permitió una amplia actuación del psicólogo en el campo de la salud pública, especialmente en el desarrollo de programas y políticas sanitarias.

Es importante el análisis que los psicólogos hagan sobre el impacto de su atención en los establecimientos de salud, para ampliar su inserción mediante el diseño de programas de intervención acorde a los recursos financieros y humanos con los que cuenta cada establecimiento, incorporando la orientación psicológica en la implementación de dichos programas.

A lo largo de la experiencia profesional, que se reporta en este trabajo de tesis, se presencié la situación actual de los psicólogos en el ámbito de la salud y fue posible comprender la importancia de su función, quien actúa de forma específica en prevención y promoción, así como en la enunciación de políticas sanitarias con el propósito de crear un sistema de salud público eficiente y eficaz, y contribuir al bienestar biopsicosocial del individuo y la comunidad, actuando a nivel personal, grupal y comunitario.

Afortunadamente los profesionales del Centro de Salud Urbano “San Lucas Patoni” me brindaron un trato profesional desde el inicio de mi servicio social. Se solicitó mi apoyo en diversas actividades de promoción de la salud, permitiéndome organizarlas, e impartir las pláticas al público en general y estudiantes; también recomendaban a los usuarios el tratamiento psicoterapéutico, reconociendo los beneficios de mi labor en la solución de las problemáticas más comunes de la comunidad. Obtuve resultados satisfactorios en las diferentes actividades que conformaron el servicio social; los usuarios del Centro de Salud respondieron

positivamente, ofreciendo una participación cada vez más activa durante los temas impartidos o dando a conocer su interés sobre algún tema específico.

En la intervención psicoterapéutica, que fue altamente demandada por usuarios de diferentes edades, obtuve logros significativos; los pacientes que concluyeron el proceso terapéutico mostraron cambios esenciales en su vida cotidiana, plantándose un proyecto de vida positivo, reflejándose en el mejoramiento de su estado de ánimo y calidad de vida, así como de sus relaciones interpersonales. Se presentó un cambio de perspectiva hacia los diferentes contextos en los que se desenvolvían, lo cual dio lugar al reaprendizaje de pensamientos y conductas que anteriormente causaban conflictos constantes, otorgando a los usuarios la oportunidad de mejorar diferentes aspectos de su vida.

Con base a mi experiencia psicoterapéutica con la población de San Lucas Patoni, los tres diagnósticos más frecuentes que se identificaron en los usuarios que recibieron el servicio fueron *reacción a estrés agudo*, *trastornos de adaptación* y *episodio depresivo leve*; el primero de éstos presente en adolescentes de 14 años hasta adultos de 35 años. Con los datos anteriores se puede confirmar que las características de esta comunidad son determinantes en la incidencia de padecimientos psicológicos relacionados con los estilos de vida.

Por tanto, las enfermedades que se reportaron en esta tesis se deben principalmente a condiciones medioambientales tales como relaciones familiares quebrantadas dentro de un contexto de violencia; la mayoría de los usuarios fueron o son expuestos a constantes agresiones físicas y verbales, ya sea entre cónyuges, entre hermanos, de padres a hijos y/o viceversa. Dentro de la dinámica familiar, los roles son confusos o no están bien delimitados, está presente un alto grado de desatención a los niños y falta de disciplina.

Debido a la ubicación geográfica y estratificación social de esta comunidad, se presentan altos índices de contaminación, problemas de alcoholismo y

drogadicción desde edades tempranas, embarazos en la adolescencia; los recursos destinados para la educación son escasos, las familias únicamente tienen la posibilidad de acceder al nivel básico de educación, lo que ocasiona una alta deserción académica; asimismo las tasas de desempleo son elevadas, por ende, los recursos económicos son insuficientes para cubrir las necesidades básicas y las demandas de salud.

