



Mi Universidad

LIBRO

PSICOLOGIA Y SALUD

LIC. ENFERMERIA

PRIMER CUATRIMESTRE

SEPTIEMBRE – DICIEMBRE

Marco Estratégico de Referencia

Antecedentes históricos

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor Manuel Albores Salazar con la idea de traer educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en julio de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró en la docencia en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de cobranza en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los

jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

Misión

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Visión

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra plataforma virtual tener una cobertura global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

Escudo



El escudo del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

Eslogan

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Psicología y Salud

Objetivo de la materia:

Que el alumno al finalizar el curso pueda caracterizar las aplicaciones de la Psicología al ámbito de la salud, Relacionando los principios y métodos de la Psicología con áreas de la Salud, tener un conocimiento básico de las técnicas psicológicas aplicadas al ámbito de la salud y Adquirir las habilidades básicas para analizar y modificar conductas en el ámbito laboral.

INDICE

UNIDAD I

PSICOLOGIA Y SALUD CONCEPTOS

- 1.1.- Orígenes de la Conducta Humana.
- 1.2.- Definición de Salud.
- 1.3.- Antecedentes de la Psicología en la Salud.
- 1.4.- Intervención de la Psicología en la Salud.
- 1.5.- Comportamiento y Salud.
- 1.6.- La Psicología de la Salud.

UNIDAD II

EL PAPEL DE LA PSICOLOGIA EN LA SALUD

- 2.1.- Objetivos de la psicología en salud.
- 2.2.- La intervención en psicología de la salud.
- 2.3.- La metodología de la intervención en salud.
- 2.4.- Manejo de emociones en pacientes.
- 2.5.- Relación paciente-enfermera (o).
- 2.6.- Diversos modelos en la psicología de la salud.
- 2.7.- Modelo Cognitivo-social.
- 2.8.- Modelo de Creencias en Salud.
- 2.9.- La Teoría de Acción Razonado.
- 2.10.- Modelo de Reducción de Riesgo.
- 2.11.- Modelo Integrativo.

UNIDAD III

INSTRUMENTOS DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD.

- 3.1.- Entrevista.
- 3.2.- Cuestionario y pruebas psicológicas.
- 3.3.- Observación directa.
- 3.4.- Autoobservación y Auto registro.

UNIDAD IV

AREAS DE APLICACIÓN.

- 4.1.- Información y educación sanitaria.
- 4.2.- Control de actitudes.
- 4.3.- Generación de hábitos para una vida sana.
- 4.4.- Disminución del impacto de la Enfermedad.
- 4.5.- Prevención de Recaídas.
- 4.6.- Apoyo a los familiares del paciente.

UNIDAD I

PSICOLOGIA Y SALUD CONCEPTOS

Objetivo: El objetivo de la psicología es estudiar el comportamiento humano, pero entiéndase bien que damos a este término un sentido muy alto, es decir, que mediante él entendemos y englobamos todas las actividades de los individuos. Estas actividades son consecuencia o bien de estímulos interiores o ambientales. No pertenece sin embargo a la esfera de la psicología el estudio de aquellas actividades estrictamente somáticas (que corresponden a la fisiología y a otras ramas de la biología), excepto en lo tocante a las repercusiones que éstas tienen en los planos del comportamiento del hombre.

Y así, por ejemplo, el estudio de las actividades específicamente orgánicas que se desencadenan tras la ingestión de alcohol es una cuestión que incumbe a la fisiología y a la bioquímica, pero la repercusión que la ingestión del alcohol pueda producir en el estado de ánimo, en la actividad mental o en el grado de sociabilidad de una persona, aun teniendo asimismo como última explicación una serie de modificaciones neuroquímicas, compete al psicólogo.

El grupo de fenómenos específicos que son investigados por la psicología puede distinguirse clara y exactamente de otros fenómenos: son nuestras percepciones, pensamientos, sentimientos, nuestras aspiraciones, intenciones, deseos, etc., es decir, todo lo que forma el contenido interno de nuestra vida y lo que, poco más o menos, nos es dado como experiencia. En efecto, la vinculación a un individuo, o sea a un sujeto que experimenta estos fenómenos, es la primera peculiaridad característica de todo lo psíquico. Por ello los fenómenos psíquicos aparecen como procesos y como propiedades de individuos concretos; por regla general, llevan el signo de su extraordinaria proximidad al sujeto, que éste experimenta en sí mismo.

Nada de lo que nos es dado en nuestra experiencia directa puede sernos dado de otra forma. Mis propias sensaciones o emociones me son proporcionadas de otra forma, desde otra perspectiva, que a los otros.

De manera concreta, la psicología se encarga del estudio de la conducta, principalmente la conducta humana. Estudia los factores que determinan dicha conducta, los sentimientos, pensamientos y todo aquello que no se puede ver o tocar, pero que determina nuestra personalidad, gustos y disgustos. Otro objeto de estudio de la psicología son las patologías, anormalidades y problemas relacionados con la mente y la conducta, para así comprender un poco más su funcionamiento y como poder resolver dichos problemas, esto mediante diversos métodos y técnicas.

El objetivo de la ciencia es la búsqueda de la verdad de la manera más objetiva posible, dejando a un lado sentimientos personales. La principal herramienta para considerar un conocimiento verdadero o a un conocimiento ciencia es el método científico.

El método científico es el procedimiento que la lógica estructura como medio de adquisición del conocimiento. Se fundamenta en el conocimiento científico y en su utilización dentro del proceso de investigación de cualquier ciencia o disciplina.

Es el procedimiento planeado que sigue en la actividad científica para descubrir las formas de existencia de los procesos, distinguir las fases de su desarrollo, desentrañar sus elementos o enlaces internos y externos, esclarecer sus interacciones con otros procesos, generalizar y profundizar los conocimientos adquiridos, de este modo, debemos tratarlos luego con rigor racional y conseguir después su comprobación en el experimento y con la técnica de su aplicación.

La psicología se justifica como una ciencia gracias a los métodos y técnicas que ha adoptado a lo largo de su evolución.

Al principio la psicología era meramente inferencial, por lo que sus leyes y teorías no hubieran podido ser aceptadas en nuestros días, pero conforme el deseo de conocer la verdad y el cuestionamiento de las supuestas verdades absolutas fue aumentando se tuvo que buscar una manera de comprobar estas leyes, y así, la psicología comenzó su camino en la experimentación.

En la experimentación se observa a un sujeto bajo condiciones totalmente controladas, para ver cómo reacciona frente a diversos estímulos y de esa manera afirmar o negar una teoría. Los primeros laboratorios psicológicos tuvieron lugar en Europa y desde ese momento se ha notado un aumento acelerado en el estudio de la mente.

Gracias a que la psicología comenzó a ser cada vez más objetiva, y fue dejando de lado la superstición y los juicios personales se ha dado una nueva esperanza a todas aquellas personas con problemas mentales, dejando a un lado los prejuicios, creando medicamentos, y métodos para solucionar sus problemas. Todo esto ha sido gracias a que la psicología decidió utilizar el método científico y convertirse en una ciencia que busca la verdad.

I.1.- Orígenes de la Conducta Humana.

Las conductas humanas, constituyen el conjunto de reacciones psíquicas de las personas, permitiendo conservar relaciones con el medio, mantienen el fenómeno de la vida y aseguran su continuidad. Es la forma de ser del individuo y el conjunto de acciones que efectúa con el fin de adecuarse a un ambiente. Es la respuesta a una motivación, traduciéndose motivación como todo lo que impulsa a un individuo a realizar una conducta.

La conducta del individuo, cuando se considera en un espacio y un tiempo determinado se conoce como comportamiento. La conducta ha sido centro de estudio de la psicología desde sus inicios. John B. Watson, representante de la psicología de la conducta o conductismo, postulaba que la psicología, en lugar de fundarse en la introspección, debía limitar su estudio a la observación del individuo en una situación determinada.

El estudio de la conducta indaga la evolución de ciertas etapas formativas en el individuo, como la infancia o adolescencia, y va unido al estudio del desarrollo físico desde el nacimiento hasta la muerte.

La mayoría de los psicólogos de hoy acuerdan en que el objeto propio de las ciencias psicológicas es la conducta humana. Pero, por “Conducta humana” se entienden muchas cosas, además de poder ser enfocada desde muy diversos puntos de vista. Es la lucha por la vida del recién nacido prematuro. Artistas, científicos, profesores, políticos, preparan la conducta humana cuando aplican sus conocimientos y destrezas a sus tareas correspondientes. Conducta humana son las fantasías de un niño, los sueños del adolescente, las alucinaciones del alcohólico. Esta se conoce bien, pero se comprende poco.

Cuando hablamos de conducta, apuntamos, primeramente, a las actividades claras y evidentes observables por los demás: su caminar, hablar, testicular, su actividad cotidiana... a esta conducta se le denomina conducta evidente por ser externamente observable. La conducta humana viene dada por reacciones adaptativas a los estímulos ambientales. La psicología estudia la conducta del hombre a partir de la observación de su comportamiento y de sus condiciones. En la conducta humana existen factores influyentes, como son los factores biológicos y los factores ambientales o de socialización, estos últimos refiriéndose a la influencia de la familia, los amigos y la sociedad en el comportamiento de todo individuo.

Recientemente un grupo de arqueólogos encontró dos piedras pequeñas dentro de una cueva en Sudáfrica que han logrado regresar a la mesa de debates el origen del comportamiento humano moderno. La mayoría de los expertos coincide en que el hombre moderno, *Homo sapiens*, se originó en África hace cuando menos 130 000 años y existe evidencia genética que muestra que todos los seres humanos estamos relacionados con estos ancestros africanos.

En lo que no hay coincidencia y es actualmente objeto de un gran debate, es dónde y cuándo se originó lo que llaman el comportamiento moderno, caracterizado por el desarrollo de un lenguaje, el pensamiento abstracto, técnicas avanzadas para la caza y la pesca, herramientas elaboradas y la capacidad de crear arte. Y es que existe un gran salto en el tiempo entre los restos fósiles de aquellos seres a todas luces ya anatómicamente humanos, y las representaciones artísticas más antiguas, que fueron encontradas en Francia, en las cuevas de Chauvet-Pont-d'Arc y Lascaux, cuyas edades se calculan en 31 000 y 17 000 años, respectivamente.

Existen dos teorías al respecto, la primera señala que el origen del ser humano se dio en África hace más de 130 000 años, pero el comportamiento moderno se generó en Europa hace aproximadamente 40 000 de una manera muy abrupta, algunos piensan que incluso pudo deberse a una mutación genética. La segunda coincide con la idea de un origen biológico africano pero afirma que el comportamiento moderno también surgió ahí, en épocas mucho más remotas y que fue un proceso gradual.

El gran inconveniente para quienes apoyan la segunda teoría ha sido la falta de evidencia arqueológica, pero recientemente un grupo de investigadores y estudiantes, encabezado por Christopher Henshilwood, de la Universidad Estatal Stony Brook, de Nueva York, realizó un importante hallazgo en la Cueva Blombos, localizada en la punta sur de Sudáfrica, en una región que se encuentra de cara al Océano Índico: se encontraron piezas de hueso tallado, cuya antigüedad se calcula en aproximadamente 70 000 años, y más de 8 500 piezas de ocre (un mineral terroso de color rojo o amarillo, que es un óxido de hierro, el cual frecuentemente se encuentra mezclado con arcilla). Pero son dos las que han logrado revivir el debate sobre el origen del comportamiento humano moderno: dos piezas de ocre rojo, grabadas con cruces geométricas.

Según el investigador, las piezas fueron grabadas intencionalmente, y tienen un diseño geométrico y abstracto. En otras palabras, son obras de arte. Sin que nadie le reste importancia al descubrimiento, una duda permanece: ¿Por qué no se han encontrado piezas similares en los cerca de 30 sitios arqueológicos de la misma época que se han localizado en África? Henshilwood opina que puede deberse a fallas en la metodología de estas excavaciones, que sus hallazgos son sólo la punta de un enorme iceberg y que pronto se harán nuevos descubrimientos en esta misma línea de investigación.

Pero independientemente del resultado de este debate, es emocionante pensar en el Homo sapiens, hombre o mujer, que hace más de 70 000 años se pasó horas y horas en una enorme cueva, tallando una pequeña piedra de menos de 80 milímetros de largo, quién sabe para qué, pensando quién sabe qué. Y dejando, sin siquiera imaginarlo, una huella innegable de que efectivamente ella o él pertenecían ya a una especie distinta a todas las que hasta ese momento habían poblado este ancho y largo planeta.

1.2.- Definición de Salud.

Existen varias concepciones para la definición de salud, la primera que se aborda es un concepto de salud que se refiere a un equilibrio inestable del ser humano, de su organismo biológico y de su cuerpo (entendido este como las representaciones del mismo), en relación con factores biológicos, medio ambientales, socioculturales y simbólicos, que permiten a cada ser humano además de crecer, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y de los de la sociedad en la cual se encuentra inmerso.

Cuando alguno de esos elementos se modifica todos los otros se alteran para buscar un nuevo equilibrio del ser humano. Dicho cambio puede ser transitorio, y como proceso se reinicia en forma intermitente ante hechos fortuitos o fugaces acaecidos en cualquiera de los factores antes mencionados. Las respuestas escogidas por el ser humano ante esos estímulos externos o internos son múltiples y variadas de acuerdo a sus propias capacidades.

La salud es pues, más que un estado, un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, proceso que cuando alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse, inflexible lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida (Canguilhem 1982). Esta concepción implica que mantener ese equilibrio requiere de una serie de factores socioeconómicos, ambientales, biológicos, y asistenciales que se aúnen para sostener ese equilibrio, el cual se traduce en la capacidad de vivir como individuo, de producir, reproducir y recrear la cultura, entendida como la suma de producciones e instituciones que distancia la vida humana del animal.

Otras escuelas de pensamiento, consideran la salud como un estado que se tiene o se pierde, y que su posesión implica el pleno uso de las capacidades físicas, mentales sociales y espirituales, para autores como Barro (1996), la salud es un bien de capital productivo y generador del crecimiento económico. Musían (1962) y Grossman (1972), establecen que la salud y la educación son determinantes del capital humano, estos autores expresan una doble connotación, la de ser un bien de consumo y un bien de inversión.

Los desarrollos teóricos sobre crecimiento económico endógeno, han introducido al capital humano como una pieza clave, incluyendo a la salud como un insumo de capital para la producción económica de un país, ya que las personas, como agentes productivos, mejoran con la inversión en estos servicios y proporcionarán un rendimiento continuo en el futuro. Por tal motivo consideran que el consumo de productos intermedios en salud es una inversión en capital humano, cuyo principal fin es el desarrollo económico de los individuos y del conjunto social; esta época deja de lado respecto a la vida humana, la capacidad de reproducción y recreación de instituciones indispensables en el mantenimiento de la cultura.

El individuo recobra el equilibrio de su organismo biológico y de su cuerpo, demandando servicios asistenciales, los cuales son bienes intermedios cuyo límite social está en relación con las acciones de los reguladores y administradores del sector salud. En este proceso de prestación del servicio de salud, interviene por una parte el personal, equipos y elementos directamente involucrados en el acto médico y por otra, la infraestructura administrativa que crea y mantiene las condiciones que hacen posible la realización del acto.

La adecuada respuesta del sistema asistencial requiere de insumos humanos y tecnológicos tanto para el tratamiento de enfermedades, como para llevar a cabo las políticas de salubridad, lo que implica por supuesto una inversión alta en capital. El presente estudio busca evaluar la eficiencia con que se manejan dichos insumos con miras a prevenir y restablecer el equilibrio, considerando los factores socioeconómicos de los municipios de referencia como factores que condicionan la capacidad de inversión en dichos recursos.

Clásicamente la salud se ha definido en contraposición a la enfermedad. Así, salud es el estado del ser orgánico que ejerce normalmente todas las funciones, mientras enfermedad se refiere a la alteración más o menos grave de la salud.

En la antigüedad estar sano equivalía a poder desarrollar las actividades cotidianas. Alguien con capacidad para el trabajo y las relaciones familiares y sociales era considerada sana, aunque padeciese algunos de los procesos que hoy consideramos enfermedades. Se trataba de una noción sumamente pragmática que hacía compatible la definición de sano con el sufrimiento de algunas molestias, siempre que estas no afectaran decisivamente a la actividad ordinaria.

Con el advenimiento de la medicina científica se generaliza la visión fisiología, dominada por criterios negativos al considerar que la salud es la ausencia de enfermedad. Se buscaban lesiones subyacentes como causa de enfermedad. El estado de salud se define negativamente como ausencia de una entidad morbosa, es decir, de una lesión orgánica o un trastorno funcional objetivables.

En la segunda mitad del pasado siglo comenzó a adoptarse una perspectiva de la salud que trascendía este binomio. En 1956, Rem Dubas expresó una concepción bidimensional de la salud, referida tanto al bienestar físico como mental: "Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado". También en la década de 1950 Herbert Dan aportó una descripción de la salud de la que incluía tres grandes aspectos de la misma: orgánico o físico, psicológico y social. Esta incorporación de la dimensión social fue adquiriendo un progresivo énfasis en los años sucesivos.

El máximo exponente de esta perspectiva amplia de la concepción de la salud es la definición de la OMS recogida en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946 y concebida originalmente por Estampar (1945): "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades.

Se trata de una definición que resulta sumamente innovadora, ya que abra las puertas a una concepción más subjetiva y menos normativa de entender la salud. Intenta incluir todos los aspectos relevantes en la vida, al incorporar tres aspectos básicos del desarrollo humano: físico, mental y social. Además, busca una expresión en términos positivos, partiendo de un planteamiento optimista y exigente.

Entre las críticas que ha sufrido esta definición, no es la menor la que considera que equipara la salud con alguna noción de felicidad, lo que la hace excesivamente utópica y poco realista. Tampoco facilita la medición de la salud de acuerdo con los parámetros que emplea. Su subjetividad hace que la definición de la OMS no ofrezca criterios de medición para cuantificar la salud. Ciertamente, esta definición tiene una reducida capacidad operativa, ya que, por ejemplo, todo aquel afectado incluso aunque no sea personalmente - por la tiranía, la injusticia, la desigualdad, o la marginación social, no puede ser incluido en la definición y deberá ser etiquetado como insano.

Algunas voces críticas, como Milton Ferris, han cuestionado este sentido absoluto de bienestar que incorpora la definición de la OMS y han propuesto la eliminación de la palabra completo de la misma. En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no deberá ser tratada como una variable dicotómica. Una propuesta alternativa, respetuosa con los logros de esta definición, propugnara un enunciado del tipo:

"La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades. Existen otras relecturas de la definición de salud, como la que la define como El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social, y de capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

Un examen de las distintas concepciones prevalentes de la salud no deberá dejar de lado la definición propuesta en 1976 en el X Congreso de metes i biólogos en lengua catalana: La salud es una manera de vivir cada vez más autónoma, solidaria y gozosa. Se puede entender autónoma como la capacidad de llevar adelante una vida con el mínimo de dependencias, así como un aumento de la responsabilidad de los individuos y la comunidad sobre su propia salud. La preocupación por los otros y por el entorno vendrá recogida en el término solidaria, mientras gozosa recupera el ideal de una visión optimista de la vida, las relaciones humanas y la capacidad para disfrutar de sus posibilidades.

1.3.- Antecedentes de la Psicología en la Salud.

Desde la antigüedad, la humanidad se ha preocupado por la salud y la enfermedad. En un principio se creía que esta última estaba influenciada por fuerzas espirituales. Los griegos fueron los primeros en argumentar su origen como fenómeno natural.

En la Edad Media se asumía que la enfermedad era un castigo por no seguir las leyes divinas. A partir del Renacimiento y hasta la mitad del siglo XX y con los avances en las ciencias y la invención del microscopio, fue posible reducir la incidencia de enfermedades agudas y la tasa de mortalidad.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, se fueron consolidando las áreas de Psicología Clínica y de salud mental, los psicólogos se percatan que la salud física se daba en concordancia con la salud mental.

1973. Lee Birk acuña el término Medicina Comportamental que restringía a la técnica de biofeedback.

1974. Se crean los dos primeros centros de este tipo: el Center for Behavioral Medicine de la Universidad de Pensilvania y el Laboratory for the Study of Behavioral Medicine de la Universidad de Stanford.

1977. George Engel (Psiquiatra norteamericano) propone el modelo biopsicosocial que considera los factores psicológicos, sociales y culturales además de los biológicos en la enfermedad y su tratamiento.

1978. Se forma la división de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA). También:

- Se celebra la reunión de Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias.
- Se fundan la Academy of Behavioral Medicine Research, en Washington, presidida por N.E. Millar y la Society of Behavioral Medicine, en Chicago, cuya presidencia recayó en S. Agras.
- Se publica la primera revista especializada en Medicina Comportamental, la *Journal of Behavioral Medicine*.

1979. Se publica el libro *Health Psychology*, el primero que aborda esta temática.

También se publican los primeros libros sobre Medicina Comportamental que dan lugar a una explosión de publicaciones de este tipo.

1980. Matarazzo define la Psicología de la Salud como "el agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas". (Becoña, Vázquez & Oblitas, 1995).

1984. Matarazzo y cols. definen la Salud Comportamental como un campo interdisciplinario que se focaliza en el uso de técnicas conductuales para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad entre individuos que actualmente gozan de buena salud

1985. Weiner (1985) define la Medicina Psicosomática como "una aproximación a la enfermedad que se basa en la hipótesis y observación de que los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades"

1986. La Psicofisiológica Experimental tiene como objeto de estudio las bases fisiológicas de los procesos psicológicos. Es una disciplina que intenta explicar una variedad de procesos conductuales por la interacción de sus componentes psicológicos y biológicos.

La Psicología Médica "abarca todos los conocimientos de psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral, particularmente los conocimientos sobre la personalidad del enfermo, la relación médico-enfermo, la personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo y los procedimientos de curación psicológica o psicoterapia" (Alonso-Fernández, 1978). La Psicología Clínica es un campo que tiene como objetivo el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicas, trastornos psicológicos o la conducta anormal.

Para Bishop (1994) La Sociología Médica es: "La especialidad dentro de la sociología que estudia los aspectos sociales de la salud y la enfermedad".

La Antropología Médica hace hincapié en los aspectos culturales de la salud y cómo la gente dentro de una cultura comprende las cuestiones de salud como un reflejo de su cultura en su totalidad. La Medicina preventiva se ocupa de impedir, en el individuo, familia o grupos de población, la aparición, desarrollo y prolongación de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, manteniendo y promoviendo la salud, por el diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación, así como evitando y limitando la invalidez que aquellos pueden ocasionar.

La Educación para la salud es un proceso cuyas dimensiones Intelectual, psicológica y social se relacionan con actividades que incrementan las capacidades de las personas para tomar decisiones bien informadas que afectan a su bienestar personal, familiar y comunitario.

Las funciones que realiza actualmente la Psicología de la Salud han sido tradicionalmente objeto de atención de diversas disciplinas. Podemos considerar que el surgimiento de la Psicología de la Salud fue un proceso lento y progresivo. En éste encontramos varios momentos y aportaciones clave que es necesario mencionar para poder comprender el desarrollo de este campo.

El modelo biomédico y el modelo biopsicosocial

Tradicionalmente se ha entendido la salud desde una perspectiva dualista que separa el cuerpo y la mente. Este punto de vista se englobaría en lo que conocemos como “modelo biomédico”, que se popularizó en Occidente durante el Renacimiento, periodo en que hubo un reencuentro con la ciencia y con la razón, superando las explicaciones religiosas que imperaban por entonces.