Los habitantes de esta región están inmersos en ambientes insanos, se enfrentan a una rutina rigurosa, a factores estresantes físicos y psicológicos recurrentes y a condiciones de vida deplorables que afectan su salud física y mental. Los usuarios no han definido un plan de vida a mediano o largo plazo, por tanto, desconocen hacia dónde se dirigen; la falta de metas u objetivos les provoca insatisfacción y frustración consigo mismos y con las personas que conviven. En las mujeres, por ejemplo, los embarazos tempranos o no deseados, truncan sus planes de vida y el descontento se hace presente tiempo después. La falta de comunicación familiar e indisciplina en casa da lugar a un desorden de la conducta en los adolescentes, quienes constantemente desafían a las autoridades. Éstas son algunas de las condiciones o factores que favorecen la presencia de las enfermedades actuales más frecuentes.

Los beneficios de la intervención psicológica en el ámbito de la salud, en el primer nivel de atención, radica principalmente en la prevención de enfermedades; en muchas situaciones un malestar físico es consecuencia de factores psicológicos o sociales, sin embargo, para el individuo no es sencillo identificar la causa principal de su enfermedad. Hoy día, la intervención de los psicólogos en salud debe enfocarse primordialmente en el mantenimiento de la salud de los individuos, proporcionando la información pertinente para que cuiden de la misma y gocen de una mejor calidad de vida.

Si bien es cierto, en las últimas décadas el psicólogo ha logrado una extensa inserción en el ámbito de la salud en diferentes áreas y niveles de

atención a la salud; ha demostrado poseer los conocimientos y habilidades indispensables para desempeñar sus funciones profesionalmente y responder con ética y calidad a las necesidades y demandas de salud de la población en general.

Sin embargo uno de los principales obstáculos que sigue enfrentando en su inclusión es la falta de cimientos dentro del sector salud. Pese al reconocimiento que han ganado los psicólogos en los programas de promoción, prevención y tratamiento de las enfermedades más frecuentes, aún se considera que irrumpen en “territorio médico”, por lo que es visto como un profesional que complementa la función de médicos, hecho que se refleja en los escasos lugares que se les proporciona en centros de salud, en donde se permite la entrada a pasantes para llevar a cabo su servicio social o están trabajando de tres a cuatro psicólogos en los hospitales de especialidad.

La formación profesional del psicólogo también se ha convertido en un factor que limita su acción, debido a la escasa preparación en la línea de la salud que le otorgue un perfil completo ante las instituciones, para responder a la realidad de salud del país; no es hasta la especialización o el posgrado que el psicólogo adquiere las competencias necesarias para desempeñarse más ampliamente y se le ofrezca un espacio con mayor facilidad para su intervención.

En México, por ejemplo, las últimas generaciones de psicólogos egresados pudieron adquirir una mínima experiencia durante sus prácticas profesionales o servicio social, después de una preparación teórica específica que debe poner en práctica en escenarios reales. Hoy día, la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, ha hecho una propuesta de cambio curricular para que la preparación académica y profesional de los psicólogos abarque las exigencias de los diversos campos laborales en los que se puede desempeñar el psicólogo y pueda obtener un lugar preferible en el ámbito de su preferencia. Esto constituye algunos de los principales desafíos que todavía

debe enfrentar la Psicología de la Salud, tomando en cuenta el esperanzador desarrollo que está adquiriendo día con día.

Si bien es cierto las aportaciones de la Psicología de la Salud han sido numerosas, no obstante es importante seguir insistiendo en la inserción del psicólogo en el sector salud como elemento fundamental en la intervención primaria, la educación para la salud y el mantenimiento de una mejor calidad de vida de las personas para que la salud pública en México sea próspera para los profesionales de la salud y para los usuarios de los servicios sanitarios.

Sería importante tomar en cuenta la opinión de los usuarios respecto al impacto de la labor del psicólogo de la salud en sus vidas. En primera instancia, porque son quienes obtienen los beneficios directos de la intervención psicológica, en segundo lugar porque es una manera de fomentar la participación activa de los usuarios y responsabilidad del bienestar propio, y en tercer lugar, para que las funciones de los psicólogos no se limiten al primer nivel de atención a la salud, establecer la meta de abarcar los siguientes niveles mediante la promoción de programas de intervención psicológica por usuarios y profesionales.

Es imprescindible conocer las necesidades de salud de la comunidad para encaminar de manera adecuada los servicios de salud, entendiendo que el deber de los profesionales en este ámbito no se dirige únicamente a la cura, si no a la prevención y mantenimiento de la salud; por tanto, debe ser parte de los objetivos de las instituciones, orientar sus esfuerzos al cuidado de la salud integral, entendiendo que el aspecto psicológico juega un papel importante en la calidad de vida de las personas.

El crecimiento y desarrollo de la Psicología de la Salud seguirá en aumento al dedicarle un interés constante en el tema de la salud y la enfermedad, aunado a una lucha por conseguir un espacio más específico en este ámbito que será posible con un trabajo arduo, persistente y un compromiso social.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad, *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
- Bellack, L. (1999). Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. México: Manual Moderno.
- Borches, F. (2014). Acerca de las prácticas del psicólogo en el Primer Nivel de Atención en Salud, 4-40. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/4452/1/Florencia%20Borches.TFG.2014.pdf>
- Buela-Casal, G. (2005). ¿La psicología es una profesión sanitaria? *Papeles del psicólogo*, 6(1), 2-3. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77809102.pdf>
- Castro, A. (2004). Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. *Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 21(002), 117-152. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-70272004000200001&script=sci_arttext
- Durán, L., Hernández, M., y Becerra, J. (1995). La formación del psicólogo y su papel en la atención, de prevención y Atención Primaria de Salud. *Salud Pública de México*, 33(1), 462-471. Recuperado de: http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/1995/vol37no5/sep_oct95_13laformacion.pdf
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P. y Cruz-Sáez, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo general sanitario: Una primera reflexión. *Psicología*

Conductual, 20(2), 423-435. Recuperado de:
<http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/psicolog%C3%ADa%20cl%C3%ADnica%20y%20psicolog%C3%ADa%20sanitaria.pdf>

Flórez-Alarcón, L. (2006). La psicología de la salud en Colombia. *Universitas Psychologica*, 5(3), 681-693. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a20.pdf>

Gómez, M. (2007). La psicología de la salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad, *Psicología Avances de la disciplina*, 1(2), 172-173. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996003.pdf>

Gómez, M., Chamorro, G., Obispo, K., Parra, Y., Paba, C. y Rodríguez, U. (2013). Representación social del psicólogo en el área de la salud: un estudio cualitativo en la facultad de ciencias de la salud de la Universidad del Magdalena. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 91-122. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21328600006.pdf>

Hernández, E. y Grau, J. (2005). Psicología de la Salud: Aspectos históricos y conceptuales, 6-18. Recuperado de:
<http://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2012/01/PSICOLOG%C3%8DA-DE-LA-SALUD-ASPECTOS-HIST%C3%93RICOS-Y-CONCEPTUALES.pdf>

Hernández, V., Hernández, V. y Aguila, Y. (2015). La promoción de la salud en el ámbito escolar mediante la prevención de adicciones. *Revista Médica Electrónica*, 37(3), 246-262. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000300007

Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivo de Medicina Interna*,

33(11), 11-14. Recuperado de:
http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/leccion_14/bibliografia_complementaria_14.pdf

Labiano, M. (2010). Introducción a la Psicología de la Salud. En Oblitas, L. (coordinador) *Psicología de la salud y calidad de vida* (3-21). México: Cengage Learning. Recuperado de:
https://books.google.com.mx/books?id=LXR_dkV_XNcC&pg=PR19&lpg=PR19&dq=psicologia+de+la+salud&source=bl&ots=uey_uvCyDJ&sig=rWEm2E2p3iSzz_SBveyxLDuTlqY&hl=es-419&sa=X&ved=0CEQQ6AEwBjgKahUKEwiN2qHJgc_HAhUJVZIKHbn8CKs#v=onepage&q=psicologia%20de%20la%20salud&f=false

Martín, A. (2011). Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. España: Elsevier, 455.