A finales del siglo XIX y principios del XX los progresos en la medicina provocaron un cambio de rumbo en este campo y otros relacionados. Además de la mejora en las intervenciones médicas y en la calidad de vida en general, las enfermedades infecciosas, que hasta entonces habían sido el foco principal de la medicina, pudieron ser tratadas con mayor eficacia. Esto desplazó la atención de la medicina hacia las enfermedades crónicas derivadas del estilo de vida, como los trastornos cardiovasculares y el cáncer.

El modelo biopsicosocial propuesto por Engel acabó sustituyendo al modelo biomédico. A diferencia de éste, el modelo biopsicosocial destaca la relevancia y la interacción de los factores psicológicos y sociales junto con los biológicos. Esta perspectiva plantea la necesidad de tratamientos personalizados e interdisciplinarios, puesto que la intervención debe dirigirse a los tres tipos de variables.

Influencias y antecedentes

Johnson, Weinman y Chater (2011) señalan varios antecedentes cercanos fundamentales en el surgimiento de la Psicología de la Salud como disciplina independiente.

Entre estos destacan la obtención de datos epidemiológicos que relacionan la conducta con la salud, la aparición de la Psicofisiología y la Psiconeuroinmunología, y la adición de la ciencia conductual y las habilidades de comunicación (para mejorar la relación con los pacientes) a la formación en medicina.

También resultó fundamental el desarrollo de disciplinas como la Medicina Psicosomática y la Medicina Conductual. Tanto la una como la otra se focalizan en el tratamiento de la enfermedad física mediante técnicas de intervención psicológicas, si bien la Psicosomática surgió de planteamientos psicodinámicos y la Medicina Conductual del conductismo.

Actualmente el término “Medicina Conductual” se usa para nombrar un campo interdisciplinar que engloba aportaciones de la psicología pero también de otras ciencias, como la farmacología, la nutrición, la sociología o la inmunología. Esto le confiere un ámbito de actuación más amplio que el de la Psicología de la Salud.

La aparición de la Psicología de la Salud como disciplina

En el año 1978 la American Psychological Association creó su 38ª División: la perteneciente a la Psicología de la Salud. Joseph D. Matarazzo fue nombrado su presidente y la División 38 lanzó poco después su primer manual (“Health Psychology. A handbook”) y una revista oficial.

Desde entonces la Psicología de la Salud se ha especializado en el tratamiento de enfermedades físicas y psicológicas, como la depresión. No obstante, el avance de esta rama de la psicología ha sido más rápido en unos países que en otros debido a su relación con la sanidad pública; por ejemplo, en España la escasa inversión gubernamental en psicología hace de la Psicología de la Salud una especialización relativamente infrecuente.

Definiendo la Psicología de la Salud: ¿qué es?

Aunque la Psicología de la Salud no tiene una definición oficial, Matarazzo (1982) la describió como un campo que engloba aportaciones diversas de la psicología en relación a la educación, la ciencia y la profesión, aplicadas a la salud y a la enfermedad.

La American Psychological Association propone que la Psicología de la Salud es un campo interdisciplinar que aplica el conocimiento obtenido por la psicología a la salud y a la enfermedad en programas sanitarios. Estas intervenciones se aplican en la atención primaria o en unidades médicas.

Thielke y otros (2011) describen cuatro subdisciplinas dentro de la Psicología de la Salud: la Psicología Clínica de la Salud, la Psicología de la Salud Pública, la Psicología de la Salud Comunitaria y la Psicología de la Salud Crítica, dirigida a las desigualdades sociales relacionadas con la salud.

Diferencias con la Psicología Clínica

¿Cuáles son, exactamente, las diferencias entre la Psicología de la Salud y la Psicología Clínica? En el ámbito español, es fácil confundir estas dos ramas de la psicología, dado que ambas encajan con la idea de la intervención en pacientes con problemas que les hacen sufrir o que limitan su autonomía. Sin embargo, no se ocupan exactamente de lo mismo.

La Psicología Clínica tiene como objetivo diagnosticar y ofrecer psicoterapia a personas que podrían haber desarrollado un trastorno psicológico, es decir, que pone su diana en la salud mental ante alteraciones cognitivas, emocionales o conductuales cuya gravedad, a veces, sobrepasa el umbral de lo clínico y daña la salud mental. En cambio, la Psicología de la Salud no centra sus esfuerzos en la psicoterapia realizada para revertir los síntomas del TOC, el trastorno bipolar u otras complicaciones por el estilo, sino que intenta fomentar los hábitos saludables del paciente en un sentido amplio, así como procurar que esté informado y sepa cómo prevenir y amortiguar el malestar producido por determinada enfermedad física o mental.

Eso sí, hay que tener en cuenta que esta diferencia de categorías depende de las regulaciones de cada país, y en determinados lugares Psicología Clínica podría ser prácticamente un sinónimo de Psicología de la Salud.

1.4.- Intervención de la Psicología en la Salud.

Desde estas lecturas, decidimos avanzar en la investigación para ver qué entramados existían entre la psicología y la salud pública. Esto nos llevó a encontrarnos con un campo fértil de trabajo y comenzamos a analizar qué investigaciones se realizan en el campo de la salud pública. Así pudimos observar que las investigaciones que caracterizan al campo de la salud pueden ser de tres tipos: a) biomédica, b) investigación en salud pública y c) clínica (Toledo Curbelo, 2004).

A su vez, las dos últimas se subdividen en dos ramas principales: la investigación epidemiológica y la investigación en sistemas de salud. Por tanto, se puede “definir a la investigación en sistemas de salud como el estudio científico de la respuesta social organizada a las condiciones de salud y enfermedad en las poblaciones.” (Toledo Curbelo, 2004, p. 72). Esta investigación en organización de sistemas comprende dos categorías: investigación en organización de sistemas de salud e investigación en políticas de la salud.

La segunda se enfoca en la escala macro e interorganizacional del sistema de salud. El propósito de esta es investigar los procesos sociales, políticos y económicos que determinan las modalidades específicas adoptadas por la respuesta social organizada: por lo tanto, se ocupa de estudiar los determinantes, el diseño, la implantación y las consecuencias de las políticas de la salud (Toledo Curbelo, 2004).

En la descripción del sistema de salud se incluyen las creencias culturales en torno a la salud y la enfermedad, que constituyen la base del comportamiento de la población en cuanto a la búsqueda y promoción de la salud; y el contexto institucional dentro del cual evoluciona este comportamiento, o sea, la situación socio-económica, política y material en que se desarrollan estas creencias e instituciones.

Es posible incluir en la descripción del sistema de salud las concepciones teóricas con que la psicología trabaja en la sociedad. Para eso la psicología puede realizar un análisis de sus propias prácticas y puede recurrir a los conceptos de ideología, participación política, relaciones de poder, construcción del conocimiento, disciplinamiento de la subjetividad, análisis de medios de comunicación, entrecruzados con: a) el conocimiento de la historia general del país y el de sus instituciones en general y en particular (como lo puede ser el de las Universidades Públicas y Privadas y sus estilos de formación, es decir, cómo realizan la socialización política de los profesionales psicólogos/as); b) con el conocimiento de la economía, tanto macro como micro; c) un conocimiento del cumplimiento real de los derechos humanos por parte de un Estado y su sociedad, que exigen que la propia práctica profesional sea puesta constantemente como campo de análisis dinámico y crítico.

No sólo es la utilización de determinados conceptos de la profesión los que se analizan, tales como salud-enfermedad, síntoma individual-síntoma social, sino los espacios físicos, el tiempo real y las condiciones materiales en los que se produce y ejerce la profesión, como así también la forma de relacionarse con los demandantes de salud, tanto en términos económicos como en términos de institucionalización, es decir, de relaciones entre el saber-poder (Oblitas Guadalupe y Rodríguez Kauth, 1999; Rodríguez Kauth, 1994; Parisí, 2008, 2010).

En esta línea de razonamiento, podemos decir que la hegemonía de la psicología clínica en la formación, en las acciones de los colegios profesionales de psicólogo/as y en el imaginario social, ha sido ya estudiada y analizada por diversos autores como Carpintero y Vainer(2006), Benito (2009), García (2009), Alonso, Gago y Klinar (2010), Polanco y Calabresi (2009), Noailles (2006), Edelmuth (1996), Parisí, Manzi e Cuello Pagnone (2014, 2017).

Estos consideran, a grandes rasgos, que estos modelos de intervención psicológica dejan de lado a la gran mayoría de la población al desatender sus problemáticas, que de ser atendidas, es decir, consideradas dentro de los objetos de estudio de la psicología, seguramente colaborarían para la producir conocimientos de orden psicológico, que enriquecerían el campo psi. Partimos desde la Psicología Política contemporánea que se “dedica al análisis de los fenómenos políticos en función de sus aspectos psicológicos, al análisis contextual de los diferentes corpus teóricos psicológicos y su relación con los discursos opresores o liberadores” (Oblitas Guadalupe y Rodríguez Kauth, 1999, p. 34) y “al análisis e interpretación de los fenómenos políticos y económicos, al análisis de la función ideológica de la producción del conocimiento” (Fernández Christlieb, 1987, citado en Manzi, 2009).

Se investiga con conceptos clave tales como el poder, la participación política, la psicología económica, análisis de discurso, responsabilidad jurídica, represión política, ideología de clase, entre otros. Es decir, esta disciplina tiene un bagaje conceptual que permite sortear las incompetencias en los que se estanca la psicología del modelo médico-clínico para dar respuestas al colectivo que es la sociedad en su conjunto.

Las políticas públicas son iniciativas de Estado que se implementan, cualquiera sea el poder o el nivel de gobierno, desde el más central hasta el local y buscan mejorar la vida de los ciudadanos. Por eso se revelan al ciudadano a través de diferentes dispositivos, ya que se destinan para operar en cualquier campo de lo público. “La instancia iniciativa del Estado que efectivamente se implementa es una condición absoluta de las políticas públicas, incluso en el sentido de omisión o inacción sobre una problemática en particular.” (Sandomirsky, 2010, p. 77).

Para el autor también los dispositivos en políticas públicas son dinámicos: impulsan, resuelven, accionan mecanismos, oponen, contienen, inmovilizan o producen consecuencias. Este investigador atiende a las consideraciones de la subjetividad construida a partir de la implementación de determinados planes de orden nacional. Para Oszlak y O’Donnell(1981), la política estatal es un “conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que Psicología Política concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil”(Oszlak y O’Donnell, 1981, p.112-113).

Los impactos deben establecerse desde su naturaleza: variaciones del impacto; conexiones causales con las determinaciones políticas; analizar qué unidades estatales entran en juego y a cuáles son atribuibles los efectos identificados, entre otros. Para Tomassi (2008) el Estado argentino es, en líneas generales, incapaz de implementar efectivamente sus políticas. Basado sobre los efectos del neoliberalismo en la Argentina, afirma que el proceso de hacer políticas se convierte en un juego no cooperativo en el cual cada actor se comporta de manera oportunista y trata de maximizar los beneficios a corto plazo.

En este mismo sentido, Belmartino (2005) afirma que la implementación de las políticas públicas y sociales en el contexto del neoliberalismo tuvo como rasgos característicos la focalización y asistencialismo.

Por su parte, Britos (2009) en su enfoque de su estudio sobre las políticas sociales, entendidas como intervenciones estatales complejas que regulan los procesos de reproducción social en forma diferenciada, han logrado cierta estabilidad institucional, incluso importantes desarrollos normativos, como las transformaciones del sistema provisional, el cambio en la Ley de Educación Superior y las distintas políticas organizadas bajo la lógica del seguro social. Sin embargo, afirma que las políticas de asistencia social poseen inestabilidad institucional y describe y analiza esta asistencia social en articulación con el quehacer profesional en las instituciones de política social.

Para Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk (2010), las políticas públicas son iniciativas que se revelan ante el ciudadano, llaman su atención e impactan de manera directa. Utilizan el vocablo dispositivo de política pública para referirse al mecanismo utilizado por la iniciativa del Estado para generar la acción prevista. “Disponer, implica establecer que algo se hará, y la mayoría de las veces, de qué manera se hará.” (Saforcada y cols., 2010, p. 79).

Un dispositivo parte de un diagnóstico sobre la realidad que pretende influir o modificar, puede confundir u ocultar intereses, es de carácter dinámico, y no son carentes de contenido ideológico siendo la distribución de recursos uno de los efectos más importantes. En relación con la salud pública y la psicología propiamente dicha, Saforcada y cols. (2010) abordan a aquella y analizan la posibilidad de integrar saberes de la psicología a este campo. Desarrollan conceptos fundamentales que son los ejes vertebradores de una salud comunitaria puntual y de la salud pública que enfatiza a la comunidad como actor que debe liderar los procesos colectivos que determinan sus propias condiciones de salud.

La psicología podría ocupar un lugar importante en las acciones de planificación, programación e implementación de políticas en salud pública. Y también, pensamos, al unísono que estos autores, que debería abocarse a los momentos de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación; e incluso estudiar e identificar los aspectos riesgosos para la salud de la población.

Por otro lado, existen, entre otros, el Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), que estudia y analiza políticas públicas para mejorar las ideas y acciones concretas que surgen de los estratos estatales de Desarrollo Social y Desarrollo Económico. Repeto y Díaz Langou (2014) se enfocan, por ejemplo, en el análisis de políticas del Poder Ejecutivo Nacional dirigidas a los jóvenes. Y también el Área de Estado y Políticas Públicas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), que se dedica a tareas de investigación, capacitación y extensión en el área específica de políticas públicas con un enfoque multidisciplinario. Si bien estos centros de estudios realizan investigaciones regionales, no se encuentra entre sus destinatarios, a la provincia de San Luis como lugar específico sobre impactos de determinados programas y la relación con determinadas profesiones.

En San Luis sí existe una política dirigida desde Salud Pública, que implementa Planes y Programas provinciales y nacionales desde los Ministerios de Salud y Educación. San Luis cuenta con los Programas de “Coordinación del Control y Detección de la Enfermedad Celíaca”, “Con Leche Associação Brasileira de Psicologia Política 404 Adrián Manzi | ElioRodolfo Parisí Salud”, “Promoción y Educación para la Salud”, “Plan Nacer”, “Primeros Años”, “Programa Ver”, “Remediar”, “Programa de Salud Sexual Reproductiva”, “Plan Provincial del Control del Tabaco”, “Funciones Esenciales de la Salud Pública”, y el “Plan Maestro de Salud 2014-2025”. La Ley N° 0813 – 2012 de Atención Primaria de la Salud (APS) tiene por objeto establecer un régimen uniforme para la atención, organización y financiamiento de la atención primaria integral e integrada de la salud en todo el territorio de la provincia de San Luis.

Tiene por objetivo implementar el primer nivel de contacto, integral, continuo, tanto curativa como preventivamente a los pacientes que asisten al sistema público de salud. Busca promover el trabajo de equipo interdisciplinario, integrar las redes intra e intersectoriales, estimular la participación comunitaria, planificar estrategias de promoción, prevención y protección de la salud. La constitución mínima de los equipos profesionales de referencia para desarrollar la APS incluye: un médico, un enfermero, un agente sanitario, un psicólogo, un odontólogo, un trabajador social, un nutricionista, un obstetra, personal administrativo y personal de limpieza. Sus funciones son, entre otras, tener asignados a cargo del profesional médico un número determinado de familias según la densidad poblacional y las condiciones epidemiológicas de cada zona para ser atendidas en un lugar accesible a su domicilio

Este trabajo de investigación analiza las consecuencias de la implementación de políticas en salud pública y el conocimiento epidemiológico local por un lado, y el conocimiento del orden de la psicología por el otro. El objetivo es realizar el estudio en el marco del “Plan Maestro de Salud 2014- 2025” que integra a la Ley de Atención Primaria de la Salud considerados ambos como Política Pública, para describir cómo la psicología brinda respuestas concretas de intervención y para determinar en qué manera podría planificar estrategias de prevención y promoción de la salud trabajando interdisciplinariamente y con la participación comunitaria.

Esto determina la necesidad de entrevistar a las autoridades de los Centros de Atención Primaria de la Salud de las localidades más representativas de la provincia. También entrevistar a los profesionales del campo de la salud que las llevan a cabo, mediante muestreo no representativo incidental por técnica bola de nieve. La psicología política considera que la psicología debe dar respuestas a las necesidades de todos los sectores de la sociedad, diversificando sus modalidades de intervención, ampliando su conocimiento, acoplándose a las planificaciones del Estado cuando éste busca asegurar derechos.

El Interés de la psicología como bien público está establecido según Resolución n°343/09 del Ministerio de Educación de la Nación, lo cual concibe como obligación de las instituciones a cargo de la producción de profesionales en psicología volcar el quehacer profesional al interés y salud público en general. Este estudio intenta brindar aportes para comenzar a pensar en una psicología que acompañe al Estado de Bienestar. Se intenta vislumbrar los nodos de contacto entre las políticas públicas y la psicología, y especificar las posibles vacancias de ésta en materia de salud pública. La psicología podría dar respuestas desde el orden de intervención psicológica acordes con las políticas de Estado dedicadas a la salud pública. Por lo tanto, el presente trabajo examina las posibilidades de intervención de una psicología en los Centros de Atención Primaria de Salud de la provincia de San Luis (CAPS), allende de la psicología con perfil de intervención médico-clínico, de corte asistencial y con paradigma reduccionista.

Al analizar este paradigma, Saforcada y cols. (2010) determinan que tiene una sub-dimensión individual -restrictivo; una estructura de saber mono o bi-disciplinaria; un objeto de saber que es la enfermedad; un eje teórico de clínica restrictiva, con hipótesis etiopatogénica; y componentes etiológicos de huésped-agente con una significación del ser humano como nicho de enfermedad. En este paradigma, el soporte axiológico, la ubicación del eje significación-valoración está ubicada en el profesional y en Psicología Política.

Sus teorías y sus técnicas. Pero existe otro paradigma, con una sub-dimensión social-expansivo; una estructura de saber multi-disciplinaria exhaustiva; un objeto de saber que es el proceso de salud; un eje teórico de clínica expansiva o epidemiológica, con hipótesis etiológica integral; componentes etiológicos en ecosistemas de salud; y con una significación del ser humano como instancia del proceso de salud. En este paradigma, el soporte axiológico y la ubicación del eje significación-valoración están ubicados en la comunidad y sus problemas, y no en la búsqueda de la clasificación nosográfica de los problemas psíquicos de la población.

Consideramos que la salud pública en su ámbito precisa que los conocimientos de los procesos psicológicos brinden herramientas, técnicas y metodologías prácticas, que sean eficaces para atender las demandas actuales de los usuarios del sistema público de salud y de los profesionales que trabajan en él.

Esto, a los fines de que atiendan a las problemáticas reales de manera interdisciplinar, integrativa y estratégica para la atención primaria, secundaria y terciaria de la salud. Es decir, por un lado, la necesidad de establecer prácticas con sustento en la relación interdisciplinar, tanto de orden preventivo o promocional de la salud, para el acompañamiento interdisciplinar -cualesquiera sean las disciplinas en contacto-, ya sea neonatología, nutrición, pediatría, traumatología, medicina generalista, el derecho, oncología, asistencia social, farmacología y enfermería. Sería una psicología que aporte conocimientos conceptuales para que ayuden a describir y explicar el nuevo patrón de patologías degenerativas individuales y colectivas asociadas a los estilos de vida moderno, no por esto extraños a la ruralidad (Saforcada y cols., 2010).

Trataría de una psicología que conozca y destaque los procesos psicológicos en las conductas de los procesos de enfermedad y también de autocuidado (familiar y colectivo) de la salud, para disminuir la exposición continua y prolongada a los factores del medio ambiente que ocasionan malestares tanto como enfermedades. O sea, una psicología con constructos y conceptos psicológicos que trabajen interdisciplinariamente y no desde una construcción teórica que sólo los psicólogos puedan entender.

1.5.- Comportamiento y Salud.

Ser y sentirse saludable está determinado por múltiples factores físicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, la salud se equipara con frecuencia a la ausencia de enfermedad, según la autora del artículo. Pero las principales causas de muerte están relacionadas con actividades voluntarias de la persona.

La salud es hoy día un valor social en alza; en recientes estudios longitudinales se aprecia su incremento progresivo, mientras que otros valores, como el civismo o los derechos de la mujer, están en declive. Su importancia se sitúa en algunos países incluso por encima de la familia o el trabajo. Ser y sentirse saludable está determinado por múltiples factores físicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, con frecuencia, la salud se equipara a la ausencia de enfermedad. Así, la salud parece buscarse exclusivamente en el hospital, como lugar de curación. Y cuando un sistema sanitario público entra en crisis da la impresión de quebrantarse la salud del país en el que eso ocurre.

A pesar de los enormes avances de la medicina, la enfermedad sigue siendo un mal apocalíptico. Se habla de crisis de los sistemas de salud, y es que, como es bien sabido, en las últimas décadas se ha producido un estancamiento del indicador más robusto de salud, la mortalidad, en parte porque todos esos logros no parecerían estar sino muy relativamente contra las tres grandes causas actuales de muerte: los padecimientos cardiovasculares, el cáncer y los accidentes de carretera. Tres C que están en relación con ciertas actividades voluntarias de las personas: si hacen ejercicio, si practican una vida sedentaria, si fuman o beben en exceso, si utilizan cinturones de seguridad, etcétera.

Un estudio epidemiológico, ya clásico, realizado en un condado californiano demostró cómo un patrón o estilo de vida determinado estaba asociado con el ser y sentirse saludable. No fumar, no beber en exceso, hacer ejercicio, dormir de siete a ocho horas, un peso equilibrado, un desayuno abundante, no comer entre comidas... resultaron ser hábitos, en conjunto, excelentes predictores de una vida significativamente más larga y sana.

En definitiva, esa y otras muchas investigaciones ponen inequívocamente de relieve que existen factores de riesgo a la hora de contraer un gran número de enfermedades. Es decir, hay unos estilos de vida saludables y otros insanos. Pero el solo conocimiento de lo que es sano o no lo es no lleva consigo necesariamente el cambio de comportamiento.

Ello se ve muy claramente en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Se han establecido claramente las formas en las que se contrae esa enfermedad y, por tanto, cómo puede prevenirse; pues bien, ciertos grupos de alto riesgo se resisten a seguir las indicaciones que las campañas de prevención difunden.

Como señala Bayes (véase *Papeles del Colegio de Psicólogos, 1987*), en la prevención del SIDA, el papel del psicólogo es de extrema relevancia, ya que en este como en otros muchos casos -junto a campañas de información preventiva- se requiere la planificación del aprendizaje controlado de aquellos hábitos o estilos de vida que se pretenden fomentar, así como la modificación de aquellos considerados perjudiciales a la hora de realizar una prevención efectiva. Pero aún hay más: cada vez existe un mayor número de datos empíricos que ponen de relieve los efectos de la conducta sobre el sistema inmunitario. De hecho, se habla ya de un nuevo campo: la *psiconeuroinmunología*.

Factores emocionales

Como se sabe la función inmune media en todo proceso de salud y enfermedad. Pues bien, parecen existir relaciones entre una gran variedad de funciones inmunológicas y factores emocionales, de personalidad, de estilos de vida. Incluso se cuenta con datos empíricos que demuestran que algunas respuestas del sistema inmunitario pudieran ser aprendidas. Las repercusiones que todos estos hallazgos pueden tener sobre la salud son enormes.

Además, el ser humano, como ser social, se ve influido en su salud y enfermedad por los vínculos que establece con sus semejantes. Sociólogos de la Escuela de Chicago ponían de relieve, en los años treinta, cómo ciertos fenómenos insanos estaban asociados a la estructura social.

Lo que hoy se demuestra es la enorme relación existente entre ciertas características de las llamadas *redes de apoyo social* y la salud. En otras palabras, los sujetos con un mayor número y calidad en sus relaciones interpersonales contraen menos enfermedades, se curan antes -si las tuvieren- y son y se sienten más sanos. La salud y el amor no sólo aparecen unidos en la canción, sino que emergen de los datos científicos.