Martín, L. (2003). Aplicaciones de la Psicología en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275-281. Recuperado de:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n3/spu12303.pdf>

Morales, F. (2011). La investigación en Psicología de la Salud en Cuba: experiencias y potencialidades. *Estudios de la Psicología*, 16(1), 23-30. Recuperado de:
<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n1/a04v16n1.pdf>

Mucci, M. y Benaim, D. (2005) Psicología y Salud. Calidoscopio de prácticas diversas. *Psicología, Cultura y Salud*, 6(), 123-138. Recuperado de:
<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico6/6Psico%2009.pdf>

Oblitas, L. (2008). Psicología de la Salud. Una ciencia de bienestar y felicidad. *Av. Psicol*, 16(1), 9-38.

Organización Panamericana de la Salud (2003). Cárceles saludables: promoviendo la salud para todos. Buenos Aires, 112. Recuperado de: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/carceles%20saludables.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2008). Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos APS. Washington: OPS. Recuperado de: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias Desarrollo Equipos APS.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias%20Desarrollo%20Equipos%20APS.pdf)

Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas de su qué y para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 669-679. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750319.pdf>

Redondo, D. (2013). Rol del profesional de Psicología en Atención Primaria de Salud. *Revista Electrónica de Estudiantes*, 8(1), 67-72. Recuperado de: [file:///D:/Downloads/Dialnet-RolDelProfesionalDePsicologiaEnAtencionPrimariaDeL-4942674%20\(6\).pdf](file:///D:/Downloads/Dialnet-RolDelProfesionalDePsicologiaEnAtencionPrimariaDeL-4942674%20(6).pdf)

Rodríguez-Marín, J. (2002). Historia de la Psicología de la Salud. *Revista de Historia de la Psicología*, 23(3-4), 185-221. Recuperado de: file:///D:/Downloads/01.%20RODR_GUEZ%20MAR_N.pdf

Santacreu, J. (1991). Psicología clínica y Psicología de la Salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 3, 3-20. Recuperado de: https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/victor/SALUD/Bibliog/clinica-salud.PDF

- Santacreu, J., Márquez, M. O. y Rubio, V. (1997). La prevención en el marco de la Psicología de la Salud. *Psicología y Salud*, 10, 81-92. Recuperado de: https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/victor/SALUD/Bibliog/prevencion.PDF
- Soto, G., Lutzow, M. y González, R. (2009). Rasgos generales del sistema de salud en México. En *La salud pública y el trabajo en comunidad*, 51(1), 62-75. Recuperado de: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia_2012/15.pdf
- Tobón, S. y Núñez, A. (2000). Psicología y sistema de salud en Latinoamérica. *Revista Perspectivas en Psicología*, 7, 45-61. Recuperado de: http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas_psicologia/html/revistas_contenido/revista3/Psicologysistemasaludenlatinoam.pdf
- Torres, I., Beltrán, F. y Martínez, G. (2013). Psicología de la Salud. Algunos apuntes históricos. *Medicina, Salud y Sociedad*, 3(2), 1-18. Recuperado de: <http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/viewFile/117/124>
- Werner, R., Pelicioni, M. y Chiattonne, H. (2003). La psicología de la salud latinoamericana hacia la promoción de la salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(1), 153-171. Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-35.pdf

ANEXO 1



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



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

Herramienta de Detección de Violencia

No. EXP.:

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Minexamen del Estado Mental "Minimental" de Folstein

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

(un punto por acierto)

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

ORIENTACIÓN

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

MEMORIA

II. Le voy a decir 3 objetos cuando yo termine quiero que por favor usted los repita

	Correcto	Incorrecto	
A. Papel	()	()	Total correcto _____
Bicicleta	()	()	
Cuchara	()	()	