En resumen, cada vez es más cierto que se enferma más por lo que la persona *hace* que por lo que *tiene* (un microorganismo productor de enfermedad).

En otras palabras, el comportamiento del individuo, su estilo de vida, sus relaciones interpersonales, influyen decisivamente sobre su salud. Pero ¿cómo actuar sobre el comportamiento? ¿Cómo lograr que las personas se conduzcan saludablemente o establezcan vínculos adecuados?

La psicología, como ciencia del comportamiento, puede dar respuesta a tales preguntas; sus hallazgos han demostrado ser útiles a la hora de producir cambios positivos, tanto en el estilo de vida de las personas como en el tamaño y calidad de sus interacciones. Sin embargo, el lugar de residencia de la producción de tales cambios o, en otros términos, el *hábitat* de la prevención es, sin duda, la comunidad. Todo poder político que desee potenciar la salud deberá ocuparse de ampliar y maximizar los recursos comunitarios, porque, como señalan Costa y López, la salud se construye en la comunidad.

Psicología de la salud

Con objetivos fundamentalmente preventivos, en los últimos años se está perfilando una nueva disciplina aplicada: la *psicología de la salud*. Por ello, bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y por iniciativa de diversas instituciones italianas, ha tenido lugar recientemente en Roma un seminario con el título *Perspectivas europeas en psicología de la salud*.

Con asistencia de representantes de más de 20 países y de las más importantes asociaciones mundiales de psicología, durante tres días se ha puesto en común lo que en cada país ocurre en las diversas áreas de aplicación de la psicología en el ámbito de la salud en los distintos países.

Así, la salud mental (campo tradicional de actuación del psicólogo), la medicina conductual como aplicación de la psicología en la asistencia de padecimientos generales y la prevención (desarrollada mediante recursos comunitarios) se integran como constituyentes de este nuevo campo aplicado: la psicología de la salud.

El compromiso de todos y cada uno de los asistentes y de los organismos allí congregados, responsables algunos de la salud mundial, ha sido el de potenciar la aplicación de los hallazgos de la psicología al vasto ámbito de la salud. Más vale prevenir pasa por más vale comportarse.

I.6.- La Psicología de la Salud.

La psicología de la salud: la construcción de un campo

Nos proponemos, en este primer apartado, construir las bases que fundamentan el campo de la psicología aplicada al campo de la salud. Se hace necesario para ello plantear una breve reseña alrededor de la evolución histórica de la interpretación causal de la salud y las enfermedades, lo cual nos llevará a desarrollar cuál es el lugar que ocupa la Psicología en este campo específico.

Evolución histórica de la interpretación causal del proceso salud-enfermedad.

Históricamente, las interpretaciones causales sobre la salud y la enfermedad se han orientado en dos perspectivas: las referidas a la explicación de porqué el hombre enferma y las que hacen énfasis en el discurso sobre la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Situemos los antecedentes de esta reflexión en el mundo griego en donde se reconocen dos corrientes diferenciadas con respecto a la mencionada interpretación: la escuela platónica, coherente con la interpretación divina que los primitivos atribuían a la enfermedad, que establecía que tanto la salud como la enfermedad eran determinadas por un principio no material, el alma divina o pneuma, que afectaba los órganos.

La enfermedad se originaba por un castigo de los dioses y no se curaba entonces con medicamentos, sino con cantos, himnos y otros rituales simbólicos. Por su parte, la escuela hipocrática se opuso a esta interpretación teúrgica, insistió en desacralizar las enfermedades y propuso una causa natural para ellas. Planteó Hipócrates que el medio externo tiene efectos en la producción de la enfermedad y reconoció también en ella la incidencia de las características personales; particularmente postuló la existencia de cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, cuyo equilibrio o desequilibrio influían en la salud o la enfermedad y definían el temperamento de cada individuo (Lain Entralgo, 1975).

"...La enfermedad se originaba por un castigo de los dioses y no se curaba entonces con medicamentos, sino con cantos, himnos y otros rituales simbólicos..."

En la Edad Media, bajo el dominio del discurso de la Iglesia Católica, se desconocieron los aportes de las escuelas clásicas y prevaleció de nuevo la interpretación mística de las enfermedades, atribuidas a la ira de Dios o a la acción del demonio. Simultáneamente, la medicina del mundo árabe avanzó en la sustentación materialista de la enfermedad y señaló seis principios que incidían en el mantenimiento de la salud o en la producción de la enfermedad, eran estos: el aire puro, la moderación en el comer y en el beber, el descanso y el trabajo, la vigilia y el sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales.

El Renacimiento, con el nuevo modo de producción capitalista y con su gran avance cultural y científico, revalorizó las enseñanzas de la escuela hipocrática y de la medicina árabe e incentivó la investigación médica ante la necesidad de respuestas prácticas a los problemas de salud que afectaban a la población. El nacimiento de la microbiología, de la mano del invento del microscopio, confirmó la interpretación materialista de la enfermedad pero produjo un esquema biologista unicausal para explicarla.

El vínculo entre la biología y la medicina se hizo más fuerte en el siglo XX, lo que permitió que se ampliaran y profundizaran los conocimientos acerca del sustrato material de las enfermedades, en las que se propone que ya no tienen efectos sólo los microorganismos sino una serie de procesos que ocurren en los órganos, tejidos y células, y en los cuales influyen de forma importante los procesos bioquímicos del organismo.

Por su parte, el siglo XXI se define por el paradigma genético bajo el cual se han producido múltiples explicaciones y aplicaciones de esta área a la interpretación y tratamiento de las enfermedades, pero se ha consolidado con más fuerza el esquema unicausal con respecto a que las causas biológicas son las únicas y las últimas para explicar los procesos de salud y de enfermedad.

"El vínculo entre la biología y la medicina se hizo más fuerte en el siglo XX, lo que permitió que se ampliaran y profundizaran los conocimientos acerca del sustrato material de las enfermedades..."

Esta mirada reduccionista de los problemas de salud ha generado como respuesta que en campos más propios de las disciplinas sociales se haya ido constituyendo una tendencia que cuestiona la mencionada unicausalidad y propone una perspectiva multicausal, donde la interacción entre tres componentes -agente, huésped y ambiente- determinan el mantenimiento de la salud o la génesis de las enfermedades. Este enfoque advierte sobre la importancia de ingresar en el estudio de los problemas de salud el carácter activo del sujeto humano, que obliga a superar el esquema simplista de que el huésped es una entidad pasiva que recibe el influjo de un agente externo patógeno, y pone en evidencia que múltiples factores, entre ellos los psíquicos y sociales, inciden tanto en el huésped como en el agente y en el ambiente.

Esta nueva perspectiva ha hecho necesario que nuevas disciplinas contribuyan al estudio de un campo que tradicionalmente fue exclusivo del discurso médico; particularmente la Psicología, con su rama específica de la Psicología de la salud, se ha configurado como una disciplina que se ocupa de los factores psíquicos y sociales que influyen en el mantenimiento de la salud o inciden en la aparición y evolución de una enfermedad en determinado sujeto (Morales, 1999).

El proceso salud-enfermedad como campo de aplicación de la psicología

La preocupación de la disciplina psicológica en relación con los temas de salud se orientó históricamente al estudio y tratamiento de la salud y las enfermedades mentales. Sin embargo, desde los años 60 la Psicología empezó a ocuparse del proceso salud-enfermedad en su dimensión más amplia y comenzó a hacer aportes, como se dijo anteriormente, a un campo tradicionalmente exclusivo del discurso médico.

El área disciplinar que se dedicó a este estudio se consolidó bajo el nombre de Psicología de la salud y fue construyendo progresivamente un espacio propio como campo aplicado de la Psicología, orientando su evolución hacia dos enfoques: el clínico (con los antecedentes de la Psicología clínica, el Psicoanálisis, la Psicología médica y la Psicología cognitivo-conductual), y el social (fundamentado en la Psicología social comunitaria).

"La preocupación de la disciplina psicológica en relación con los temas de salud se orientó históricamente al estudio y tratamiento de la salud y las enfermedades mentales..."

El psicólogo cubano Francisco Morales Calatayud (1999, p. 88) hace una revisión del campo de referencia y lo conceptualiza de la siguiente manera:

Se puede considerar que la Psicología de la salud es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención en salud.

Le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los pacientes enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben.

Con base en esta referencia, es importante detenernos en cuatro aspectos fundamentales para discernir las distintas perspectivas de trabajo de las que se ocupa la Psicología de la salud:

- En términos generales, se destaca el interés de este campo en investigar e intervenir sobre los aspectos psíquicos que inciden en el proceso salud-enfermedad que, como ya se dijo, se asume como multicausado.
- Se ocupa la Psicología de la salud de la atención psicológica de los pacientes enfermos o con secuelas de alguna enfermedad, con base en la premisa de que los factores psíquicos tienen incidencia en el origen y la evolución de la enfermedad, y en la forma como el sujeto enfrenta la experiencia de estar enfermo.
- Le interesa a esta rama de la Psicología aplicada el área denominada de la "salud positiva"; la cual plantea que los factores psíquicos y sociales inciden en el mantenimiento de la salud y propone una mirada, que desde el estudio psicológico, apoye los procesos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- Este campo se ocupa, además de los aspectos anteriores, del estudio de los factores psíquicos que intervienen en los vínculos entre los sujetos que hacen parte de las acciones en salud. Se reconoce entonces que en el campo de la salud juegan un papel importante, no sólo los aspectos psíquicos y sociales de los pacientes enfermos y de las poblaciones que son objeto de las campañas de promoción y prevención, sino también la subjetividad de los profesionales que se desempeñan en esta área.

A partir de estos aspectos básicos, enunciaremos a continuación las dos áreas generales del trabajo que el psicólogo puede desempeñar en el campo de la salud para pasar, en el próximo apartado, a desarrollar con mayor profundidad los aspectos psíquicos que inciden en tres situaciones específicas de este campo de la Psicología aplicada. Se propone que el psicólogo de la salud puede desempeñarse en dos grandes áreas de trabajo: la atención primaria, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, y la atención secundaria en los hospitales y centros de rehabilitación.

Con respecto a la atención primaria, campo que profundizaremos más adelante, se propone el abordaje de temas prioritarios en cada momento del ciclo vital: salud de los niños, salud de los adolescentes, salud reproductiva, salud de los adultos y salud de los adultos mayores, frente a los cuales el profesional de la psicología debe desarrollar estudios y diseñar intervenciones orientadas fundamentalmente al trabajo de carácter reflexivo y educativo que fomente, desde la perspectiva psicológica, la participación y la autogestión de la comunidad en sus procesos de salud (Morales, 1999).

Con respecto a la atención psicológica en los centros de atención secundaria en salud, como los hospitales y centros de rehabilitación, los antecedentes muestran que hasta antes de los años 70, los servicios de Psicología de los hospitales se concentraban en la atención de los pacientes psiquiátricos. Sin embargo, dice Morales (1999, p. 198) que a partir de esa década se reconoce que:

En la causalidad de todas las enfermedades en general hay, en mayor o menor grado, elementos de carácter psicológico. En todas están presentes estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de la condición patológica, las limitaciones que lleva aparejada, las exigencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el pronóstico y el impacto para la vida futura. Cada paciente presentará entonces su propia respuesta a la enfermedad en la que se pone de manifiesto no sólo las características regulares de la misma como hecho biológico, sino también, y sobre todo, las del sujeto como persona actuando en una situación específica.

En la atención secundaria, se propone que los psicólogos de la salud deben estar integrados a las distintas unidades hospitalarias y hacer parte de los equipos multidisciplinarios que tratan a los pacientes que son atendidos en ellas. En términos generales, el trabajo del psicólogo en estas instituciones se orienta hacia las siguientes acciones:

- La recepción de las interconsultas médico-psicológicas y la asistencia directa de los pacientes enfermos y las familias que son atendidos en los distintos servicios clínicos y quirúrgicos de la institución hospitalaria.
- El trabajo investigativo, educativo y reflexivo que involucre a los estudiantes y profesionales de las distintas áreas de la salud, acerca de los aspectos psicológicos que inciden en el proceso salud-enfermedad y en el vínculo asistencial.
- La participación en los equipos multidisciplinarios que estudian las situaciones de los pacientes enfermos y toman las decisiones sobre las intervenciones que sean necesarias.
- La acción institucional que involucra, entre otros, los temas de la satisfacción o insatisfacción de los pacientes y los trabajadores de la salud con los servicios que son ofrecidos por la institución.

UNIDAD II

EL PAPEL DE LA PSICOLOGIA EN LA SALUD

A finales de la década de los setenta, el CNEIP, organismo autónomo que concentra a una considerable cantidad de escuelas de Psicología, presentó una serie de recomendaciones para hacer más eficiente la formación y el entrenamiento de los psicólogos a partir de la definición de un perfil profesional sustentado en los siguientes elementos:

- a) Especificación de las áreas sociales problema, en donde el psicólogo, como profesional del comportamiento, debe insertar su actividad y tecnología
- b) Identificación de necesidades prioritarias del país a las que debe responder el perfil profesional, al margen de la demanda momentánea que establece un mercado deformado históricamente
- c) Definición de los sectores de la población que deben ser recipientes fundamentales de la acción profesional del psicólogo
- d) Tipificación de las tecnologías y procedimientos, en términos del número de personas beneficiarias de los servicios y sus características socioeconómicas y culturales (CNEIP, 1977, pp. 22-23).

Para dicho propósito, se planteó que sería necesario el desarrollo de modelos curriculares homogéneos en los que se consideraran los siguientes aspectos:

1. Proporcionar una formación metodológicamente sistemática que imprima consistencia a los contenidos informativos del currículo
2. Hacer hincapié en la vinculación de la ciencia básica con las técnicas aplicadas
3. Capacitar al psicólogo en el trabajo institucional y comunitario para que entrene a los profesionales y a los no profesionales, de acuerdo con las necesidades del país, abandonando la concepción liberal de la profesión que priva hoy en día
4. Integrar el servicio social dentro de los estudios de licenciatura

5. Proporcionar al psicólogo un conocimiento amplio de la problemática nacional, que le permita adquirir una conciencia crítica de su papel como profesional y de su práctica cotidiana
6. Formar psicólogos que junto con otros profesionales puedan atacar problemas en todas las áreas sociales prioritarias (CNEIP, 1977, pp. 22).

A partir de esas recomendaciones, un año más tarde se propuso que el psicólogo debería entenderse como un profesional capacitado para cumplir con cinco funciones, que incluían las de diagnóstico², planeación, prevención, intervención e investigación (CNEIP, 1978). En tales funciones, que hasta el día de hoy siguen siendo definidas de manera ambigua, no se especificaron con la precisión debida qué conocimientos, habilidades y destrezas serían pertinentes para incidir en los problemas sociales de interés, ni tampoco se dijo con claridad cómo se habían de articular los dominios teórico y metodológico con las habilidades y destrezas a instrumentar para la posterior aplicabilidad del conocimiento psicológico. ² Sería conveniente discutir si el profesional de la psicología “diagnostica” en el mismo sentido en el que lo hace un médico, o si sería mejor hablar de “evaluación”, que a nuestro modo de entender resulta un término menos cargado con significación moral y mucho más comprensivo que el de diagnóstico.

Esto último se debió en buena medida a dos cuestiones. La primera tiene que ver con las limitaciones inherentes al concepto y caracterización de funciones profesionales. La segunda, sobre la que se abundará en la siguiente sección, tiene que ver con que la formación y el entrenamiento de los psicólogos se ha fundamentado en el enfoque tradicional de proveer a los estudiantes de los conocimientos teóricos y metodológicos a lo largo de los primeros cinco o seis semestres de su carrera, seguido del supuesto aprendizaje de habilidades profesionales que presumiblemente integrarán y de las que harán uso en los múltiples escenarios de servicio. Respecto del primero de los temas, cuando se habla de funciones no se alude a otra cosa que a capacidades de acción, así como del ejercicio de un empleo, facultad u oficio (Diccionario de la Real Academia Española, 1985).

Si en la psicología se acepta la primera acepción, sería equivalente a decir que el profesional de la psicología es capaz de hacer algo, en el sentido de que existe cierta posibilidad de que lo haga (Ryle, 1967); en otras palabras, de alguien que puede o no hacer las cosas en diversas circunstancias, frente a determinadas personas y problemas sociales.

A diferencia de tal caracterización, si se consideran los distintos modos de hacer las cosas, sería más correcto hablar de competencias profesionales, toda vez que ser competente supone que se puede hacer algo porque ya se ha hecho antes y porque se tiene el conocimiento de qué es lo que se puede hacer y en qué circunstancias (Ribes, 2006). En tal sentido, decir que un profesional de la psicología es competente no significa otra cosa que decir que dispone de los recursos teóricos, metodológicos y tecnológicos pertinentes para incidir de manera eficiente en los problemas sociales (Figura 2).

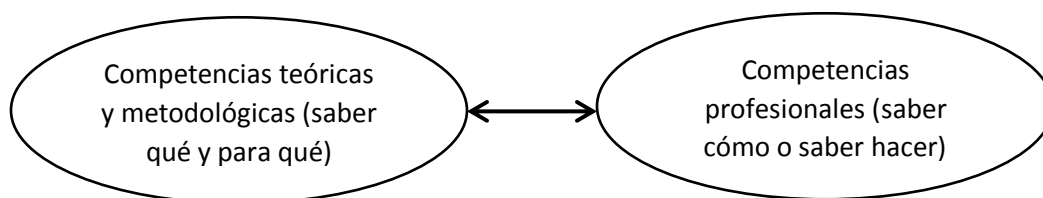


Figura 2. Relación entre los diferentes tipos de competencias en psicología y salud.

Esta forma de concebir la formación y entrenamiento de los psicólogos en términos competenciales asegura, como punto de partida, que las actividades que tienen que ver con la evaluación, planeación, prevención, intervención e investigación son susceptibles de entrenarse. Competencias teóricas y metodológicas (saber qué y para qué) y Competencias profesionales (saber cómo o saber hacer) mediante la instrucción, la observación directa o el modelamiento, en situaciones tanto naturales como simuladas. El problema, sin embargo, radica en especificar qué requisitos son necesarios para que dicho entrenamiento tenga lugar.

De acuerdo con Macotela (2007), un requisito fundamental es: quienes tengan el cometido de formar y entrenar psicólogos competentes, tienen que haber sido entrenados; es decir, en los ámbitos de la docencia, la práctica supervisada o profesional, no pueden formar y entrenar psicólogos competentes quienes no hayan demostrado ser competentes en los dominios teórico-conceptual y metodológico, ni tampoco en la aplicación posterior del conocimiento psicológico.

Asimismo, la autora afirma que: “Para la formación de profesionales competentes se requiere de formadores con amplia experiencia profesional que puedan transmitirla a sus estudiantes [...] fungiendo como modelos a seguir, pero también se requiere que tengan amplia experiencia en las tareas de investigación para vincularla con su experiencia profesional a través de la enseñanza (Macotela, 2007, pp. 6-7).

Así, si por competencias conductuales se entiende la organización funcional de habilidades y destrezas tendientes a cumplir con un tipo de criterio, tal concepto vincula directa y expresamente los criterios de eficiencia en una situación social concreta con las habilidades o destrezas que tienen que ejercitarse para cumplirlos (Ribes, 2006).

En el presente caso, formar y entrenar psicólogos competentes –psicólogos que sepan qué, por qué, para qué y cómo hacer las cosas– requiere no sólo de psicólogos competentes para enseñarlas y mostrar cómo se ejercitan, sino que adicionalmente se consideren las cuatro etapas que, de acuerdo con Ribes (2005), son necesarias para su identificación:

1. La determinación de campos de problemas sociales pertinentes, poblaciones usuarias y funciones profesionales genéricas que ejercerá el psicólogo.
2. El análisis de los niveles y tipos de intersección de la disciplina con las distintas profesiones pertinentes a los campos identificados, así como con los usuarios directos de las poblaciones seleccionadas.
3. La explicitación del paradigma disciplinar adoptado para formar al psicólogo, con el fin de formular un perfil de competencias profesionales que

correspondan a las funciones inicialmente determinadas, y fundamentar de esta manera los conocimientos y metodología de dicho perfil.

El diseño de las situaciones de enseñanza-aprendizaje como circunstancias ejemplares para la adquisición y ejercicio de los conocimientos teóricos y prácticos correspondientes a los diversos momentos formativos del psicólogo (Ribes, 2005). Si se tienen en cuenta esas cuatro etapas, tal y como se puede observar en la Figura 3, el entrenamiento y la formación de psicólogos competentes demanda, como condición necesaria y suficiente, saber acerca de los problemas y las poblaciones sobre las que se pretende incidir, el dominio teórico-conceptual de lo psicológico y su correspondencia con las habilidades y destrezas prácticas; sobre todo, es fundamental saber hacer converger en el contexto del quehacer interdisciplinario las categorías teóricas y los recursos metodológicos y tecnológicos que son pertinentes a los fenómenos de la salud y la enfermedad.

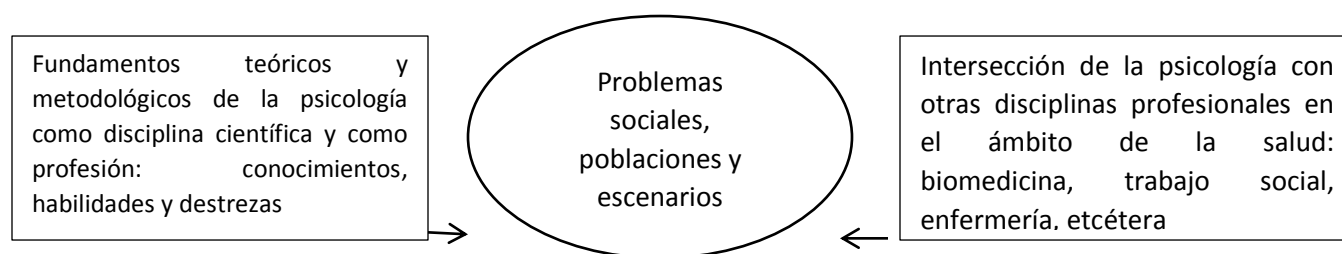


Figura 3. Interacción entre los dominios teóricos y metodológicos con los problemas sociales en el contexto del quehacer interdisciplinario.

Luego entonces, sin una base sólida en lo teórico y lo metodológico, esto es, sin un conocimiento irrestricto de la fundamentación de la psicología como empresa científica o en proceso de consolidación como tal, no se pueden entrenar y formar psicólogos competentes (Mouret y Ribes, 1977; Reidl, 2008; Silva y Morales, 2008).

De ahí que adquieran singular importancia las etapas 3 y 4 planteadas para la identificación de las competencias profesionales por el propio Ribes. En tal virtud, cuando se carece del conocimiento de ese paradigma disciplinar que menciona el autor, no basta con que se plasme en el papel el diseño de situaciones de enseñanza-aprendizaje para que los estudiantes adquieran los conocimientos teóricos y los instrumenten en la práctica de manera congruente, como si lo teórico y lo práctico fuesen dos actividades que poco o nada tienen que ver entre sí.

2.1.- Objetivos de la psicología en salud.

La psicología médica es una parte de la Psicología. Su objeto de estudio es el comportamiento del individuo en un contexto constituido por la salud o por la enfermedad. El individuo estudiado es tanto el paciente como el profesional. El paciente se observa desde dos puntos de vista: como tal, o sea en sus relaciones con la enfermedad, y como generador de recursos adaptativos. El comportamiento del profesional se estudia en sus funciones características: la promoción de la salud, la investigación y la búsqueda de información, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

Por lo tanto, la psicología médica recoge y sintetiza las aportaciones provenientes de varios campos disciplinarios: la psicología, la medicina, la educación para la salud y la comunicación. La información básica la ofrecen los profesionales y los pacientes: la tarea de la psicología como ciencia consiste en estructurar esta información en un discurso psicológico, proporcionándole un marco teórico y un lenguaje científico.

Las principales áreas estudiadas por la psicología médica son las siguientes:

- Explicar, en términos de interacción, el dolor y otros procesos de enfermar y los efectos terapéuticos.
- Los hábitos y estilos de vida. Su influencia en la salud y en la enfermedad; su adquisición y modificación.
- Las influencias recíprocas entre el proceso de enfermar, el comportamiento y los estilos de vida, con especial referencia a los procesos crónicos.

- El paciente como fuente básica de información. El profesional como investigador. Las estrategias para obtener una válida información del paciente.
- El razonamiento médico. El proceso diagnóstico.
- El profesional como comunicador. La eficacia al transmitir información y al formular prescripciones.
- El profesional como educador o modificador de hábitos de comportamiento. La elaboración de los programas terapéuticos.

2.2.- La intervención en psicología de la salud.

En líneas generales, se puede influir en el funcionamiento psicológico de los pacientes, para propiciar un comportamiento saludable, a través de 3 líneas de actuación fundamentales:

1. Controlando los estímulos antecedentes y consecuentes, tanto externos como internos.
2. Propiciando una adecuada disposición psicológica de los pacientes que pueden ser más flexible o más rígida.
3. Entrenando a los pacientes para que dominen habilidades que les permitan autocontrolar su propio comportamiento.

Los profesionales de la salud no psicólogos se encargarán de:

- El control de estímulos antecedentes y consecuentes externos.
- Influencia en la disposición psicológica más flexible.

Para llevar a cabo éstas funciones, deberán adquirir los conocimientos necesarios, para lo cual, deberán ser entrenados por los psicólogos, y, en los casos más complejos, trabajar conjuntamente con ellos, siendo el psicólogo responsable de diseñar la intervención, asesorar a los otros profesionales, y quizá, aplicar algunas técnicas.

Estrategias para controlar estímulos externos

Es importante que los profesionales de la salud comprendan el análisis funcional de la conducta, para conocer mejor las conductas problema y sus posibles determinantes, y, a partir de ahí, sugerir estrategias eficaces.

Deben conocer los principios básicos del aprendizaje: aprender a utilizar estrategias operantes como el control del estímulo, la utilización de conductas incompatibles, el reforzamiento social y material, la extinción y el castigo positivo y negativo.

También es importante que conozcan qué es el estrés psicosocial, y que aprendan a identificar situaciones o estímulos potencialmente estresantes, para eliminarlos o aliviarlos, o presentarlos de manera progresiva para que el paciente se acostumbre a ellos.

Estrategias para influir en la disposición psicológica más flexible

Adquirir conocimientos que les permitan comprender cuál es la disposición de los pacientes respecto a la enfermedad y su tratamiento.

Aprender a desarrollar una buena relación con los pacientes (empatía, confianza, colaboración recíproca, asertividad controlada), y para ello, dominar estrategias verbales y no verbales que aumenten su efectividad interpersonal.

Aprender a transmitir información a los pacientes, con 2 objetivos:

1. Reducir la incertidumbre del paciente.
2. Fortalecer su percepción de control sobre la enfermedad y el proceso de curación de la misma.

Comprender la trascendencia de las expectativas, de las experiencias de éxito y de fracaso controlados y de las atribuciones de los pacientes.

Desarrollar expectativas optimistas, aprovechando las experiencias de éxito y fracaso, y propiciando atribuciones que fortalezcan la percepción de control.

Una técnica interesante: El establecimiento de objetivos centrados en la propia conducta del paciente u objetivos de realización (en vez de objetivos de resultados, centrados en las consecuencias de la conducta).

Procurar incrementar la motivación inicial de los pacientes, y lograr una motivación alta y estable durante el tratamiento.

Se pueden utilizar modelos significativos, mejorar la relación entre costes y beneficios, implicar al paciente en la toma de decisiones (para éstos 2 últimos objetivos se pueden utilizar matrices de decisiones).

Importancia de reducir la ansiedad de los pacientes en determinados momentos.

Se pueden utilizar estrategias como "periodos de prueba" o la intención paradójica.

2.3.- La metodología de la intervención en salud.

El objetivo de la intervención es aliviar el sufrimiento emocional y ayudar a las personas a mejorar su calidad de vida así como aumentar su bienestar. Se trata de impedir que el problema se haga dueño de la vida de la persona, volviendo, en aquellos casos que así fuese, a recuperar el control sobre su vida.

Calidad de vida: "El modo en que la persona percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello incorporando, de modo complejo, la salud física de la persona, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales" (WHOQOL Group, 1994, Pág. 28)

La intervención realizada desde INPSICO se desarrolla desde una perspectiva cognitivo-conductual, basándose en una metodología científica y utilizando técnicas y procedimientos de intervención de probada eficacia y suficientemente contrastados.

El proceso de intervención comienza con varias sesiones de evaluación. En éstas el objetivo es analizar el malestar persistente, así como los factores que han podido intervenir en la aparición del problema, y los factores que influyen en el presente mantenimiento del malestar. En esta primera fase, también es importante evaluar los recursos de afrontamiento de cada persona, así como sus fortalezas, ya que una parte importante de la terapia tratará de potenciarlas.

Como resultado de la evaluación el siguiente paso es la comprensión del problema. Este aspecto es fundamental para poder trabajar a lo largo de la intervención.

A continuación se realiza una propuesta de tratamiento, que conlleva el diseño y plan de tratamiento especializado ajustado a cada persona. Es importante que la persona entienda el porqué del tratamiento específico y su relación con el problema.

La siguiente fase es la puesta en marcha del tratamiento a través de las técnicas pertinentes. Estas técnicas son seleccionadas en función de la problemática específica y características de cada persona.

Desde el enfoque cognitivo-conductual la intervención se caracteriza por otorgar un papel activo al cliente. Desde el principio de la terapia el cliente ha de llevar a cabo diferentes ejercicios y tareas tanto durante las sesiones como fuera de ellas. Para el aprendizaje y la puesta en marcha de las diferentes técnicas, es necesario ir practicando entre sesiones los ejercicios propuestos. Esta práctica será imprescindible para aprender nuevas formas de manejo de situaciones, hasta que progresivamente puedan generalizarse e interiorizarse.

Los instrumentos y técnicas utilizados tanto en el proceso de evaluación como en el de intervención están muy relacionados, algunas de las más frecuentes son: entrevistas, observación conductual, técnicas y procedimientos de auto-observación y auto-registro, tests, auto-informes, cuestionarios, etc...

La comprensión de cada paso del proceso es fundamental y ayuda en la consecución de los objetivos, por lo que es importante que la persona pregunte o consulte todas sus dudas en cualquier momento de la terapia.

La intervención se realiza a través de sesiones semanales de una hora de duración aproximadamente. La duración de una terapia viene determinada por el problema específico y el desarrollo del proceso, así como los objetivos marcados para cada problema y persona (algunos objetivos pueden necesitar más tiempo para poder alcanzarse). Aproximadamente, puede tener una duración media de 4 a 9 meses, seguida de un periodo de seguimiento.

2.4.- Manejo de emociones en pacientes.

En Medicina se ha centrado la enseñanza y la formación en aprender diferentes competencias, habilidades y aptitudes enfocadas a desarrollar la parte clínica de la Medicina, se utiliza la medición del coeficiente intelectual (CI), como único referente para evaluar la inteligencia de los alumnos, sin embargo actualmente se ha demostrado que el coeficiente emocional (CE) es también un parámetro útil y necesario, sobre todo en las áreas de la salud, ya que mide la capacidad del individuo de sentir, entender y controlar los estados anímicos propios y de las personas que le rodean.

En la formación aún se les indica a los alumnos que es mejor no relacionarse mucho con los pacientes y que no “se involucren emocionalmente”, situación compleja para ellos porque son seres humanos que sienten y se mueven por emociones.

Los médicos durante sus estudios y ya como profesionistas viven cotidianamente situaciones de muerte y sufrimiento, podríamos decir que “esto es su materia prima” y deben de afrontarlas de manera adecuada, ayudando al paciente y a la familia, al mismo tiempo que se protegen del sufrimiento. Otra situación a la que se enfrentan es el trabajo emocional, es decir el personal de salud y los alumnos de Medicina deben expresar emociones impuestas por las normas organizacionales (escuela, hospitales, unidades de atención primaria, etc.) pero que no representan sus verdaderos sentimientos, ocasionando de esta forma la llamada disonancia emocional y el síndrome de *burnout*, que una de sus características es la despersonalización y el maltrato hacia los pacientes. Por ello, la insistencia en la educación emocional para mitigar el posible desgaste de las relaciones que los médicos establecen con los pacientes y sean capaces de identificar las emociones y sentimientos que lo mueven, y tengan un correcto manejo de ellas, de forma que si lo logran, podrán conducir las emociones de los pacientes, y lo más importante podrá ayudarlo a manejarlas correctamente, en lugar de evitarlas.

Asimismo, la regulación de emociones juega un punto importante, cuando un médico tiene que dar una mala noticia a un paciente requiere la habilidad de evitar dar respuestas emocionales descontroladas. Los pacientes siempre están al tanto de lo que dice el médico, incluso con su lenguaje no verbal. Por ello, ahora se busca que desde la formación los alumnos puedan aprender la autorregulación de las emociones negativas pero además de las positivas, planteamiento que implica un paso más allá; consiste en percibir, sentir y vivenciar un estado afectivo sin ser abrumado o llevado por él, y ser capaz de dominarlo.

Si estamos conscientes de que emoción y pensamiento se encuentran sólidamente unidos, la enseñanza del manejo de las emociones les permitirá a los alumnos utilizar las emociones al servicio del pensamiento, esto les ayudara a razonar de forma más inteligente y tomar mejores decisiones.

En consecuencia, la capacitación de los alumnos para integrar emocionalmente la información en su forma de pensar puede contribuir ampliamente a su funcionamiento socio-emocional. Recordemos que las personas emocionalmente inteligentes saben atender las emociones originadas en su entorno, comprender las posibles causas y consecuencias de ellas y, en consecuencia, desarrollar estrategias para regular y manejar esos estados emocionales, lo que se traduce en mayores niveles de bienestar subjetivo.

La investigación también señala que el personal de salud con altos niveles de inteligencia emocional manifiesta mayor optimismo y son más sensibles a las emociones de los pacientes, obtienen una mejor relación médico-paciente ya que mejora la calidad de las interacciones, y mantienen mayor salud física y mental, se observa menor cansancio emocional y síntomas psicósomáticos. También se señala que un médico con unas adecuadas habilidades de comunicación clínica disminuye el número de demandas recibidas, el grado de adherencia de los pacientes al tratamiento y su nivel de satisfacción es mayor.

Asimismo, la ciencia nos explica que la inteligencia emocional no es una moda, sino una forma de entender las habilidades de los alumnos y una manera de relacionarse con los otros (compañeros y/o pacientes). Los psicólogos y educadores están de acuerdo en que las emociones son adaptativas sólo cuando la información que proporcionan es atendida, interpretada, comprendida, utilizada y gestionada con eficacia. De manera que durante una respuesta emocional, los sistemas cognitivos, fisiológicos y de comportamiento son a distintos niveles, con el fin de preparar al individuo para adaptarse al cambio. Por ello, las emociones también tienen una función adaptativa

2.5.- Relación paciente-enfermera (o).

Peplau: desarrollar la solución de problemas de salud de los pacientes a través del proceso interpersonal terapéutico. *Orlando*: proceso deliberativo de enfermería, donde la enfermera emplea la relación interpersonal encaminada a la satisfacción de las necesidades del paciente *Trabelvee*: la enfermera aprovecha la empatía, el apoyo y la simpatía, para entender el dolor del paciente.

De forma general, la crítica hacia este grupo de teorías está centrada en el hecho de que ellas dependen de que exista una relación interpersonal, se adaptan solo ante la posibilidad de la comunicación entre la enfermera y el paciente. Por lo tanto, su aplicación se limita en situaciones de enfermería donde se brinda atención a pacientes en coma, recién nacidos, ancianos con alguna condición de demencia o longevos.

Otra de las autoras de la teoría de la relación interpersonal es Riechl-Sisca, cuya teoría se deriva del interaccionismo simbólico, en el cual la comunicación es un elemento esencial y principal fuente de intercambio entre los seres humanos.

Riechl-Sisca considera que la enfermera y el paciente intercambian información de forma activa y recopilan conocimientos, siempre a través de la adopción mutua de roles y la selección y empleo conjunto por parte de la enfermera de los métodos teóricos. En esencia, la enfermera elige entre diversas teorías, terapias y disciplinas de salud afines para planificar e implementar intervenciones de enfermería eficaces.

El Modelo de interaccionismo simbólico de Riechl-Sisca, cuyo componente fundamental es la comunicación, hace hincapié en la relación enfermera-paciente-familia del paciente, lo que permite mayor contribución al desarrollo de la enfermería, desde el punto en que amplía su aplicación, llegando incluso a pacientes en coma, a través de la comunicación no verbal.

Por lo que respecta la relación enfermera-paciente, es esencialmente comunicativa, sobre todo cuando el cuidado está dotado, también, de una sobrecarga emocional. La capacidad de comunicación se puede relacionar con la experiencia del cuidar, desde el punto en que la enfermera en su función de ofrecer cuidados no solo trasmite información, sino que también brinda comprensión, apoyo, simpatía, compasión. Además, escuchará los problemas, emociones e inquietudes del paciente, intentará ponerse en su lugar y compartirá con este las posibilidades de alivio y solución del problema.

La comunicación en enfermería propone la modificación del comportamiento humano y de factores relacionados con el que directa o indirectamente promueven la salud, previene enfermedades o protegen a los pacientes del daño. Una buena comunicación enfermera-paciente tiene resultados positivos, tanto para el paciente como para la enfermera. La confianza del paciente en los planes de cuidados y la toma de decisiones mejora los resultados del tratamiento. Es por ello que la comunicación enfermera-paciente es una condición necesaria para la práctica de enfermería.

El estado emocional de un paciente es diferente al momento del ingreso, pero cuando la enfermera intercambia experiencias con él, se propicia un ambiente de confianza y estabiliza su estado emocional, coopera con el tratamiento y su estadía hospitalaria será mejor comprendida. La comunicación es una necesidad del paciente y de la familia, le permite conocer sobre su estado de salud y estar actualizado sobre la enfermedad.

De ahí que la función en enfermería incluya el desarrollo de competencias comunicativas a partir de la potencialidad que tiene la enfermera de lograr una adecuada comunicación con el paciente, teniendo en cuenta el dominio e integración en la práctica de enfermería de los conocimientos acerca del proceso de comunicación humana, habilidades comunicativas, emociones, principios, valores, actitudes para desempeñarse eficientemente y tomar decisiones oportunas que conduzcan al logro de los objetivos en la situación de enfermería.

Asimismo, *Aguirre*, en su trabajo sobre el desarrollo de habilidades comunicativas en el enfermero planteó:

El desarrollo de las competencias comunicativas en el enfermero propicia el establecimiento de relaciones de ayuda, las que se conforman con la actitud facilitadora del profesional de enfermería, mediante acciones como escuchar empáticamente, con interés y una actitud acorde con la situación individual del enfermo. De esta manera, el enfermo percibe que se comprende sus sentimientos, capta y recibe información y, así, el profesional de enfermería verifica y formula nuevamente el mensaje elaborado y emitido por él mismo. Todo ello transforma la relación terapéutica en un ideal de interés personal y atención hacia lo que se está desarrollando.

La literatura reporta varios tipos de comunicación. La enfermera debe elegir el modo en que esta se establece, teniendo en cuenta el tipo de paciente, el problema de salud y la situación de enfermería. El proceso de comunicación no solo se realiza en un sentido, sino que también expresamos sentimientos y emociones cuando hacemos esta actividad.

Lo importante es desarrollar una buena comunicación según sus posibilidades de salud, que permita una adecuada relación enfermera-paciente, desde que este último se pone en contacto con la enfermera.

La relación de enfermera-paciente debe ir más allá, no solo es la interpretación de los signos y síntomas. También es preciso establecer una verdadera empatía, entendiendo esta como la capacidad de reconocer y compartir emociones y estados de ánimo con la otra persona para así comprender el significado de su comportamiento. Una buena relación enfermera-paciente permite elaborar un plan de cuidados más personalizado, humanizado y ético, con el propósito de mejorar el estado de salud del paciente, haciendo su estancia más agradable en el hospital y reducir de manera significativa el miedo y la ansiedad que genera la hospitalización.

Esta relación terapéutica es también una relación ética, donde los valores de cada uno deben ser conocidos y considerados de igual importancia, es una relación terapéutica que exige de la enfermera profesional un comportamiento que puede etiquetarse como comportamiento práctico moral.

Por otra parte Peplau define la relación enfermera-paciente, como un tipo particular de relación, en la cual la enfermera entrega todo su conocimiento y experticia en función del cuidado.

Del mismo modo, Morice, cuando identifica los tipos de cuidados, considera que el cuidado como relación interpersonal incluye comunicación, confianza, respeto y compromiso del uno con el otro. Cuando esto ocurre ambos se enriquecen. La integración de los sentimientos compartidos establece la posibilidad de dar o recibir ayuda. Se enfatiza en la integración de sentimientos y acciones en el encuentro, de tal manera que la relación enfermera-paciente es cualitativamente diferente a un encuentro sin cuidado. Desde esta perspectiva se cree que la relación enfermera-paciente es la esencia del cuidado y abarca sentimientos y comportamientos que ocurren en la relación.

Asimismo, se interpreta la enfermería como la relación que se establece entre el paciente y la enfermera, dotada de un fundamento de conocimientos que le permiten resolver los problemas de la práctica clínica y proporcionar cuidados.

2.6.- Diversos modelos en la psicología de la salud.

Los modelos nos dan un marco referencial para saber por dónde empezar, que pasos seguir, y que técnicas necesitamos para influir un cambio en las conductas de las personas.

1. Modelo Cognitivo – Social

Asociados a los trabajos de Bandura, da importancia a los efectos del ambiente social y las cogniciones sobre la conducta y la influencia recíproca entre ellos. Este modelo ha tenido éxito en la Psicología de la salud, especialmente con los conceptos de "expectativa de autoeficacia", esto es, las creencias relacionaron la habilidad que uno tiene para ejecutar una conducta determinada, y de "expectativa de resultado", que se refiere a la creencia que la conducta puede producir los cambios deseados.

Elementos de este modelo forman parte también de otros modelos y técnicas que se usan en la Psicología de la salud.

2. El Modelo de Creencias en Salud

Se originó en intentos de los psicólogos del servicio de salud Pública de los EEUU por entender por qué tan pocas personas usaban programas y servicios que estaban a su alcance; concretamente por que no participaban en exámenes para ver si tenían tuberculosis. Se les pregunto a las personas en qué medida creían que eran susceptibles a la TBC y, en segundo lugar, si creían que podían obtener algún beneficio por participar en los chequeos.

El modelo se basa en la noción que el cambio hacia conducta saludables está guiado por las creencias del individuo, específicamente por lo que se denomina la "expectativa de valor", esto es, las personas van a cambiar su conducta si ésta resulta en algo valorado para ellas y tienen la expectativa de que pueda alcanzarse ese resultado.

VARIABLES adicionales del modelo se refieren si acaso las personas creen que ellos son susceptibles a enfermarse, si ven como la enfermedad como sería de grave, o estiman que el comportarse de manera saludable o preventiva va a resultar más beneficioso que el costo involucrado en adoptar la conducta.

3. La Teoría de Acción Razonado (planeada)

Asociada a los planteamientos de los psicólogos Ajzen & Fishbein, si bien no nació de un interés específico en salud nos ayuda a entender como una persona llega a tomar una decisión para realizar cierta acción.

Este modelo nos dice que la mejor forma de predecir la conducta es conocer las intenciones de una persona. Una intención representa un compromiso de la persona para actuar de cierta manera y es un fuerte predictor de la conducta manifiesta, provisto que se de en ciertas condiciones; entre estas, que el tiempo transcurrido entre la declaración de intención y la ejecución de la conducta no sea muy prolongada y la especificidad de la acción requerida para materializar la intención de cambio. Las intenciones son influenciadas por las actitudes, normas subjetivas y las percepciones provenientes de las presiones sociales, por ello no se considera como un modelo que por si solo puede explicar conductas preventivas.

4. Modelo de Reducción de Riesgo

Las intervenciones conocidas como de reducción de factores de riesgo conductual, intentan lograr un cambio de actitudes y motivar a la persona a desarrollar habilidades conductuales que reduzcan el riesgo, aumentando de paso la percepción de autoeficacia para iniciar y mantener los cambios comportamentales deseados.

Asimismo, se intenta crear una red de apoyo social que refuerce las conductas preventivas o de bajo riesgo. Para lograr el cambio se usan técnicas tanto de la psicología social, como cognitivas-conductuales.

5. El Llamado Modelo Transteórico del Cambio Conductual

Llamado también simplemente el modelo de Prochaska (su principal impulsor), se focaliza en las condiciones que hacen posible el cambio. La observación de individuos que están tratando de cambiar por si solos, sin ayuda profesional, nos enseña que las personas progresen de manera de una manera gradual, continúa y a través de un proceso dinámico de 5 etapas a medida que tratan de reducir o eliminar conductas riesgosas. El modelo nos sugiere que hay que diseñar estrategias de cambio que estén de acuerdo a las características de los sujetos a los cuales están dirigidas.

El modelo evalúa la etapa o el estadio en el cual se encuentra la persona en términos de su "intención hacia el cambio", examina las ventajas y las desventajas del cambio, y la habilidad de la persona para ejecutar el comportamiento necesario que lo lleve a mantener un cambio duradero de la conducta deseada. La prevención de la recaída se ve como parte de la última etapa de mantenimiento.

6. El Modelo Integrativo

Está basado en las ideas de Bandura y del conductismo skinneriano e intenta integrar la psicología de la salud con la salud pública. Es un modelo que pretende enfocarse hacia la comunidad y no hacia problemas individuales. Define el problema usando indicadores epidemiológicos y de psicología. Su forma de aproximarse a los problemas es multidisciplinario y multinivel, lo crítico, según este enfoque, es comprender el estilo de vida y los factores conductuales dentro del entorno en el cual se dan.

Las primeras fases del análisis incluyen tanto el nivel personal como el nivel interpersonal. Hay un tercer nivel donde se considera el ambiente social más inmediato. Un cuarto nivel considera los aspectos institucionales, sociales, culturales, políticos y económicos, como clases de factores que afectan la conducta.

Finalmente hay un nivel que implica la evaluación del impacto de las intervenciones, esta fase de evaluación del programa es importante pero generalmente se hace de manera poco sistemática, si es que se hace a pesar que se centra en metas específicas, este modelo es complejo y se considera como un modelo de planeación.

2.7.- Modelo Cognitivo-social.

Se sitúa por lo tanto en contra de los más extremistas con respecto a la localización de las causas de la conducta, rechazando el extremo ambientalista y el determinismo personal, Bandura establece una interacción entre las distintas corrientes, por lo que los factores ambientales, personales y conductuales, no son entidades separadas, sino que interactúan mutuamente entre sí.

Ante el *conductismo clásico*, Bandura declara que el organismo no responde solamente a los estímulos del medio de forma autómatas, sino que también reflexiona y responde de forma significativa. Considerando que en el proceso de aprendizaje hay que tener en cuenta las siguientes capacidades básicas:

- Capacidad simbolizadora, para ensayar simbólicamente soluciones, sin que sea necesario ejecutarlas y sufrir las consecuencias de sus errores.
- Capacidad de previsión, al proponerse metas se ensayan las posibles acciones y consecuencias, que se pueden convertirse en motivadores y reguladores de la conducta previsoras.
- Capacidad vicaria, mediante la observación de modelos se puede aprender vicariamente de lo que otros hacen y las consecuencias de dichas acciones, sin necesidad de pasar por la ejecución de las mismas.
- Capacidad autorreguladora, el hombre puede controlar su propia conducta manipulando el ambiente y utilizando estrategias cognitivas proponiéndose metas, objetivos e incentivos a sus propias acciones.

- Capacidad de autorreflexión, analizar sus propias experiencias, contrastándolas con los resultados obtenidos, analizar sus ideas, y desarrollar la percepción que tienen ellos mismos sobre su eficacia.

Albert Bandura y su ampliación del conductismo

Aunque Albert Bandura defiende la idea de que las conductas que hayan obtenido recompensas positivas tendrán más posibilidades de ser repetidas y en cambio disminuirán las conductas que hayan obtenido consecuencias negativas, este proceso en el hombre es más bien rudimentario ya que es compatible a los procesos que utilizan los animales.

Con la teoría social cognitiva muestra la complejidad de los procesos humanos para realizar una conducta, mediante la observación la persona puede aprender una acción y sus consecuencias y deliberadamente tendera a realizarla o no; dependiendo de sus características personales y su motivación.

«El aprendizaje sería muy laborioso (por no decir peligroso) si las personas se basaran sólo en los efectos de sus propias acciones para informarse sobre qué hacer».

Conceptos básicos de la teoría cognitivo social

Bandura, en su tránsito hacia la teoría que uniría el conductismo con el cognitvismo desarrolló varios conceptos que resulta imprescindibles conocer, para profundizar y comprender mejor esta clásica teoría que ha pasado a la historia de la psicología. Algunos de los conceptos más importantes son los siguientes:

Autoeficacia: representa la capacidad personal para creer en sí mismo, generando así una confianza que facilite la obtención de los resultados que se pretenden alcanzar. Esta creencia del individuo influye en la manera en la que afronta los nuevos retos, y se prepara con los recursos adecuados para los objetivos que quiere llevar a cabo. Esta teoría de Bandura implica que cuando una persona tiene una mayor confianza y creencia de que puede hacer algo, tendrá más posibilidades de conseguirlo.

Si quieres conocer en mayor profundidad la teoría de la autoeficacia de Albert Bandura te recomendamos leer:

La profecía autocumplida

Aprendizaje vicario: otro de los conceptos más populares de Albert Bandura, con el que llevó a cabo varios experimentos importantes como el experimento del Muñeco Bobo, donde se observaba como los niños aprenden no solo haciendo, sino en base a lo que ven que hacen otras personas.

Refuerzo vicario: el aprendizaje vicario fue extendido a todos los seres humanos, y se comprobó que en base a la respuesta del observado la persona observadora tomaba nota de lo ocurrido, aprendiendo de la experiencia de otra persona. Por lo tanto mediante esta teoría, sabemos que una persona es capaz de aprender mediante la observación de las consecuencias del comportamiento de otro.

Autorregulación: este concepto está en estrecha relación con la personalidad humana. Tres elementos básicos conforman este concepto: auto observación, el juicio y la auto respuesta. Este concepto estaría asociado a su vez a lo que entendemos por autoestima. Gracias a este concepto de Bandura entendemos que nuestro auto concepto es básico para entender y explicar la autoestima.

2.8.- Modelo de Creencias en Salud.

Una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model. El MCS fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades.

Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios²⁰ o el uso de tabaco.

En su origen, el MCS se basa en otras clásicas y populares teorías del aprendizaje. En particular, en la conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que ésta produzca el deseado resultado. Aunque los defensores de ambas teorías consideran que el reforzamiento es un importante factor condicionante del comportamiento, los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas, o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí.

El MCS es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa (value expectancy). En términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso. En la actualidad, como resultado de la evolución experimentada por la teoría desde su aparición, se otorga a esa expectativa un sentido más ampliado, lo que facilita la aplicación práctica del MCS en educación de la salud.

Así podemos resumir hoy que la hipótesis del MCS se basa en tres premisas:

- la creencia -o percepción- de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración,
- la creencia -o percepción- de que uno es vulnerable a ese problema
- la creencia -o percepción- de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable.

De acuerdo con el MCS, la concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta²², que serían en nuestro caso conducentes a conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir enfermedades. La aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual la que determina el comportamiento, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo. Aunque este aspecto es más que discutible y otras teorías sostienen que ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento²³, no por ello se debe postergar el MCS por poco razonable o práctico. Como elemento predisponente, el MCS puede tener una utilidad en la prevención del VIH/Sida, máxime si se complementa con otros de reforzamiento y capacitación, tres componentes que favorecen el cambio de comportamiento.

2.9.- La Teoría de Acción Razonado.

Propuesto por Martín Fishbein e Icek Ajzen, el modelo de Acción Razonada tiene sus inicios en 1967 (Fishbein, Middlestadt & Hitchcock, 1994). Dicho modelo concibe al ser humano como un animal racional que procesa la información o la utiliza sistemáticamente, es así, como se vislumbra al sujeto como un tomador racional de decisiones, el cual se comporta en función de la valoración que realiza de los resultados de su comportamiento y de las expectativas que tiene sobre su comportamiento en relación a obtener determinados resultados (Becker et al., 1998; Kaplan et al., 1993; Latorre y Benert, 1992; Roa, s.f.). Fishbein y Ajzen (1967, citados en Fishbein et al., 1994), con el modelo de la Acción Razonada intentan integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar las conductas saludables.

Postulan que una conducta saludable es el resultado directo de la intención comportamental, es decir, de la intención del sujeto para llevar a cabo determinado comportamiento, ya que consideran que muchos de los comportamientos de los seres humanos se encuentran bajo control voluntario por lo que la mejor manera de predecir la conducta es por medio de la intención que se tenga de realizar o no dicho comportamiento.

Esta intención comportamental (ver Figura 1) estará en función de dos determinantes: uno de naturaleza personal (actitudes) y el otro que es reflejo de la influencia social (norma subjetiva).

Las actitudes hacia un comportamiento específico son un factor de tipo personal que comprende los sentimientos afectivos del individuo, ya sean de tipo positivo o negativo con respecto a la ejecución de una conducta preventiva y las percepciones de apoyo social que se tengan de dicha conducta. Las actitudes dependen a su vez de la percepción de las consecuencias, es decir, de las creencias que tienen las personas de que ciertas conductas producen determinados resultados y las evaluaciones de esos resultados. Por otro lado, la norma subjetiva se define como la percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no un determinado comportamiento, considerando las valoraciones sociales que se tienen, acerca del comportamiento del propio sujeto y la motivación general que posee él mismo para actuar conforme a las normas.

En síntesis, el modelo de la Acción Razonada establece que la intención de realizar o no realizar una conducta es una especie de balance entre lo que uno cree que debe hacer (actitudes) y la percepción que se tiene de lo que los otros creen que uno debe de hacer (norma subjetiva). Asimismo, si lo que se desea es lograr hacer un cambio de conducta, Fishbein y Ajzen (1967, citados en Fishbein et al., 1994) consideran que una intervención desde el modelo de la Acción Razonada, debe integrar un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual y debido a que toda acción ocurre respecto a un objetivo, en un contexto determinado y en un punto en el tiempo; entonces, la selección e identificación de dicha conducta debe tomar en cuenta estas variables.

Al referirse a la Acción, Fishbein et al. (1994) consideran necesario especificar de forma clara la conducta a analizar, ya que no es lo mismo dirigir la intervención al saber usar un condón, a comprar un condón o a traer consigo un condón. Por su parte, el Objetivo, responde a la necesidad de saber lo que se quiere obtener, pues no es lo mismo acudir a una tienda de abarrotes, a una farmacia de autoservicio, a un supermercado o a una condonería, para adquirir condones u otro tipo de medidas que contribuyan a la prevención en la transmisión del VIH (dedales de látex, condones de sabores, etc.). En cuanto al Contexto, éste se refiere a la situación en dónde se pretende llevar a cabo la conducta deseada, esto es, el uso del condón con la pareja estable o con parejas casuales o bien con sexoservidoras. La última variable a considerar es el Tiempo, es decir, el momento en que se ha de dar cierto comportamiento, pues no es lo mismo “usar condón la próxima vez que tenga relaciones sexuales con mi pareja estable” a “usar condón todas las veces que tenga relaciones sexuales anales con mi pareja estable”.

2.10.- Modelo de Reducción de Riesgo.

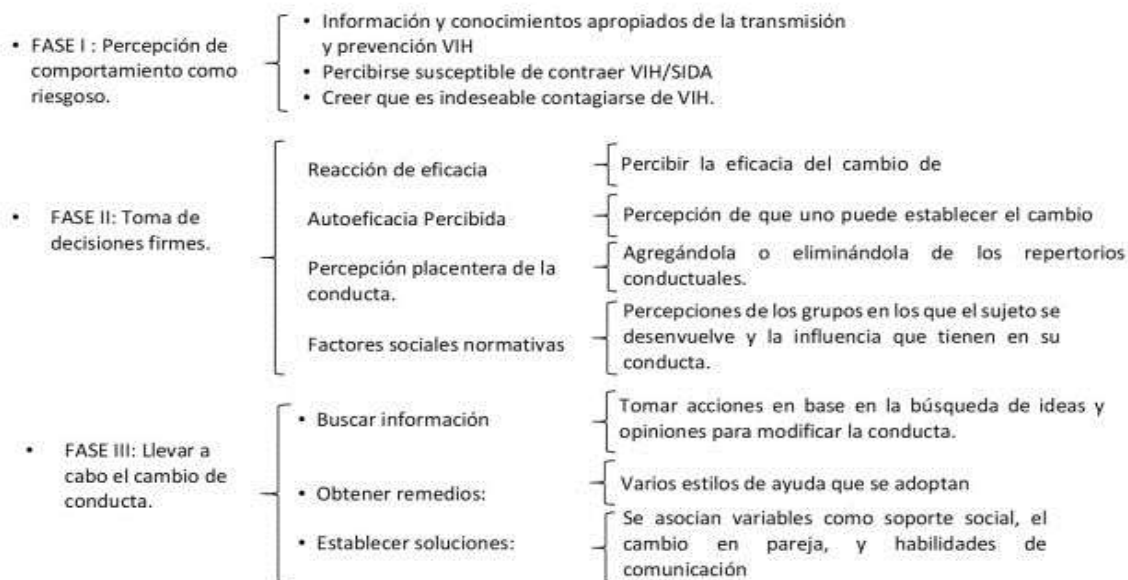
DEFINICIÓN: Modelo de Salud, diseñado para atenuar los comportamientos de riesgo.

OBJETIVO: Tiene como objetivo, disminuir las consecuencias provocadas por mantener relaciones riesgosas y con ellos contraer el VIH/SIDA.

Esto quiere decir que:

- Predice y disminuye la ocurrencia de comportamientos sexuales de riesgos que posibilitan el contagio de VIH/SIDA.
- Percibe el comportamiento como riesgo y reconoce las habilidades personales para reducir el comportamiento.

Se compone de tres etapas en la cuales se cuentan con elementos de MCS, de Autoeficacia, de procesos. Interpersonales y cambio de actitudes:



Sin embargo es necesario tomar en cuenta los patrones culturales y epidemiológicos que existen en cada país, de ser necesario realizar ajustes en el modelo para que su aplicación arroje resultados positivos.

Un ejemplo de esta problemática, es cuando en Estados Unidos se implementa este modelo de salud, y funciona con todas sus estrategias; ya que el gobierno aplico el programa de prevención y fue aceptado por la población. Sin embargo en países afroafricanos, no se obtuvo el resultado esperado, ya que su cultura, contaban con diferentes creencias y el nivel epidemiológico era diferente a los países de Latinoamérica. Por lo mismo se realizó el ajuste necesario para poder implementar el Modelo de Reducción de Riesgos en aquellos países.

A pesar de los esfuerzos por erradicar el virus del Sida a nivel mundial, y ante el fracaso de una vacuna efectiva para su prevención, es como se diseñó este modelo de salud; el cual cuenta con dos áreas en cuanto a su prevención:

- **Prevención Primaria:** Su objetivo es evitar que las personas se infecten con el VIH.

En esta parte, en cuanto no se desarrolle alguna vacuna o tratamiento eficaz, serán necesarios los cambios de comportamiento, de ahí la importancia de desarrollar programas integrales de forma comunitaria en el cambio de conductas y comportamientos, accediendo a información acerca de los medios de transmisión, cambios de actitudes, percepciones y comportamientos de riesgo, motivación de la persona hacia una forma de vida saludable y desarrollo de habilidades sociales cognitivas y emocionales, entre otros.

- **Prevención Secundaria:** Tiene como finalidad la prevención del desarrollo de la enfermedad en aquellas personas seropositivas.

Dentro de esta área, se crean programas de ayuda para personas ya infectadas, facilitando la búsqueda de grupos sociales de apoyo, formales e informales, con el fin de que se les permita a los individuos infectados mantener la salud física y psicológica, desarrollando mecanismos efectivos de afrontamiento de las situaciones de estrés.

En ambas parte entra de lleno el rol del Psicólogo, ya que se verá involucrado en la atención tanto de prevención como en apoyo psicológico de las personas que ya se encuentran infectadas.

Tras un análisis funcional de los comportamientos de riesgo en cuanto al contagio del SIDA, realizado por Bayés (1992) (citado por Chiribeya, Sanchez & Mayor; 1995) se concluye que:

- Los comportamientos de riesgo se acompañan de forma segura e inmediata, de conductas placenteras;
- Las consecuencias negativas que se derivan de esos comportamientos, son sólo probables y siempre a largo plazo;

- La realización del comportamiento no lleva inmediatamente asociado algún signo negativo. Los comportamientos de prevención van seguidos, de forma segura e inmediata por una evitación, aplacamiento o alienación de la consecuencia placentera; las consecuencias positivas intrínsecas de la prevención son sólo probables y a largo plazo;
- No existe una cadena de hechos sensibles que vinculen la práctica de un comportamiento de prevención concreto, con un buen estado de salud a largo plazo.

Conociendo la finalidad del Modelo de Reducción de Riesgo, podemos simplificar que principalmente para una atención de prevención, la persona, sin importar el género, debe ser consciente y aceptar que un comportamiento de riesgo, debe adoptar estrategias para evitar ser contagiado de HIV/SIDA.

En un reporte de investigación, elaborado por Insúa, P.; Grijalvo, J. (2000), se basan en la reducción de riesgos en personas adictas. A pesar que es un estudio enfocado en las adicciones, también hacen mención en la importancia que esto tiene para el contagio del HIV/SIDA.

Entre sus primicias para esta investigación se mencionan las siguientes, que van enfocadas al tema que nos ocupa que es su principal contenido el reducir el riesgo en el contagio de enfermedad por transmisión sexual, las cuales son las siguientes:

- Disminuir la morbimortalidad
- Disminuir la transmisión de la infección por VIH, VHB y VHC en los usuarios de drogas
- Disminuir los riesgos y daños asociados al uso de drogas, así como las conductas sexuales de riesgo entre los consumidores de drogas
- Aumentar la calidad de vida de los usuarios de drogas
- Favorecer la accesibilidad de los usuarios a la red asistencial y a la comunidad de servicios
- Incrementar la retención en los tratamientos
- durante una relación sexual
- Evitar el compartir jeringas.

2.11.- Modelo Integrativo.

La Psicoterapia Integrativa adopta una actitud hacia la práctica de la psicoterapia que declara el valor inherente de cada individuo. Es una psicoterapia de unificación que responde de forma apropiada y eficaz a la persona en el plano afectivo, conductual, cognitivo y fisiológico de su funcionamiento; también trata la dimensión espiritual de la vida.

El término "integrativa" de la Psicoterapia Integrativa tiene varios significados. Se refiere al proceso de integrar la personalidad: asimilar aspectos repudiados, no conscientes o no resueltos de uno mismo y hacerlos parte de una personalidad cohesionada, reduciendo el uso de mecanismos de defensa que inhiben la espontaneidad y limitan la flexibilidad en la resolución de problemas, en el mantenimiento de la salud, y en las relaciones con las personas, con el fin de reincorporarse al mundo con plena capacidad de contacto. Es el proceso de crear la totalidad. A través de la integración, se hace posible para las personas afrontar cada momento abiertamente y de forma espontánea sin la protección de una opinión, postura, actitud, o expectativa formadas de antemano.

La Psicoterapia Integrativa se refiere también a la unión de los sistemas afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico de una persona, con una consciencia de los aspectos sociales y transpersonales de los sistemas que rodean a la persona. Estos conceptos se utilizan dentro de una perspectiva evolutiva del ser humano en la que cada fase vital presenta tareas propias del desarrollo, necesidades, sensibilidades, crisis y oportunidades para un nuevo aprendizaje.

La Psicoterapia Integrativa tiene en cuenta muchos criterios sobre el funcionamiento humano. El enfoque psicodinámico, el enfoque centrado en el cliente, el conductual, el cognitivo, la terapia familiar, la terapia Gestalt, las psicoterapias corporales, las teorías de las relaciones objetales, la psicología psicoanalítica del self y el análisis transaccional son todos considerados dentro de una perspectiva de sistemas dinámicos. Cada uno proporciona una explicación parcial de la conducta y cuando se integran de una forma selectiva con otros aspectos del enfoque del terapeuta, cada uno de ellos gana valor.

Las intervenciones psicoterapéuticas que se emplean en Psicoterapia Integrativa están basadas en las investigaciones sobre el desarrollo evolutivo y en las teorías que describen las defensas auto-protectoras utilizadas cuando se producen interrupciones en un normal desarrollo.

El objetivo de una psicoterapia integrativa es facilitar tal plenitud, que la calidad del ser de la persona y su funcionamiento en las áreas intrapsíquica, interpersonal y socio-política se potencia al máximo con la debida consideración hacia los propios límites personales y las restricciones externas de cada individuo.

Está reconocido, dentro de este marco, que la integración es un proceso con el que los propios terapeutas también tienen que comprometerse. Por lo tanto, hay un foco de atención en la integración personal de los terapeutas. Sin embargo, aunque sea esencial un énfasis en el crecimiento personal del terapeuta, es necesario también que haya una dedicación a la búsqueda del conocimiento en el área de la psicoterapia y sus campos afines. Existe una obligación ética, en particular para los psicoterapeutas integrativos, de dialogar con colegas de diferentes orientaciones y de mantenerse informados de la evolución de este ámbito.

UNIDAD III

INSTRUMENTOS DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD.

Según García-Montalvo un instrumento de evaluación psicológica es “todo aquello que el evaluador puede utilizar como legítima fuente de datos acerca de un sujeto.” En este sentido, un instrumento puede equipararse al vocablo “técnica”. Desde nuestro punto de vista se trata de un concepto más general puesto, que los instrumentos de evaluación psicológica se clasifican en función del distinto tipo de técnicas, entendidas como conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve una ciencia o un arte.

Muchas veces se utiliza indistintamente instrumento, técnica y test, pero no son iguales. Los instrumentos o técnicas pueden ser procedimientos no cuantificados ni tipificados como p. ej la entrevista. Los tests son un instrumento sistemático y tipificado que compara la conducta de dos o más personas. Sin embargo, a cualquier instrumento o técnica de evaluación psicológica se le denomina erróneamente tests psicológico. Pero no todas las técnicas o instrumentos son tests puesto que para serlo precisan estar estandarizados y tipificados. Por el contrario a los tests sí les podemos denominar instrumentos de evaluación psicológica.

Según Cohen y Swerdlik la prueba es un dispositivo o procedimiento de medición diseñado para medir variables relacionadas con la psicología Ej: inteligencia, personalidad... Según Gregory, una prueba es un procedimiento estandarizado para tomar una muestra de conducta y describirla con categorías o puntuaciones.

Gregory utiliza el término prueba como sinónimo de test y señala que las pruebas son sumamente variadas en sus formatos y aplicaciones, contemplando la mayor parte de éstas las siguientes características: procedimiento estandarizado, muestra de conducta, puntuaciones o categorías, normas o estándares y predicción de la conducta fuera de la prueba.

Cronbach define test como “procedimiento sistemático para observar el comportamiento y describirlo con la ayuda de escalas numéricas o categorías fijas”. Por sistemático quiere decir que el examinador recoge la información interrogando u observando a todas las personas de la misma manera y en una situación idéntica o similar. Y añade que un test se considera estandarizado cuando las instrucciones del examinador, los aparatos y las reglas de corrección han sido fijados de manera que las puntuaciones registradas en diferentes ocasiones son completamente comparables.

Solamente puede considerarse test a aquellos instrumentos que están estandarizados y tipificados, y por lo tanto, nos informan de la puntuación de un sujeto en relación a otro o a su grupo de referencia.

Pervin organizó los instrumentos de evaluación en test proyectivos, test subjetivos, test psicométricos y test objetivos. En esta clasificación se utiliza la palabra test para las cuatro categorías sin tener en cuenta si están o no estandarizados y tipificados. Fernández Ballesteros realiza una clasificación en 6 categorías: técnicas de observación, técnicas objetivas, técnicas de autoinforme, la entrevista, técnicas subjetivas y técnicas proyectivas. Esta autora utiliza el término “técnica” para realizar una clasificación de los instrumentos de evaluación, y diferencia entre tests y técnicas de evaluación, e indica que “la técnica de evaluación tan sólo supone dispositivos de recogida de información, sin que necesariamente requiera tipificación de su material o con ella se permitan comparaciones intersujetos”. La entrevista la sitúa aparte debido a que se trata del más importante y extendido de los autoinformes.

Esta misma clasificación de las técnicas de evaluación psicológica la comparten Forns, Abad, Amador, Kirchner y Roig y la relacionan con los distintos modelos de evaluación psicológica:

- Desde una perspectiva biologicista, las técnicas de estudio de la conducta humana son las técnicas objetivas de tipo psicofisiológico.

- Desde una perspectiva psiquiátrica, el estudio de síntomas se realizará con la entrevista dirigida, complementada con el uso de análisis psicofisiológicos, si fuera necesario.
- Las técnicas proyectivas y la entrevista libre son las prioritarias desde posturas psicoanalíticas y psicodinámicas.
- El modelo fenomenológico resalta la importancia de la propia experiencia y vivencias personales, serán utilizadas las técnicas subjetivas y de entrevista no directiva.
- El modelo behaviorista enfatiza el análisis de las conductas objetivables y el uso de la cuantificación, las técnicas apropiadas son la entrevista, la observación, las técnicas objetivas y los autoinformes.

En la actualidad la mayoría de psicólogos tienden a utilizar en el proceso de evaluación psicológica instrumentos desarrollados desde otros enfoques teóricos. Las técnicas de evaluación psicológica también pueden clasificarse en función de su aplicación a lo largo del proceso de evaluación psicológica. A medida que avanza el proceso se seleccionan distintos tipos de instrumentos.

Fernández Ballesteros define el autoinforme como “mensaje verbal que un sujeto emite sobre cualquier tipo de manifestación propia”. Incluye los tests psicométricos entre los autoinformes, ya que suponen un informe verbal sobre la conducta y se consideran tipificados por estar contruidos a través de procedimientos psicométricos, y agrupa a los autoinformes en base a la clase de variable que miden:

- Rasgos, dimensiones o factores de personalidad, como el MMPI
- Estados como el STAI (cuestionario de ansiedad rasgo/estado)
- Repertorios clínicos conductuales que informan sobre la conducta motora, cognitiva y fisiológica consideradas como muestras y no como rasgos intrapsíquicos
- Repertorios, procesos y estructuras cognitivas, que se trata de autoinformes sobre creencias, atribuciones, automensajes o autoinstrucciones que se da al sujeto frente a la situación problema en la que se encuentra o también autoinformes sobre el funcionamiento motivacional del sujeto.

Los principales tipos de autoinformes según Fernández Ballesteros son: la entrevista, los cuestionarios, inventarios y escalas, los autorregistros y los pensamientos en voz alta. Consideramos que a excepción de las pruebas subjetivas y las proyectivas, que utilizan materiales enmascarados, el resto de técnicas pueden llegar a ser un tipo de autoinforme.

Por otro lado, las variables que generalmente miden los cuestionarios, inventarios y escalas son la personalidad, los repertorios clínico-conductuales y de constructos cognitivos y motivacionales. Las técnicas de “pensamiento en voz alta” se aplican en la evaluación de conductas generalmente cognitivas. Así, los autoinformes pueden medir diversos tipos de variables. Debemos aclarar también la distinción entre cuestionario, inventario y escala. El cuestionario incluye una lista de cuestiones o preguntas, por lo tanto la formulación de los ítems se hace siempre con interrogación. Los inventarios se construyen a partir de un listado de ítems en forma de conjunto de frases que representan situaciones, conductas o respuestas a las que el sujeto tiene que contestar con qué frecuencia le ocurren. Y la escala comporta la observación externa.

Las características básicas de clasificación de las técnicas de evaluación psicológica son, según Gregory:

- Procedimientos estandarizados y no estandarizados. Una prueba está estandarizada cuando tiene instrucciones fijas para su aplicación y calificación y se aplica a un grupo representativo de la población, para quienes está especialmente dirigido. En ellas se proporcionan normas o estándares. Las puntuaciones obtenidas se interpretan comparándolas con la muestra de estandarización. Los test estandarizados son pruebas referidas a la norma. Los procedimientos no estandarizados no poseen normas y por tanto no necesita comparar al individuo particular con un grupo de referencia; su objetivo es determinar la posición del sujeto evaluado con respecto a los objetivos. Los no estandarizados son pruebas referidas al criterio.

- Pruebas individuales o grupales. Un instrumento individual sólo se aplica a un sujeto, mientras que las pruebas grupales pueden aplicarse simultáneamente a varios sujetos.
- Pruebas referidas a la norma o a criterio. En la prueba referida a la norma, la puntuación de cada sujeto se interpreta con referencia a una muestra de estandarización, mientras que las pruebas referidas al criterio no necesitan de la comparación con el grupo de referencia, sino determinar la posición de cada sujeto con respecto a un criterio. El centro de atención se coloca en aquello que el examinado puede hacer. Las pruebas referidas al criterio identifican el dominio o falta del mismo del sujeto en relación con conductas específicas.

Forns y cols presentan la siguiente clasificación de las técnicas:

- El grado de estructuración de los estímulos y la respuesta. Una prueba estructurada en el estímulo tiene una única interpretación, mientras que una prueba con menor grado de estructuración ofrece más variedad de interpretaciones.
- El grado de enmascaramiento del objetivo de la prueba. Una prueba no enmascarada deja claro desde el principio los objetivos que persigue, mientras que los instrumentos enmascarados poseen un objetivo distinto del que pretenden aparentar en un principio. En este grupo podemos situar a las técnicas subjetivas y las proyectivas.
- El grado de inferencia interpretativa. Los niveles de inferencia son propuestos por Sundberg, Tyler y Taplin y se refieren a las respuestas que un sujeto emite frente a cualquier dispositivo de evaluación o ante cualquier respuesta del sujeto.

Son cuatro los niveles de inferencia que proponen estos autores y se ordenan de menor a mayor grado de abstracción:

1. nivel I, la conducta del sujeto es entendida como muestra de su comportamiento en la vida real. Supone un nivel mínimo de inferencia,
2. nivel II, la conducta evaluada del sujeto se asocia con otras conductas no evaluadas. Se apoya por tanto en un supuesto de relación,

3. nivel III, la conducta del sujeto expresa la existencia de un atributo subyacente en el sujeto, de carácter intrapsíquicos e inobservable, y
 4. nivel IV, la conducta evaluada es una explicación especulativa a partir de una teoría concreta del psiquismo, y el concepto inferido se integra en una teoría completa. Las pruebas que aceptan un mayor grado de inferencia son las proyectivas y las cognitivas, y las que aceptan un menor grado de inferencia son las conductuales radicales y las conductual-cognitivas.
- El grado de modificabilidad de la respuesta. Se refiere al grado en el que el sujeto puede modificar o alterar su respuesta en la prueba. Así, las pruebas objetivas son las menos susceptibles de ser alteradas, mientras que en las técnicas de autoinforme el sujeto puede falsear con más facilidad su respuesta.

Además de estas agrupaciones, los instrumentos de evaluación también pueden clasificarse según Aikena partir de sus contenidos verbal/no verbal, test de ejecución, o una prueba cognoscitiva o afectiva.

3.1.- Entrevista.

Una entrevista es un intercambio de ideas u opiniones mediante una conversación que se da entre dos o más personas. Todas las personas presentes en una entrevista dialogan sobre una cuestión determinada.

Dentro de una entrevista se pueden diferenciar dos roles:

- Entrevistador: Cumple la función de dirigir la entrevista y plantea el tema a tratar haciendo preguntas. A su vez, da inicio y cierre a la entrevista.
- Entrevistado: Es aquel que se expone de manera voluntaria al interrogatorio del entrevistador.

Existen entrevistas laborales, periodísticas o clínicas. Todas son recíprocas, es decir, en ella el entrevistador plantea un interrogatorio estructurado o una conversación totalmente libre con el entrevistado. Su fin es recolectar determinada información u opinión. Como guía, el entrevistador suele utilizar un formulario o esquema con preguntas.

Tipos de entrevistas

Entrevista estructurada

Una entrevista formal y estructurada se caracteriza por estar planteada de una manera estandarizada; en ella se hacen preguntas que previamente fueron pensadas y que se dirigen a un entrevistado en particular que responde concretamente lo que se le está preguntando. Por esta razón, el entrevistador tiene una libertad limitada a la hora de formular las preguntas, ya que estas no pueden nacer de la entrevista en sí misma, sino de un cuestionario realizado de ante mano.

Entre sus ventajas se encuentran:

- La información es fácil de interpretar, lo que favorece el análisis comparativo.
- El entrevistador no requiere mucha experiencia en la técnica, ya que sigue el cronograma de preguntas.

Sus desventajas pueden ser:

- Esta técnica posee limitaciones a la hora de profundizar en un tema que surja en la entrevista ya que se atiene a un cuestionario predeterminado, lo que no permite que el diálogo fluya naturalmente.

Entrevista no estructurada y libre

A diferencia de la entrevista estructurada, una entrevista no estructurada es flexible y abierta ya que, por más de que exista un objetivo de investigación que rige las preguntas, no se espera que las respuestas posean cierta profundidad o un contenido ordenado.

En este tipo de entrevistas, el entrevistador es el encargado de elaborar preguntas pero (a diferencia de la entrevista formal) no debe seguir un cronograma sobre la forma de llevar las preguntas y su formulación.

Muchas veces la espontaneidad y el periodismo moderno llevan a que se dialogue libremente generando temas de debate surgidos a medida que la charla fluye.

Sus ventajas son:

- Al ser adaptable y libre, se logra un clima ameno que habilita la profundización sobre los temas de interés.
- Permite la repregunta si el entrevistado hizo mención de algún tema de interés.

Entre sus desventajas son:

- Como los temas suelen expandirse, es más costosa de realizar por el tiempo empleado por parte del entrevistador.
- Se requiere una gran técnica e información en el tema a tratar para poder tener argumentos y opiniones que permitan profundizar y dialogar.

Dentro de este tipo de entrevista nos encontramos con la siguiente subdivisión:

- Entrevista en profundidad
- Entrevista enfocada
- Entrevista focalizada
- Entrevistas laborales

En muchos casos, antes de acceder a un puesto de trabajo suelen hacerse entrevistas para conocer al solicitante y saber si posee las aptitudes requeridas para el puesto. Normalmente, antes de acceder a una entrevista de trabajo son solicitados algunos pasos previos, como la entrega de cartas de recomendación o el curriculum vitae. En este tipo de entrevistas suele intervenir la persona que solicita el puesto de trabajo y algún representante de la empresa o institución a la que se desea acceder.

La entrevista laboral puede ser estructurada, cuando se realiza una serie de preguntas que deben ser respondidas; o no estructurada, cuando se trata de un diálogo entre el entrevistador y entrevistado de manera más fluida o natural. Sin embargo, en general suele ser mixta, es decir, el entrevistado responde a ciertas preguntas predeterminadas, pero a su vez son realizadas preguntas abiertas, sin un orden establecido.

Las entrevistas laborales pueden ser individuales o grupales (cuando se entrevista a varios solicitantes de manera simultánea). También existen las entrevistas de tipo panel, en las que hay varios entrevistadores para un solicitante.

Entrevistas periodísticas

Las entrevistas periodísticas son utilizadas como un medio testimonial para dar credibilidad a un cierto reportaje o análisis. Muchas veces sirven como introducción a un tema o como material para una investigación o un análisis determinado.

Estas entrevistas pueden ser previamente programadas o pueden surgir de improvisto (estas son muy utilizadas en el periodismo policial, político y deportivo).

Existen distintos tipos de géneros de esta clase de entrevistas:

- Entrevistas de opinión. Tipo de entrevista en la que se busca conocer las opiniones del entrevistado. Muchas veces no se realizan preguntas, sino solo comentarios para que el entrevistado oriente sus ideas hacia un determinado tópico.
- Entrevistas informativas. Tipo de entrevista en el que el entrevistador intenta conseguir información que desconoce. En ellas, el entrevistador no tiene conocimientos previos del tema, sino que los adquiere a medida que avanza la entrevista.
- Entrevistas interpretativas. Tipo de entrevista en el que el entrevistador tiene conocimientos sobre el tema de discusión y sus preguntas son tanto informativas como interpretativas.

Entrevistas clínicas

Las entrevistas clínicas son aquellas que se dan entre un profesional y un paciente. Su objetivo es obtener una noción de los problemas o patologías que sufre el paciente. En ellas el médico o terapeuta realiza ciertas preguntas y da al paciente indicaciones o aclaraciones.

Este tipo de entrevistas intenta construir una cierta relación entre el médico y el paciente, siempre contando con la confianza y la confianza como base de este vínculo.

Estas entrevistas suelen ser breves y concretas, pero el profesional que formula las preguntas debe tener en cuenta la calidez y sensibilidad humana. De esta manera, el paciente se sentirá cómodo y continuará con sus visitas médicas de manera ininterrumpida. Generalmente, suelen ser encuentros planificados.

3.2.- Cuestionario y pruebas psicológicas.

Las pruebas psicológicas son herramientas o instrumentos de evaluación aplicadas en un individuo para obtener una información determinada en relación a su mente, estableciendo las características psicológicas específicas o los rasgos generales del comportamiento, sin embargo sus enfoques y estructuras pueden variar dependiendo del objetivo y función de dichas pruebas.

En general, estas pruebas logran recopilar información sobre las manifestaciones de la estructura psicológica de la persona. En los casos que los datos sean cuantificables se hace mención a las pruebas psicométricas.

La razón de existencia de las pruebas psicológicas, es para verificar que los datos obtenidos sean realmente fiables y por tanto tomar decisiones referente a los resultado obtenidos por el evaluado, dependiendo del ámbito de aplicación como el académico, laboral o judicial.

Por otro lado se hace una distinción en cuanto al uso de estos instrumentos, tales como la clasificación, diagnóstico y planificación del tratamiento, autoconocimiento, evaluación de programas e investigación.

Tipos de pruebas psicológicas

Las pruebas psicológicas pueden ser muy variadas y su clasificación depende desde la perspectiva a considerar, es por ello que en este caso nos centraremos en primer lugar, en los tipos de pruebas a nivel estructural.

- **Pruebas escritas**

Se asocian a los cuestionarios, exámenes escritos, test, entre otros. Los cuales varían en principio por su objetivo o función.

- **Pruebas orales**

Estas pruebas se realizan con un instrumento conocido como la entrevista para así conocer las actitudes o comportamiento del individuo a evaluar, evaluándose la capacidad de desenvolvimiento y respuesta en situaciones bajo presión.

- **Preguntas abiertas**

Caracterizado por la fluidez de la conversación a medida que el examinador dirija dicha entrevista, permitiendo al examinado tocar temas de interés, asociados a la prueba psicológica.

En algunos casos es recomendado su aplicación, ya que es viable observar el comportamiento natural del individuo, sin embargo el examinador debe aplicar las estrategias necesarias para mantener una postura lo mayormente objetiva o con un mínimo de sesgo, y así recopilar datos confiables.

- **Preguntas cerradas**

Como su nombre lo señalan las preguntas aplicadas en la prueba psicológica son definidas y cerradas, por tanto solamente se debe atender a las preguntas que sean señaladas en el orden previamente establecido.

Se recomienda en los casos en que se prefiere conocer una información puntual o específica sobre el evaluado, aprovechando cada minuto de la entrevista o cuestionario a aplicar.

Es importante mencionar que las pruebas no necesariamente son realizadas de forma individual, al igual se pueden considerar los test colectivos, aunque este último a pesar que puede ser muy rentable para las empresas o instituciones, en algunos casos se hace una crítica debido a la pérdida de información en relación al individuo, haciendo mucho más complejo el proceso de evaluación por parte del especialista o profesional encargado.

Clasificación según Pervin

Si bien existen distintas clasificaciones, aunque con la emitida por el investigador Pervin, en la actualidad es considerada como una de las más aceptadas.

Pruebas psicométricas

A través de este tipo de evaluación es posible generarle un valor cuantificable a características de rasgos cualitativos, dependiendo de un parámetro establecido por el instrumento psicométrico a aplicar.

Entre los aspectos que pueden ser evaluados mediante las pruebas psicométricas se encuentra el coeficiente intelectual, memoria, atención, comprensión lectora, entre otros.

Pruebas objetivas

Son altamente estructuradas, basadas en las correlaciones fisiológicas, a los fines de medir un elemento determinado. Entre los test objetivos más utilizados se encuentra:

- Test cognitivos: Evaluación de la concentración o percepción.
- Test motores: Evaluación de las respuestas musculares en función de los estímulos emitidos.
- Test psicofisiológicos: Se evalúa tanto la conducta como el físico del individuo.

Pruebas subjetivas

Son utilizados para medir ciertos aspectos de la personalidad, mediante la activa participación del evaluado, en el que describe sus propias vivencias en base a ciertos ítems de preguntas o situaciones presentadas.

Pruebas proyectivas

En comparación con las pruebas psicométricas, las evaluaciones proyectivas son menos estructuradas, en el que hay una apertura propia del instrumento para así conocer los rasgos de personalidad más internos del individuo.

Sus campos de aplicación están asociados al nivel escolar, clínico y en algunos casos forenses.

Las más utilizadas son:

- Pruebas estructurales: El paciente es quien le da el sentido a una determinada cantidad de materiales visuales.
- Pruebas temáticas: Se solicita la narración de una historia partiendo de un material presentada en ciertas láminas.
- Pruebas expresivas: El sujeto de estudio se encarga de dibujar un elemento específico.
- Pruebas constructivas: Se construye un elemento determinado partiendo de piezas proporcionadas por el evaluador.
- Pruebas asociativas: Se plantea al sujeto la asociación de algunas palabras de acuerdo a un estímulo determinado.

3.3.- Observación directa.

La observación directa es un método de recolección de datos sobre un individuo, fenómeno o situación particular. Se caracteriza porque el investigador se encuentra en el lugar en el que se desarrolla el hecho sin intervenir ni alterar el ambiente, ya que de lo contrario los datos obtenidos no serían válidos.

Este método de recolección de datos, denominado también investigación primaria, se emplea en ocasiones en las que otros sistemas (como encuestas, cuestionarios, entre otros) no son efectivos.

Al momento de realizar la observación directa, se puede proceder de dos maneras: de forma encubierta (si el objeto no sabe que está siendo observado) o de forma manifiesta (si el objeto es consciente de estar siendo observado).

Sin embargo, el segundo método no es utilizado en ciertos contextos como por ejemplo al analizar comportamientos humanos, ya que las personas podrían actuar de manera diferente por el hecho de estar siendo monitorizado.

Características de la observación directa

No intrusiva

La observación directa se caracteriza por ser no intrusiva. Esto quiere decir que el objeto observado se desenvuelve sin ser molestado por el observador.

Por esto, los datos obtenidos a través de este método son reconocidos y tienen renombre en el área de la investigación.

No participación del observador

En la observación directa, el observador adopta un papel de bajo perfil como si se tratase de una mosca en la pared. Por este motivo, no debe hacer sugerencia ni comentarios a los participantes.

Duración larga

Los estudios de observación directa suelen durar más de una semana. Esto se hace por dos motivos. En primer lugar, para garantizar que el objeto se sienta cómodo con el observador y actúe naturalmente.

En segundo lugar, para poder obtener todos los datos necesarios para la investigación que se lleva a cabo.

Resultados objetivos y subjetivos

Los resultados obtenidos a través de este método pueden ser tanto objetivos como subjetivos.

Los objetivos involucran cifras (por ejemplo, el tiempo que le toma al objeto hacer cierta actividad), mientras que los subjetivos incluyen impresiones (por ejemplo, la ansiedad que cierta actividad generó en el objeto).

La observación directa puede ser de dos tipos: encubierta y manifiesta. La observación encubierta es la más empleada de las dos. Dicho método consiste en observar el objeto sin que este sepa que está siendo observado.

Observación manifiesta

La observación manifiesta se da cuando se le informa al objeto que está siendo observado. Este método no se emplea con frecuencia porque se podría producir el “efecto Hawthorne”. Este efecto consiste en que las personas pueden llegar a comportarse de manera diferente cuando son conscientes de que están siendo observadas. Entonces, los datos obtenidos no serían confiables.

Otros autores señalan que la clasificación directa puede ser libre o estructurada. Es libre cuando no se sigue un formato específico. En este caso, el investigador recoge las observaciones pero no les da un orden determinado.

Observación estructurada

Por su parte, es estructurada cuando se preparan situaciones distintas con el fin de observar cambios en el comportamiento del objeto. En este caso, el investigador agrupa las impresiones obtenidas, facilitando el análisis posterior de los datos.

Cuando se observa más de un objeto, se suele preferir la observación estructurada, ya que esta permite comparar los resultados arrojados por cada uno de los observados.

Elementos necesarios en la observación directa

Actitudes

En ocasiones, el proceso de observación puede durar semanas. Por lo tanto, el elemento principal de este método de recolección es el compromiso, tanto por parte del observador como por parte del observado.

Además del compromiso, son importantes la paciencia y la perseverancia. Puede darse que en las primeras sesiones de observación no se recolecten datos de relevancia para la investigación. No obstante, es necesario continuar si se quiere dar una conclusión adecuada al estudio.

Equipo técnico

Dependiendo del tipo de investigación que se esté ejecutando, puede ser necesario disponer de un equipo de grabación de audio y vídeo.

El análisis de las grabaciones requiere más trabajo por parte del investigador. Sin embargo, representa una ventaja que constituye un récord permanente de los datos recolectados.

Posibles permisos

Por último, es necesario contar con la aprobación no solo de las personas observadas sino también de la institución en la que se lleva a cabo el estudio. En caso de que los objetos sean menores de edad, también es importante contar con el permiso de los representantes.

Realizar observaciones sin el consentimiento de los participantes acarrea problemas éticos que ponen en duda los resultados de la investigación. Incluso podría generar problemas legales.

Factores a tomar en cuenta cuando se hace la observación directa

Existe una serie de factores que podrían afectar los resultados obtenidos. Si el objeto de estudio sabe que está siendo observado, hay que tomar en cuenta la relación entre el observador y el observado: ¿tienen una relación o son desconocidos?

Si tienen una relación, el objeto podría sentirse cómodo, pero si son desconocidos podría sentirse intimidado.

Por otra parte, tanto si el objeto conoce o desconoce que está siendo observado, hay que considerar la imparcialidad del observador: ¿este tiene algún motivo para alterar los resultados obtenidos o, por el contrario, es imparcial?

¿Cuándo se emplea la observación directa?

La observación directa se emplea cuando se desea estudiar el comportamiento de una persona o de un grupo de personas en una situación determinada.

En ocasiones, la situación es natural y es el observador quien se introduce en el ambiente del observado. En otros casos, la situación es recreada por los investigadores, de modo que el observado se introduce en un ambiente artificial.

El primer caso se da principalmente en estudios sociales. Un ejemplo de esto sería el análisis del comportamiento de los estudiantes de secundaria.

El segundo caso se da más que todo en estudios comerciales. Por ejemplo, cuando se desea lanzar un producto nuevo al mercado, se hace una observación directa para establecer la reacción de la población ante el producto.

3.4.- Autoobservación y Auto registro.

Gran parte de la superación personal está en la Auto-Observación, que desde el punto de vista psicológico, consiste en tomar conciencia de las actitudes y respuestas automatizadas que todos tenemos ante las circunstancias cotidianas de la vida. La auto-observación es entonces la capacidad de descubrir nuestra verdadera naturaleza y comenzar a tomar conciencia de nosotros mismos es la clave de la superación personal.

La mayoría de las personas, cuyos ejemplos están en la vida cotidiana; viven automatizadas, es decir; realizan sus actividades de manera automática, sin observar realmente lo que están haciendo. Como por ejemplo manejar un auto, hacer cuentas, ver la televisión o inclusive hablar por teléfono, las cuales desencadenan en cometer errores, auto-regaños y represiones.

La auto-observación es la herramienta para comenzar a generar cambios de manera positiva en todas las actitudes y formas de responder ante la vida. Así mismo auto observarse no significa auto-criticarse, por el contrario brinda un enfoque positivo que permite darnos cuenta de conductas y patrones repetitivos que no son de ayuda. Incluso, la autocrítica y el regaño propio pueden ser en sí mismos conductas negativas que debes observar para poder cambiar. En muchas personas, el auto regaño es ya un común denominador que nunca observan por ser automático.

Así, la observación la propia conducta y pensamientos es una invitación a tomar conciencia, a darnos cuenta de lo que hemos dado por sentado durante años y que nos ha traído hasta donde estamos ahora. Como primer paso en la superación personal, es importante tomar conciencia y observarnos sin criticar.

El psicólogo social Mark Snyder propuso en los años 70 el concepto de auto-observación, que frecuentemente también se traduce de forma literal como “automonitorización”. Estos términos hacen referencia al grado en que las personas supervisamos y controlamos nuestro comportamiento y la imagen de nosotras mismas que proyectamos en situaciones sociales. Completando la Escala de Auto-Observación que desarrolló el propio Snyder u otros instrumentos de autoinforme similares se puede obtener una puntuación relativa al nivel en que un individuo monitoriza su conducta. Se han identificado diferencias relevantes entre el conjunto de personas con puntuaciones altas en auto-observación y las que tienen un nivel bajo.

En este sentido la auto-observación puede ser considerada un rasgo de personalidad que haría referencia a la capacidad o a la preferencia de una persona por adaptar el comportamiento al contexto social en el que se encuentra. Se trata, por tanto, de un término muy cercano al de “espontaneidad”, aunque específico de las situaciones de interacción social.

En el año 1974 apareció la Escala de Auto-Observación de Snyder, un instrumento de autoinforme que evalúa el grado de automonitorización. Este test constaba originalmente de 25 ítems, correspondientes con afirmaciones asociadas a las facetas de la auto-observación; más adelante el número se redujo a 18 y mejoraron las propiedades psicométricas.

Si se utiliza la escala original de Snyder se considera que son bajas las puntuaciones de entre 0 y 8, mientras que son altas si se encuentran entre 13 y 25. Las puntuaciones intermedias (entre 9 y 12) indicarían un grado medio de auto-observación.

Algunos ejemplos de ítems son “No siempre soy la persona que parezco ser”, “Me río más cuando estoy viendo una comedia con otras personas que si estoy solo/a” o “Raramente soy el centro de atención en los grupos”. Estas frases deben contestarse como verdaderas o falsas; algunas de ellas puntúan positivamente, mientras que otras lo hacen de forma negativa. Distintos análisis factoriales que se llevaron a cabo en la década de 1980, época en que la Escala de Snyder fue especialmente popular, sugirieron que la auto-observación no sería un constructo unitario, sino que estaría compuesto por tres factores independientes: la extraversión, la orientación hacia otros y el grado en que se actúa o se representan roles sociales.

La Terapia Cognitiva considera que en numerosos padecimientos, la persona se ve envuelta en problemas debido a su falta de registro de lo que ocurre. Una pobre capacidad de observación de que ciertas cosas acontecen en determinados momentos y bajo ciertas circunstancias es un factor que predispone altamente a verse involucrado en dificultades.

Los terapeutas cognitivos suelen instruir a muchos de sus pacientes a realizar observaciones metódicas y sistemáticas sobre algunos aspectos del problema que los aqueja o sobre algunas maneras de comportarse. Uno de los muchos ejemplos en que se utiliza esta técnica es en personas que presentan quejas o dolores físicos, donde los exámenes médicos descartan un problema orgánico.

Existen varias técnicas de autoregistro. El paciente puede recibir la instrucción de observar cuándo le ocurre algo, en qué circunstancias, con qué frecuencia, etc. En todos los casos, estos métodos de autoobservación tienen la propiedad de incrementar la capacidad del paciente de controlar los fenómenos perturbadores. Autoobservar es una manera de lograr una mayor distancia y, por ende, de disminuir el peso negativo de los síntomas. Se trata de uno de los ejemplos más característicos de tareas intersesión.

El autorregistro es una técnica muy utilizada en la terapia psicológica en general. En ocasiones, cuando se hace uso de ella no se le saca todo el partido que deberíamos; esto puede pasar, entre otras cosas, porque no logramos explicar claramente al paciente lo importante que resulta para ambos elaborar un buen autorregistro.

Paso a explicar lo más brevemente posible la importancia de realizarlo correctamente.

El ser humano es una especie que siempre busca el sentido a las cosas, siempre buscar un por qué, una explicación a los acontecimientos. Las personas sanas psicológicamente atribuyen lo bueno que les pasa a sus capacidades, su esfuerzo y trabajo; mientras que las situaciones negativas o lo malo lo atribuyen al azar o a la suerte. ¿Por qué hacemos esto? Primero porque tenemos una autoestima que proteger; y segundo, porque no somos capaces de no dar explicación a todos los acontecimientos.

Dependiendo de a qué atribuyamos los acontecimientos nos sentiremos de una forma u otra. Es decir, dependiendo de cómo pensemos así nos vamos a sentir, y así actuaremos.

El estrés es una respuesta innata del organismo, es la preparación a nivel fisiológico ante situaciones amenazantes. Todos los animales tienen estrés. El ciervo se estresa cuando ve que un león va detrás de él. El organismo antes esas situaciones amenazantes se prepara para luchar o para huir.

Lazarus y Folkman (1984), a través de su Teoría de la Evaluación Cognitiva, explicaron el proceso mental que tiene influencia sobre los factores de estrés.

Lazarus afirmó que la evaluación cognitiva se produce cuando una persona tiene en cuenta dos factores principales ante la situación de estrés:

1. La tendencia amenazadora del estrés en ese individuo.
2. La evaluación de los recursos necesarios para minimizar, eliminar o tolerar la situación que está provocando ese estrés.

Ante una situación amenazante, la persona realiza una serie de evaluaciones automáticas a modo de pensamiento (automáticas porque esa evaluación es muy rápida en el tiempo y es casi imperceptible para la persona a nivel consciente).

La evaluación primaria de esa situación responde a la pregunta “¿Cómo es la situación?” para la que hay tres respuestas diferentes:

- “Esto no es importante”.
- “Esto es bueno”.
- “Esto es malo o estresante”

Pongamos un ejemplo: de repente cae en tu ciudad una lluvia torrencial que no cesa. Podrías pensar:

- “Me da igual si llueve o no, no tengo planes de ir a ningún sitio”.
- “Qué bien que llueva hoy, no tengo que levantarme temprano, ni ir a ningún sitio y así aprovecho para leer mi libro favorito”.
- “¡¡No me puedo creer que llueva justo el día de mi boda!!”

Después de realizar esta primera valoración, automáticamente nuestra mente clasifica si esa situación constituye una amenaza, un desafío o un daño/pérdida. Es obvio que, dependiendo de cómo valoremos la situación, responderemos de una u otra forma.

- **Amenaza:** significa ver la situación como un claro daño futuro, evalúa que no dispone de los recursos o habilidades necesarias para enfrentarse o huir del problema.
- **Desafío:** aparecerá una respuesta positiva, es “crecerse ante la adversidad” y hacer frente al problema. Existe la posibilidad, al contrario de la amenaza, de evitar el daño porque la persona evalúa que tiene los recursos o habilidades necesarias para enfrentarse al problema.
- **Daño/pérdida:** la respuesta de estrés aparece después de experimentar una situación de daño. Requiere de una respuesta posterior al hecho. Se acerca más a la aceptación de lo que ha pasado y respuesta ante la nueva situación.

Simultáneamente a toda esta evaluación, que sucede en milisegundos, también se produce la “evaluación secundaria”, relacionada con los pensamientos específicos que experimentamos ante esas situaciones. Tales como: “puedo conseguirlo si me esfuerzo más” o “no puedo hacerlo, sé que fallaré”.

Para poder conocernos y entender por qué actuamos como actuamos y por qué nos sentimos más tristes o ansiosos necesitamos realizar una actividad muy importante: el autorregistro.

Si registramos lo que sucede, lo que pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos al respecto estaremos entendiendo nuestro modo automático de actuar y podremos tomar control de la situación y, lo más importante, de nuestro comportamiento y emociones.

El azar no se puede controlar por lo que si atribuimos al azar el hecho de estar bien o mal seremos un sujeto pasivo (que ve pasar la vida delante de sus ojos), en nuestra vida reinará la sorpresa y pensaremos “como no lo puedo controlar, volverá a ocurrir”, un pensamiento muy relacionado con la ansiedad anticipatoria.

Es cierto que no podemos controlar todo, y eso también lo tenemos que aceptar. Pero ni podemos controlarlo todo ni podemos tener todo descontrolado.

Si realizamos el autorregistro podremos analizar de qué situación inicial partimos, qué nos pasa por la cabeza ante esa situación, qué sentimientos nos provoca ese pensamiento y cuál es la consecuencia (o conducta) que aparece después de ese sentir/pensar. A raíz de esto podremos tomar medidas y cambiar la perspectiva de forma que aumentemos los días que estamos bien y disminuyamos los días que estamos mal. Además, nos sentiremos con el control y con los recursos para enfrentarnos a las situaciones temidas.

El autorregistro (Beck, 1976) es una técnica utilizada en la Terapia de Reestructuración Cognitiva que consiste en identificar y cuestionar los pensamientos negativos o desadaptativos que producen malestar, para sustituirlos por otros pensamientos más apropiados que generen una emoción positiva.

Hay diferentes formas de elaborar un autorregistro. Un ejemplo puede ser:

SITUACION	RESPUESTA COGNITIVA PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	RESPUESTA FISIOLÓGICA	RESPUESTA MOTORA Y RESULTADO
Dónde se produce el comportamiento anómalo día, lugar, hora	Pensamientos que te vienen a la cabeza	Reacciones físicas que aparecen en tu cuerpo	Qué haces, nº de repeticiones

UNIDAD IV

AREAS DE APLICACIÓN.

A nivel general podemos clasificar los ámbitos de aplicación de la Psicología de la Salud en 4 grupos: promoción, prevención, evaluación – tratamiento – rehabilitación y análisis (o mejora) del sistema.

Cuando un profesional de psicología ejerce en actividades de promoción esto hace referencia a informar y educar en temáticas relevantes de salud a los pacientes, como por ejemplo: salud sexual y reproductiva, vacunas, entre otros. Además de esto busca potenciar y/o fortalecer los factores protectores (es decir todo aquello aspecto que permita evitar que una persona se enferme), junto con la generación de estilos de vida saludable, participación en salud ambiental y políticas ciudadanas.

Respecto a la prevención como su nombre lo indica la idea es identificar aquellos factores que pueden producir algún problema de salud, pero que pueden evitarse; algunos de estos pueden ser: sedentarismo, consumo de cigarrillo, problemas emocionales, etc. Todo esto se realiza a través de: control de variables actitudinales, motivacionales y emocionales; modificar conductas de riesgo y/o condiciones poco saludables del entorno, detección temprana de problemas y prevención de recaídas.

El tercer ámbito de aplicación de esta rama es la evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos como enfermedades cardiovasculares, endocrinos, alimentarios, cáncer, neuromusculares, renales, entre otras. Abarcando a nivel general cualquier condición de salud de naturaleza crónica y/o terminal, es decir toda aquella enfermedad que requiera un manejo permanente durante el resto de su vida o aquella condición patológica que en algún momento puede producir al muerte de la persona.

Finalmente el cuarto ámbito de aplicación de la Psicología de la Salud es el análisis y mejora del sistema de atención en salud, en el cual el profesional vela por analizar la atención que se realiza a nivel del sector salud, estudia qué se puede mejorar, educa a los usuarios en el uso adecuado del sistema de salud de la entidad y forma a los profesionales asistenciales, administrativos y otros en ciertas habilidades específicas que permiten que el usuario se sienta satisfecho con el servicio, por ejemplo la humanización en servicios de salud.

Hay áreas de la medicina y de la psicología que se relacionan con la psicología de la salud aunque abordan aspectos diferentes, son las siguientes:

Medicina psicosomática:

Al contrario de lo que ocurre con la psicología de la salud, esta disciplina se centra en el tratamiento de la enfermedad.

Psicología médica:

Estudia los factores psicológicos relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Se diferencia de la psicología de la salud en que esta pone la salud como objeto y la psicología médica lo hace como enfermedad

Medicina conductual:

Se centra en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y la psicología de la salud apuesta por la promoción de la salud.

Psicología clínica:

Es difícil diferenciar la salud clínica de la psicología de la salud puesto que muchos expertos sostienen que la de la salud incluye en la clínica, aunque el único aspecto que no contempla esta última es la prevención.

4.1.- Información y educación sanitaria.

El **sistema sanitario** se encuentra compuesto por todas aquellas organizaciones que se ocupan de prestar servicios de tipo sanitario, entre ellos, hospitales, profesionales especializados en la salud como ser médicos, enfermeras, entre otros, funcionarios, centros de atención de salud y los servicios de salud pública y también por aquellos otros actores, tal es el caso de redes, sectores, ministerios, instituciones especializadas y organizaciones que ostentan una concreta y específica función e influencia en el área de la salud de una nación.

La misión primordial que cumple el sistema sanitario de una nación, independientemente de por quien este manejado, gestionado o administrado, es la promoción, **mantenimiento** y restauración de la salud de su país.

Este tipo de sistema presenta amplias diferencias ya sea que se encuentre en un país o en otro.

Los sistemas sanitarios según se trate de una economía desarrollada o subdesarrollada

Por ejemplo, a instancias de un país con poco desarrollo y crecimiento en todo nivel, subdesarrollado, el sistema sanitario seguramente presentará deficiencias graves a la hora de resolver los problemas de salud de sus habitantes, y asimismo no podrá ofrecerles ni promoción ni mucho menos tratamientos, porque claro, lo que más falla en estos escenarios es la ausencia de aparatología destinada al **diagnóstico** y al tratamiento así como también profesionales de la salud avezados, y también suele producirse una carencia en materia de insumos y medicamentos.

Otro punto imposible de soslayar en este sentido son las condiciones edilicias deficientes que presentan muchos hospitales públicos, con ascensores que no funcionan, ausencia de camas, y por supuesto la falta de mantención que genera que la estructura esté venida a menos.

Pensemos en lo que está sucediendo hoy día en Venezuela, la tremenda crisis económica, **política**, y social que atraviesa dicho país del caribe ha disminuido a un nivel crítico la atención en materia de salud.

No solamente escuchamos y vemos a los venezolanos quejarse por la falta de insumos en los hospitales sino también de la atención que reciben en los centros de salud. Muchos, incluso, están viajando a otros países de la región para hacerse atender de sus afecciones.

Una cara totalmente diferente es la que se presenta en los países desarrollados y que destinan grandes partidas presupuestarias al área de salud.

Obviamente dinero que es bien aplicado y que llega a los lugares y manos que debe hacerlo para que el sistema sanitario sea bueno y pueda responder en todos los aspectos a las demandas de los pacientes.

Clases de financiamiento del sistema

Existen diversas maneras de financiamiento y gestión de los sistemas sanitarios y aunque deberían ser comparados y diferenciados en función del enfoque político que cada cual presente, se los suele diferenciar en torno al financiamiento que presentan, privado, público, mixto, es decir, una mezcla de intereses públicos y privados o por entidades sin fines de lucro.

Mientras tanto, los sistemas sanitarios se encuentran integrados además por diversos sub sistemas como son: el financiero, la administración de recursos humanos, política y estructural.

Si bien en algunos países, lamentablemente, tal situación no se cumple, la idea es que todos los sistemas de atención sanitaria, cualquiera sea su política y financiación, practiquen y breguen por principios tales como la accesibilidad, la solidaridad, eficiencia, universalidad, eficacia y la ética.

En la mayoría de los países desarrollados y aún en aquellos que se encuentran en vías de ello, la asistencia sanitaria, se provee a todos los individuos, sin distinciones, respecto de sus capacidades de pagar o no, aunque, de todas maneras, resulta ser una realidad corriente y lamentable, especialmente en los países subdesarrollados, que además coexista un sistema de atención sanitaria privado como consecuencia de la falta de eficiencia que presenta el sistema sanitario público, algo que ya comentamos tendidamente líneas arriba.

La salud privada

Así es que los sistemas prepagos de salud nacen en estos lugares para contrarrestar la deficiencia que presenta el sistema sanitario regulado y financiado por el estado. A cambio el afiliado debe abonar mensualmente una cuota para poder obtener esa atención más bien personalizada, rápida, y en centros que le ofrecen mayor confort que los hospitales públicos, que como indicáramos, en los países con problemáticas en esta área se encuentran ciertamente devastados y faltos de mantención.

4.2.- Control de actitudes.

“Es una tendencia psicológica expresada evaluando un ente determinado con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad”

Este ente es el objeto de actitud que puede ser cualquier cosa que sea susceptible de ser valorada. La valoración de un objeto de actitud depende de varios factores. Los objetos de actitud pueden ser concretos, abstractos, ideas, opiniones, conductas, personas o grupos.

El papel de las actitudes es muy importante en distintos procesos psicológicos que están relacionados con diferentes dominios de análisis de la Psicología Social: individual, interpersonal, grupal y social.

Si clasificamos a una persona de acuerdo con alguna de sus actitudes, también inferiremos que tiene una serie de actitudes relacionadas. A una persona ecologista es fácil que le atribuyamos actitudes en contra de la fabricación de armas o en contra de la globalización.

Los prejuicios y las ideas abstractas también son actitudes.

¿Qué son las Actitudes?

Definición de actitud

“Es una tendencia psicológica expresada evaluando un ente determinado con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad”

Este ente es el objeto de actitud que puede ser cualquier cosa que sea susceptible de ser valorada. La valoración de un objeto de actitud depende de varios factores. Los objetos de actitud pueden ser concretos, abstractos, ideas, opiniones, conductas, personas o grupos.

La base de las actitudes

Las actitudes se basan en 3 tipos de componentes:

Componente cognitivo: Creencias y conocimientos

Componente afectivo: Sentimientos y emociones

Componente conductual: Experiencias en comportamientos anteriores

Cada uno de estos componentes pueden constituir la estructura que da origen a una determinada actitud, favorable o desfavorable, hacia un objeto.

No es necesario que los 3 componentes estén separados o unidos en la valoración del objeto.

Se puede tener la creencia de que el sushi es muy sano (componente cognitivo) pero no poder comerlo (componente afectivo). En este caso en el que los componentes no son consistentes entre sí, decimos que las actitudes son ambivalentes. Se trata de una ambivalencia actitudinal.

El conjunto de las valoraciones que se hacen de un objeto constituyen la evaluación final que hemos definido como actitud

La magnitud de una actitud depende de su valencia (positiva o negativa) y de su intensidad (grado o extremosidad de esa valencia). La intensidad o fuerza de una actitud depende de las siguientes variables:

1. a) Importancia de la actitud para esa persona
2. b) Intensidad o extremosidad de su evaluación
3. c) Conocimiento del objeto de actitud
4. d) Accesibilidad de la actitud (facilidad de activación de la actitud en la mente de la persona)

Cuanto más extensa es una actitud, más persistente es en el tiempo, más resiste al cambio y más influye en la conducta.

La medida de las actitudes se puede clasificar en 2 grandes bloques: medidas explícitas e implícitas:

Medidas explícitas (la medición es explícita cuando se pregunta directamente a la persona)

Tradicionalmente las actitudes se han medido mediante procedimientos de autoinforme.

Tipo Likert: La persona manifiesta su grado de acuerdo o de oposición con una serie de enunciados. La medida de la actitud se obtiene a partir de la suma de todos los ítems.

Diferencial semántico: Consiste en una serie de escalas bipolares definidas por dos características opuestas, una positiva y otra negativa, en las que se pide a la persona que señale un punto intermedio.

Hay temas difíciles de medir ya que las personas tienden a responder en función de lo aprobado socialmente (cuestiones sobre inmigrantes o sobre igualdad de géneros). En estos casos se emplean procedimientos que impiden que los sujetos sean conscientes del objetivo de medida de la investigación.

Para medir este tipo de actitudes se utilizan medidas implícitas:

- a) Observación de conductas no verbales
- b) Medidas fisiológicas
- c) Medidas basadas en la latencia de respuesta.

Funciones de las Actitudes

Función de conocimiento

Nos ayudan a comprender nuestro entorno y a darle significado. La división en positivo y negativo nos permiten diferenciar entre lo que es beneficioso y dañino para cada individuo. Influyen en el procesamiento de la información, siendo esta influencia más potente cuanto más fuerte es la actitud.

Las actitudes sesgan el procesamiento de la información porque:

- a) Seleccionan lo que se procesa (atención)
- b) La interpretación de lo que se procesa tiende a hacerse congruente con la actitud previa (percepción)
- c) Tratamos de ignorar la información que es incongruente, por lo que la información congruente con las actitudes se almacena en la memoria que la incongruente.

Función instrumental (función de ajuste o utilitaria)

Las actitudes pueden servir a la persona para obtener refuerzos o evitar castigos. Clasifica los objetos de actitud de acuerdo a los resultados que proporcionan. Mostrar una actitud favorable hacia un grupo de música puede ser útil para un adolescente para integrarse en un grupo de amigos.

Función defensiva del yo

Las actitudes también pueden contribuir a aumentar la autoestima. Culpar a los inmigrantes por el hecho de encontrarme en el paro.

Función expresiva de valores

Expresar públicamente actitudes que son centrales en su sistema de valores permite a la persona mostrar creencias que le sirven de principios generales. De este modo pueden servir para reafirmar aspectos importantes del auto concepto (autoafirmación).

Una misma actitud puede cumplir diferentes funciones para distintas personas y una misma actitud puede servir para varias funciones a una misma persona.

Origen de las Actitudes

Tienen sus raíces en el aprendizaje social, ya que se aprenden, se expresan y se modifican en contextos sociales. Sin embargo también tienen una base biológica:

Influencias biológicas

- Muchas actitudes pueden estar influenciadas por aspectos genéticos para favorecer la supervivencia (fobia a las serpientes o afición por el dulce o las grasas).
- Diferencias biológicas en el temperamento de cada persona también predisponen hacia determinadas actitudes, (deportes de riesgo)

Sin embargo, no sólo los factores genéticos explican totalmente la formación de actitudes en un individuo, ya que los factores de socialización también intervienen.

El efecto de mera exposición

Este fenómeno es el aumento de la favorabilidad hacia un estímulo inicialmente neutro al aumentar la exposición repetida al mismo. (la música que nos gusta más cuando la hemos oído repetidas veces)

Lógicamente, si existe una actitud negativa previa hacia el objeto, las exposiciones repetidas aumentan la negatividad de la evaluación. Por otra parte, la repetición exagerada puede llevar a una especie de hartazgo que no favorecería, precisamente, una actitud positiva, sino todo lo contrario.

Condicionamiento de las evaluaciones, aprendizaje e imitación

Las actitudes se pueden formar y modificar por condicionamiento clásico. Nos puede llegar a gustar algo porque la exposición a ese objeto está apareada con experiencias que provocan un afecto positivo; o desagradar porque esté asociado a estímulos que provocan un efecto negativo.

La investigación sobre condicionamiento de las actitudes, o condicionamiento evaluativo, demuestra que los procesos implicados no son exactamente iguales que los del condicionamiento clásico.

El condicionamiento evaluativo tiene las siguientes características:

1. a) Es duradero y resistente a la extinción
2. b) Puede producirse incluso con una única asociación
3. c) No es necesario que la persona sea consciente de la asociación entre estímulos incondicionado y condicionado.

Ignorancia pluralista: Tendencia a creer erróneamente que conocemos lo que pasa por la mente de los demás y cuáles son sus actitudes. Como consecuencia muchas veces acabamos actuando en contra de nuestra actitud porque creemos que eso es lo que quiere la mayoría. Demostrar privadamente estar en contra del consumo exagerado de alcohol pero defenderlo públicamente ya que se piensa que el resto de los integrantes del grupo también lo defienden.

4.3.- Generación de hábitos para una vida sana.

La relación entre los hábitos saludables y el estrés que padece una persona es interactiva; es decir, hábitos y estrés son factores relacionados con la salud física y psicológica que se afectan mutuamente: mantener un buen cuidado del cuerpo supone un gran recurso para controlar el estrés; sin embargo, en períodos prolongados de estrés, tendemos a cuidarnos menos:

- Se dedica poco tiempo a las conductas relacionadas con alimentarse bien; y, con frecuencia, se come poco y/o mal o se cae en la sobre ingesta, según las personas.
- Aumenta el consumo de tabaco, en fumadores; de cafeína, colas...; y, en algunos casos, de alcohol u otras sustancias.
- Se altera el sueño y disminuyen los tiempos de descanso.
- Se abandona el ejercicio físico.
- Se descuidan las relaciones sociales, etc.

Es decir, hacemos justo lo contrario de lo que convendría y todo esto aumenta el peligro que representa el estrés para nuestra salud física y psicológica.

Nuestra organización del tiempo parece estar dirigida a solucionar lo urgente, descuidando lo importante. De hecho, en general, en una situación de estrés tenemos la sensación de que no controlamos nuestra propia vida.

Salud y comportamiento:

“Desde la noche de los tiempos, el comportamiento viene atravesando y sembrando el tejido de la vida cotidiana de la gente en un flujo ininterrumpido y ocupando el centro del proceso evolutivo de la especie.....es, en definitiva, el ingente esfuerzo instrumental por desarrollar el más amplio conjunto de habilidades y competencias apropiadas para la salud, el bienestar y la supervivencia”.

(Miguel Costa y Ernesto López: “Salud Comunitaria”)

Como dice la cita, el esfuerzo instrumental de los humanos ha estado dirigido durante miles de años a mejorar en competencias que nos permitieran controlar peligros y prosperar. La ciencia y la tecnología han favorecido unas comodidades inimaginables hace unos cientos de años y las ciencias biomédicas, en continua evolución, han logrado que los ciudadanos de las sociedades desarrolladas tengan una esperanza de vida muy por encima de la de siglos pasados.

Todo esto es nuestra herencia cultural y como especie, pero, ¿qué ocurre con nuestro comportamiento individual?

Los hábitos, es decir, el estilo de vida y costumbres que mantiene una persona, pueden ayudarnos a prevenir enfermedades, o, por el contrario, pueden constituirse en un factor de riesgo para la salud. Su importancia es muy grande ya que el estilo de vida representa, según distintos estudios, más de un 40% como factor determinante de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) mantiene esta definición hace ya bastantes años: «*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*».

Esta definición de salud es sin duda ambiciosa y exige la colaboración de distintas ciencias básicas y sus métodos aplicados; es decir, *las ciencias de la salud*. Estas ciencias se ocupan de proporcionar los conocimientos adecuados para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud y el bienestar, tanto de cada persona individualmente como de las distintas comunidades.

Dada esta definición, cae de su peso que la Psicología forma parte de las ciencias de la salud, en uno de sus aspectos aplicados.

La Psicología suele ir asociada a Psicología Clínica; es decir, al tratamiento de los problemas psicológicos, pero la Psicología es la Ciencia del Comportamiento y, por supuesto, puede aportar muchos conocimientos y técnicas de intervención tremendamente útiles relacionados con la salud.

Multitud de estudios de diferentes países apuntan a los mismos factores: la alimentación; la presencia/ausencia de hábitos tóxicos como el tabaquismo; el ejercicio físico; el sueño y el descanso; los estados emocionales positivos frente a los negativos (entre los que estaría el estrés prolongado) y la cantidad/calidad de nuestras relaciones sociales. Estos son los factores más importantes relacionados con nuestra salud y dependen, al menos en parte, de nuestro control.

Algunos estudios añaden a estos factores que hemos citado la importancia de mantener una motivación por algo que trascienda a uno mismo: actividades altruistas (cuidado de familiares u otras personas queridas, voluntariado...) y profesionales dirigidas a logros que suponen una gran gratificación o reto para la persona.

Por supuesto, no podemos olvidarnos de los factores genéticos en la relación con la prevención ó peligro para la salud. pero los estudios más novedosos sobre Epigenética ponen de manifiesto la importancia del ambiente y del propio comportamiento en relación a la expresión de los genes que heredamos.

Leíamos hace poco en una entrevista a José María Ordovás, un referente de la nutrigenómica (rama de la medicina que estudia las relaciones entre la alimentación y la genética humana) afirmar:

«Nuestro estilo de vida ha despertado a genes callados durante miles de años»

Frente a al estrés, intentemos tomar las riendas, hasta donde sea posible, sobre nuestra salud y nuestra vida. Para lograrlo, recomendamos revisar los recursos que listamos a continuación e ir introduciendo mejoras, aunque sea poco a poco.

4.4.- Disminución del impacto de la Enfermedad.

El presente informe muestra que el impacto de las enfermedades crónicas está creciendo de forma sostenida en numerosos países de ingresos bajos y medios. La necesidad de prever y comprender la relevancia de las enfermedades crónicas y de intervenir urgentemente contra ellas es una cuestión cada vez más importante. Para ello es preciso que los dirigentes nacionales que están en condiciones de reforzar las actividades de prevención y control de las enfermedades crónicas, así como la comunidad de salud pública internacional, adopten un nuevo enfoque. Como primer paso, es fundamental comunicar los conocimientos y la información más recientes y precisos a los profesionales sanitarios de atención directa y al público en general.

- El 80% de las muertes por enfermedades crónicas se dan en los países de ingresos bajos y medios, y estas muertes afectan en igual número a hombres y mujeres.
- La amenaza es cada vez mayor: el número de personas, familias y comunidades afectadas está aumentando.
- Esta amenaza creciente constituye una causa subestimada de pobreza y dificulta el desarrollo económico de muchos países.
- La solución
- La amenaza que suponen las enfermedades crónicas se puede superar a partir de conocimientos que ya tenemos.
- Las soluciones son eficaces, y además altamente costoeficaces.
- Para tener éxito se requiere una acción amplia e integrada a nivel de país, dirigida por los gobiernos.

- La meta
- Una reducción anual adicional del 2% de las tasas mundiales de mortalidad por enfermedades crónicas durante los próximos 10 años.
- Así se evitarán 36 millones de muertes prematuras de aquí a 2015.
- Disponemos ya de los conocimientos científicos necesarios para alcanzar esta meta.

10 malentendidos generalizados, y sin embargo desmentidos por la realidad

Hay varios malentendidos que han contribuido a que las enfermedades crónicas quedaran relegadas a un segundo plano. La idea de que esas enfermedades son una amenaza remota y menos importante y grave que algunas enfermedades infecciosas no resiste el análisis de los hechos. A continuación se exponen 10 de esos malentendidos habituales.

Entre las enfermedades crónicas destacan las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Las discapacidades visuales y la ceguera, los defectos de audición y la sordera, las enfermedades bucodentales y los trastornos genéticos son otras afecciones crónicas que representan una porción sustancial de la carga mundial de morbilidad.

Del total de 58 millones de defunciones previstas para 2005 por todas las causas, se estima que 35 millones corresponderán a enfermedades crónicas, lo que supone el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades infecciosas (incluidos el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria), las enfermedades maternas y perinatales y las carencias nutricionales.

(Los datos presentados en este panorama general fueron estimados por la OMS empleando métodos normalizados a fin de maximizar la comparabilidad entre países, y no coinciden necesariamente con las estadísticas de los Estados Miembros).

Sólo un 20% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en los países de altos ingresos, mientras que el 80% se registran en los países de ingresos bajos y medios, donde vive la mayor parte de la población mundial. Según muestra este informe, ni siquiera los países menos adelantados, como la República Unida de Tanzania, son inmunes a este creciente problema.

Un problema con graves repercusiones

La carga de enfermedades crónicas:

- tiene serios efectos adversos en la calidad de vida de los individuos afectados;
- es causa de muertes prematuras;
- tiene efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Sólo un 20% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en los países de altos ingresos, mientras que el 80% se registran en los países de ingresos bajos y medios, donde vive la mayor parte de la población mundial. Según muestra este informe, ni siquiera los países menos adelantados, como la República Unida de Tanzania, son inmunes a este creciente problema.

Un problema con graves repercusiones

La carga de enfermedades crónicas:

- tiene serios efectos adversos en la calidad de vida de los individuos afectados;
- es causa de muertes prematuras;
- tiene efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

4.5.- Prevención de Recaídas.

En todo tipo de intervención, sea psicológica, médica (entre estas la psiquiátrica) o de cualquier otra modalidad, existen diferentes fases cuya variabilidad en cuanto a importancia se refiere, es mínima. Junto a esto, cualquier problemática o enfermedad posee igualmente su curso particular, requiriendo por lo tanto, un tratamiento específico, con la aplicación de estrategias concretas, y con aproximadamente un número de sesiones determinado. Además pero, para facilitar el mantenimiento de los resultados a largo plazo es imprescindible dedicar una cierta cantidad al trabajo de la prevención de recaídas, junto al seguimiento de la evolución de la persona tras la finalización del tratamiento.

Así pues, la prevención de recaídas se centra en identificar, analizar y discutir con la persona, las posibles dificultades y contratiempos que podrían entorpecer la evolución adecuada de su problemática. En este sentido, se busca fortalecer al paciente con estrategias específicas para afrontar posibles situaciones difíciles. Para ello, independiente del motivo de consulta presentado (sea este un problema adaptativo, dificultades para gestionar la ansiedad, problemas de autoestima, problema de adicción, etc.) una parte importante consiste en concienciarnos y aceptar la posibilidad de encontrarnos con complicaciones. Aunque es relevante la consideración del profesional, el hecho de sufrir una pequeña recaída no significa que regresemos al punto de partida.

Superar estos baches forma parte de la mejora y ayuda a fortalecer los mecanismos de afrontamiento aprendidos. Por esta razón, se considera en sí un aprendizaje. Por otro lado, deberemos estudiar aquellos aspectos que han permitido o facilitado que la persona mejorara, procurando desglosar y especificar todos sus componentes, y asegurándonos de que el paciente haya comprendido y aplicado correctamente los métodos propuestos. Entre estos se encuentran los recursos de la propia persona y de su entorno: la colaboración y comprensión de los allegados, la predisposición personal o la resiliencia son aspectos cruciales a tener en cuenta. Sin embargo, no debemos olvidar detectar y trabajar las limitaciones de todos los ámbitos.

Es cierto que las características de la persona y de las dificultades presentadas suponen aspectos cruciales a tener presentes de cara a la planificación de objetivos específicos a conseguir, sean estos durante o al final del tratamiento. A pesar de ello, resulta especialmente útil aprender a no minimizar los logros conseguidos y adoptar una mirada realista cuando el estado de ánimo o la situación empeore. Se recomienda también el uso de autorregistros tanto durante, como al final del tratamiento ayudan a la persona a observar y valorar su progreso, permitiendo además facilitar al profesional el análisis de los momentos y circunstancias de los empeoramientos en caso de existir estos.

En esta misma línea, cada cierto tiempo es útil administrar aquellos cuestionarios o pruebas utilizadas al inicio de la intervención, de tal manera que obtengamos una medida estandarizada del progreso del paciente en diferentes momentos.

Cabe remarcar, que siempre que sea posible debe facilitarse un teléfono de contacto a la persona para resolver posibles contratiempos. Esto a su vez permite realizar el seguimiento sin necesidad de acudir presencialmente, aunque en ocasiones puede resultar beneficioso realizar las sesiones cara a cara. Adoptemos una forma u otro, el objetivo siempre es asegurarnos de mantener el bienestar del individuo.

De esta forma, el seguimiento a corto, medio y largo plazo junto al trabajo centrado en la prevención de recaídas supone un componente crucial de cualquier tratamiento, ya que permite no solamente observar la evolución de la persona, sino dotar a esta de recursos y estrategias específicas para encarar situaciones futuras que puedan entrometerse entre ella y su bienestar psicológico.

4.6.- Apoyo a los familiares del paciente.

Médicos y enfermeras permanecen en contacto continuo con el paciente y familia al principio y final de la vida, estableciéndose relaciones entre el personal de la salud, los pacientes y sus familiares, quienes esperan encontrar en el equipo de salud el apoyo y la comprensión para enfrentar angustias y sentimientos presentes y futuros relacionados con los confines de la vida.

El paciente en estado crítico es aquél que presenta o puede presentar de forma inminente graves alteraciones de sus funciones vitales que ponen en peligro su vida, siendo la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el lugar donde se agrupan este tipo de pacientes.

Incluir en el cuidar los componentes culturales, tanto personales como del entorno (King o Leininger), es una perspectiva que no ha sido totalmente desarrollada en los entornos clínicos, dado que éstos no se articulan en torno al usuario sino en torno a los profesionales; así por ejemplo, las UCIs están organizadas con una estructura que rompe la conexión de la persona con su entorno y pensada para facilitar el trabajo de médicos y enfermeras.

Probablemente, la UCI es el lugar de los servicios sanitarios donde los familiares sufren más y donde los deseos de los familiares implican contacto con el paciente y con los profesionales. El cuidado del paciente crítico es incompleto si no se acompaña del abordaje de los problemas no médicos de los familiares, en relación a sus sentimientos de ansiedad, miedo, soledad.

La enfermera intensivista deberá cuidar al unísono a la persona que está hospitalizada en la UCI y a sus familiares como un solo núcleo de cuidado, lo que facilita a ésta comprender las dificultades socio emocionales surgidas en el grupo familiar como una totalidad, esto a su vez permite darles apoyo más decidido y comprometido durante el proceso de adaptación a la nueva situación que confrontan.

La labor del profesional de la salud, cuando se enfrenta a situaciones de pérdida significativa, consiste en orientar saludablemente el duelo, es decir, acompañar a la persona en duelo (incluyendo al paciente terminal).

Duelo: complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, emocionales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

Al acompañar al familiar en el proceso de pérdida y duelo se le manifiesta la comprensión del significado de la muerte y del sufrimiento que genera la ausencia del ser querido, en el proceso de despedida.

Afrontamiento: hacer cara a un problema o situación comprometida.

Los enfermeros adquieren un papel relevante en la atención a los familiares, por su permanencia junto a los pacientes.

Como profesionales de la salud tenemos una gran responsabilidad frente a nuestros pacientes y familiares en proceso de duelo, pero ¿estamos preparados para hacer frente a estas situaciones?. ¿Las intervenciones de enfermería al paciente y familia en momentos críticos son todavía una asignatura pendiente?

Objetivos.

Conocer cómo ayudan las enfermeras de la UCI a las familias para que éstas realicen un afrontamiento eficaz de la pérdida de un ser querido.

Describir el sentir de las enfermeras de la UCI cuando ayudan a la familia a afrontar la pérdida (real, anticipada o percibida) de un ser querido.

Material y método

- Trabajo descriptivo-cualitativo en el que se intenta explorar cómo se ven las enfermeras a sí mismas (marco subjetivo) y qué dificultades tienen en los momentos de aportar soporte emocional a las familias en situaciones críticas (contexto).
- La recolección de la información se realizó a través de una entrevista enfocada. A lo largo de la misma se desarrolló diálogo intersubjetivo informantes-investigadora y se creó un ambiente cercano, de confianza y respeto.
- En el presente estudio participaron diez enfermeras que trabajan en UCI.
- La selección de los participantes se realizó de manera intencional, considerándose los criterios: participación voluntaria, que estuviesen sensibilizados con la materia a estudio y la disponibilidad de tiempo suficiente para realizar la entrevista.

La entrevista se enfocó en las siguientes áreas:

1. Sobre el apoyo emocional que la enfermera de UCI presta a las familias.
2. ¿Cómo realiza ese apoyo emocional?
3. ¿Cómo se siente la enfermera al hacerlo?
4. ¿Estamos capacitadas para dar soporte emocional?
5. ¿Qué se necesita para hacerlo mejor?

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los resultados muestran las siguientes categorías:

1. **Cuidado holístico.** El apoyo emocional forma parte de la competencia profesional y contribuye al cuidado holístico del paciente y familia. Es un cuidado que queda reflejado en el sentimiento que las enfermeras tienen de que cuando lo realizan, las familias quedan muy agradecidas y de que, sin duda, es su trabajo.

.- "Es nuestro trabajo porque no hay nadie más que lo haga, y porque es nuestro. Es otra parte de los cuidados. Es holístico"

.- "Bien porque creo que les ayudas y que es necesario porque es la visión de una persona, la enfermera, que está 24 horas con su familiar".

2. **Establecimiento de una relación de confianza.** La relación de ayuda surge de la empatía entre profesional y familia/allegados producida desde el ofrecimiento a sus demandas, aclarando dudas; es una oportunidad que las enfermeras tienen para dar soporte y donde perciben que su ayuda es efectiva.

.- "Empatizar pero sin implicarnos emocionalmente"

.- "A las familias les gusta que entremos al box a hablar con ellas, nos buscan para que vayamos. Con nosotras es más fácil hablar que con los médicos, nos ven más cercanas y con el mismo idioma. Se desahogan contando sus problemas".

.- "Que vean tu ofrecimiento a ayudar, si necesitan, ya te lo dirán, que no, pues nada"

.- "Siento que he ayudado si noto que ellos confían en mí"

3. **Sentimiento de vulnerabilidad.** En las enfermeras entrevistadas emergen sentimientos de incomodidad, esfuerzo, situación violenta, angustia ya que para algunas llorar es poco profesional utilizando la huida como estrategia.

.- "Llorar es poco profesional. No tenemos estrategias para afrontar situaciones difíciles, nuestra estrategia es la huida"

.- "Te dan ganas de llorar con ellos, una sensación muy mala, tienes que ser la fuerte, te quedas de pie, les escuchas" ""Entro al 7 y veo a su padre llorando y diciendo: se nos ha truncado la vida, se nos ha truncado la vida, y yo ¿qué le digo?"

.- "A veces es difícil no llorar, tiene que ser duro para la familia ver que tú lloras, pero no considero que llorar sea poco profesional. Si te implicas, también sufres"

.- "No estoy cómoda, me acerco pero me cuesta.

.- "Supone un esfuerzo, voy porque tengo que if

...En función de las preguntas que me hagan, me siento mejor o peor, según, si la información es de mal pronóstico, o si son preguntas comprometidas

4. **Incapacidad para ofrecer este cuidado.** Expresión rotunda de no sentirse capacitadas para ofrecer/realizar este cuidado; de no poseer mecanismos para afrontar esta situación.

5.

.- "Cada una hace lo que puede. Se consigue con la práctica"

.- "No estamos capacitadas, sacamos recursos de cosas leídas, de cursos, pero no se nos da formación para afrontar situaciones y saber salir del paso".

6. **Formación en la gestión de emociones, duelo y habilidades de comunicación.** La parte correspondiente al cuidado de las emociones es muy delicada; todas las enfermeras entrevistadas refieren la necesidad de aprender destrezas para proporcionar apoyo humano al familiar; reclaman este aprendizaje en la formación pregrado y postgrado.

- *"Formación continuada sobre la atención al familiar. Cursos que nos enseñen a separar la vida personal de la profesional, a no implicarnos y habilidades de comunicación".*
- *"En la carrera no te dan clases sobre cómo hacerlo. Es una asignatura pendiente".*
- *"Aunque en alguna ocasión hacemos un curso, no tenemos formación continuada en este aspecto".*

7. Limitación en la información. Los familiares tienen necesidad de información sobre la situación de su allegado; suelen pedir a la enfermera que les detalle lo que le ha explicado el médico y ésta desconoce la información médica. La enfermera les mantendrá informados de todas sus actuaciones de las cuales son responsables

- *"Incómoda, violenta, porque son situaciones delicadas, por falta de información porque no sabes lo que les ha dicho el médico. Ellos demandan información pero estamos limitadas para ello. Piden una aclaración porque no han entendido bien la información dada por el médico y necesitan una traducción. Sería conveniente estar en el momento en que el médico les informa".*
- *"Conocer la información que les ha dado el médico"*

Discusión

- Para contemplar las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI como parte de los cuidados integrales del paciente, es necesario que las enfermeras se formen para tener una visión más amplia de lo complejo del ser humano y sus circunstancias, que les permita comprenderse y comprender lo que está ocurriendo para poder apoyar a las personas en la toma de decisiones sobre la salud y a la preparación para la muerte.

"Formación en relaciones interpersonales y para estar bien primero con nosotras mismas".

"Cursos de counselling y dramatización (para vernos en el lugar de la familia y en el de la enfermera)".

"Formación en cómo afrontar el duelo, reciclaje de tipo emocional".

- Debemos hacer un esfuerzo para ir integrando a los familiares en los cuidados básicos del paciente y plantear intervenciones eficaces para conseguirlo⁽⁹⁾. Sería conveniente elaborar un plan de cuidados sistematizado y basado en la evidencia científica que contemple lo no medible, lo emocional, como por ejemplo establecer unas normas en donde quede definido qué y cómo hacer con el familiar en cada momento.
- La comunicación responde a la necesidad de seguridad y de comunicación que tiene el usuario/familia, mejorar la comunicación es el propósito que los profesionales de enfermería perseguimos⁽⁴⁾. Diseñar a través de la formación vías de comunicación con el equipo médico-paciente-familia para desarrollar una relación terapéutica.
- Hay que tener en cuenta el papel de la familia en la UCI, es fundamental en el plano emocional, es el único soporte afectivo y nexo de unión con el exterior⁽¹⁰⁾.

"A veces te desbordan las reacciones de la familia o preguntan algo y notas que no se han enterado de nada de lo que les ha dicho el médico".

- Humanizar las UCIs ya que una familia participativa es una familia más sana, con más herramientas para luchar contra la desesperanza⁽¹⁰⁾. Se comienza a hablar de los horarios de visitas, de ampliarlos porque se cree que es beneficioso para los pacientes.

"En este servicio se tiene muy en cuenta a la familia".

Conclusiones

- I. Las enfermeras se sienten responsables de los cuidados que las familias en situación de duelo necesitan. Cubrir esta necesidad forma parte de la totalidad de los cuidados del paciente atendido.

2. Suministran el cuidado a la familia acercándose a ellos, estando ahí, respondiendo a preguntas. Es un cuidado que no está protocolizado y que depende de la seguridad y de las habilidades de cada enfermera.
3. Se sienten violentas e incómodas y acuden a la llamada de la familia porque tienen que hacerlo, pero si pueden evitarlo, mejor. Las enfermeras como seres humanos que son, sometidas a su entorno cultural, viven diariamente situaciones de pérdida que, teniendo miedo a la muerte, tanto como sus propios enfermos y familiares, tienen que superar.
4. Académicamente están preparadas para atender los aspectos biológicos-técnicos, pero no para los emocionales. Las enfermeras responden a su ansiedad ante los procesos de duelo con mecanismos inadecuados: huida, rechazo, sentimiento de frustración, culpa, incompetencia....
5. Sobre la información, las enfermeras perciben que la familia necesita tener información en términos que pueda comprender, y, a veces, desconocen la que aporta el médico y esto les supone una limitación, no quieren meter la pata.

Bibliografía:

- <https://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/199/1b.htm>
- <https://chilepsicologos.cl/para-que-sirven-las-pruebas-psicologicas-conoce-los-distintos-tipos>
- <https://www.redalyc.org/pdf/292/29215980001.pdf>
- <http://www.ub.edu/iasc/content/t1.31-el-objeto-de-estudio-de-la-psicolog%C3%ADa-m%C3%A9dica>
- <https://concepto.de/entrevista/>
- <http://psicologia.isipedia.com/optativas/intervencion-psicologica-y-salud/01-intervencion-psicologica-y-salud-caracteristicas-y-objetivos>
- <https://www.sutori.com/story/antecedentes-y-desarrollo-de-la-psicologia-de-la-salud--yoURHjart1qMpWDZRKmVoB9v>
- http://www.comoves.unam.mx/assets/revista/40/ojodemosca_40.pdf
- https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index4.html
- <https://www.definicionabc.com/politica/administracion-publica.php>
- https://elpais.com/diario/1987/09/12/sociedad/558396002_850215.html
- <https://psicologiaymente.com/clinica/psicologia-salud>
- <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v17n39/v17n39a16.pdf>
- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100005
- <https://psicocode.com/psicologia/que-son-las-actitudes-en-psicologia/>
- <http://www.inpsico.com/metodologia/metodologia.html>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505714727425>
- <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>
- <https://www.monografias.com/trabajos26/psicologia-salud/psicologia-salud.shtml>
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000400002
- <https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/Modelos-de-accion-razonada.pdf>
- <http://www.psicologiayutopia.es/psi/para-que-usar-el-autorregistro/>
- <https://modelosteoricos.wordpress.com/2018/09/05/modelo-de-reduccion-de-riesgos/>
- <https://psiqueviva.com/teoria-cognitivo-social-de-albert-bandura/>
- <https://www.integrativetherapy.com/es/integrative-psychotherapy.php>
- <http://psicologia.isipedia.com/tercero/evaluacion-psicologica/03-los-instrumentos-de-evaluacion-psicologica>
- <https://www.lifeder.com/observacion-directa/>

<https://psicologiaymente.com/psicologia/teoria-auto-observacion-snyder>

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400009

<https://gabinetpsicologicmataro.com/la-importancia-del-seguimiento-y-la-prevencion-de-recaidas/>

<http://www.nexopsicologia.com/articulos/habitos-saludables-estres>