Escolaridad > 8 años

ATENCIÓN Y CALCULO

Escolaridad menor 8 años

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

MEMORIA DIFERIDA

IV. Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio (Máximo 3)

A. Papel	()	Total correcto _____
Bicicleta	()	
Cuchara	()	



ORIENTACIÓN

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

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

VII. COMPRENSIÓN (máx. 3)
 Tome este papel con la mano derecha ()
 CALIF. _____
 Dóblelo por la mitad ()
 y déjelo en el suelo ()

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

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

X. PRAXIAS COPIA DE UN DIBUJO (copie por favor este dibujo tal como esta, atrás de la hoja)
 SI ()
 NO ()
 (máx. 1) CALIF. _____

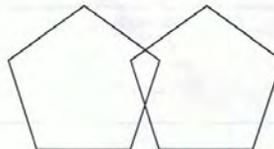
PUNTAJE FINAL

VIII. CIERRE LOS OJOS

IX. ESCRITURA DE UNA FRASE: _____

Doble aqui

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



DEMENCIA

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

La demencia aparece generalmente como olvido.

CAUSAS

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

Tipos de demencia

-Demencia Alzheimer

-Parkinson

Cómo se manifiesta

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



FACTORES DE RIESGO

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

TRATAMIENTO

El tratamiento irá enfocado a curar la enfermedad o eliminar el problema que ha causado la demencia, como ocurre con el abuso de alcohol, un tumor cerebral, un trastorno metabólico. Sin embargo el envejecimiento provoca un problema degenerativo e irreversible

¿Dónde acudir?

Centro de Salud Urbano “San Lucas Patoni”

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

Teléfono: 53 69 06 30

Horario de atención

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

Servicio de Psicología

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



“2014 AÑO DE LOS TRATADOS DE TEOLYUCAN”

DEMENCIA



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

Qué es la depresión?

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

CAUSAS

La depresión puede tener varias causas y pueden estar combinadas:

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

¿Qué se siente?

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

- Tristeza, angustia, inquietud.
- Falta de motivación.
- Desinterés por las cosas que nos gustan.
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones.
- Cansancio, decaimiento.
- Irritabilidad, mal humor.
- Sentimientos de culpa
- Pesimismo.
- Sentirse inútil.
- Cambios en el sueño
- Cambios en el apetito
- Molestias físicas como dolores musculares, de cabeza, espalda.
- Pensamientos relacionados con la muerte que pueden llevar al suicidio.

Medidas preventivas

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

El tratamiento para la depresión es posible por especialista de la salud

mental como psiquiatras y psicólogos. Se requiere de terapia psicológica y en ocasiones medicamentos específicos.

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

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



Acude a:

Centro de Salud Urbano "San Lucas Patoni"

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

Teléfono: 53 69 06 30

Horario de atención

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

Servicio de Psicología

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

DEPRESIÓN



Centro de Salud Urbano "San Lucas Patoni"



"2014 AÑO DE LOS TRATADOS DE TEOLYUCAN"

10 DÍA DE LA SALUD MENTAL

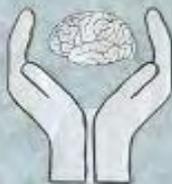
OCTUBRE

EVITA CONSUMIR DROGAS ☺

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

Cuida a tus AMIGOS

¡Ríe más!



DEJATE

Sabías que...?

Si no cuidas tu mente, tu cuerpo puede enfermarse.

Practica deporte 🏃

DISFRUTA TU TIEMPO LIBRE

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



FORMATO PARA ELABORACIÓN DE EXPEDIENTE PSICOLÓGICO

DATOS ESTADÍSTICOS

NOMBRE: _____

EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____ SEXO: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

HISTORIA DEL SÍNTOMA: _____

SÍNTOMAS SECUNDARIOS: _____

HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR:

DIAGNOSTICO:

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

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

OBSERVACIÓN GENERAL DEL PACIENTE: _____

RESULTADOS:
