



Los
desafíos de la **psicología** en la
sociedad mexicana contemporánea

Coordinadores
Joel Zapata Salazar
Jana Petzelová Mazacová
Ruth Vallejo Castro

Directorio ejecutivo CUMex

Dr. Juan Eulogio Guerra Liera

Presidente del Consejo de Rectores del
Consortio de Universidades Mexicanas

Ing. José Andrés Suárez Fernández

Vicepresidente del Consejo de Rectores del
Consortio de Universidades Mexicanas

Dr. José Rodolfo Calvo Fonseca

Comisario

Dr. Ismael García Castro

Coordinador General CUMex

Dr. Juan Pablo Cetina Monterrey

Secretario Técnico

MC. Manuel Efrén Siu Quevedo

Coordinador del Programa de Cátedras
Nacionales CUMex

*Publicación financiada con recursos del Consortio de
Universidades Mexicanas (CUMex), de la Universidad
Autónoma de Coahuila y de la Facultad de Psicología.*

Los desafíos de la psicología en la sociedad mexicana contemporánea

Primera edición: octubre de 2019

©Universidad Autónoma de Coahuila

©Ediciones de Laurel, S.A. de C.V.

ISBN Universidad Autónoma de Coahuila: 978-607-506-374-4

ISBN Ediciones de Laurel: 978-607-8477-88-3

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del contenido de la presente obra en cualesquiera formas, sean electrónicas, mecánicas o por fotocopia, sin el consentimiento previo y por escrito de los titulares de los derechos.

Coordinación editorial: Cecilia Sánchez Salinas

Cuidado editorial: Ivonne Arciniega Torres y

Brenda Muñoz Muñoz

Diseño de portada: Gloria Ivonne Alvarez López

Diagramación: Gloria Ivonne Alvarez López

La totalidad de los capítulos que integran este libro fueron arbitrados; sometidos a evaluación externa mediante un dictamen de doble ciego, donde participaron especialistas en el área. Las versiones finales se enriquecieron con las aportaciones de los pares académicos. Así mismo, se empleó un software especializado para el análisis de similitudes, con respecto a otras obras. La Dirección de Investigación y Posgrado de la UAdeC, mantiene en resguardo los resultados de este proceso.

Los integrantes de comité de dictaminadores, fueron:

M.C. Isauro García Alonso

M.C. Rafael Samaniego Garay

Universidad Autónoma de Zacatecas

Dra. Patricia Balcázar Nava

Universidad Autónoma del Estado de México

Dr. Jaime Fernández Escárzaga

Universidad Juárez del Estado de Durango

Dra. Itzia María Cázares Palacios

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Dra. Ana Mercedes Guzmán

Universidad Incarnate Word, Campus Bajío

Dra. Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza

Universidad del Valle de México, Campus Cumbres

Mtra. Aracely Pérez Cárdenas

**Universidad Interamericana para el Desarrollo,
Campus Saltillo**

M.C. Minerva Cázares Escalera

Centro de Psicología Cognitivo Conductual de Monterrey

Mtra. Ana Gabriela Hernández Bross

Secretaría de Educación del Estado de Coahuila

Dr. José María Guajardo Espinoza

Dr. José González Tovar

Dra. Alicia Hernández Montaña

Dra. Cristina Martínez García

Dra. Rosa Isabel Garza Sánchez

M.C. Diana Isabel López Rodríguez

M.C. Alma Rosa Garza del Toro

M.C. Karla Patricia Valdés García

M.C. Ángela Molina Arriaga

M.C. Martha Sánchez Cobiza-Cadena

Mtra. María Antonieta Longoria Sánchez

Mtra. Berenice de la Peña Aguilar

Mtra. Margarita Molina Duque

Universidad Autónoma de Coahuila



9

CAPÍTULO

Hilvanando trayectorias: historia, actualidad y prospectiva de la psicología de la salud en las instituciones de salud

Joel Zapata Salazar
Jana Petrzelová Mazacová
María Dolores García Sánchez
Fabiola González Betanzos
Mónica Rodríguez Ortiz Verónica
Marcela Vargas Nájera

*“El sistema de cuidado de la salud está admirablemente equipado para
extirpar un cáncer de pulmón, pero está menos bien equipado para prevenir
fumar cigarrillos o para ayudar a los fumadores a romper con su hábito”
Prokop*

Introducción

Como ciencia del comportamiento, la psicología es una disciplina relativamente nueva si se compara con el nacimiento y desarrollo de otras disciplinas científicas que acarrearán tras de sí un dilatado proceso de desarrollo. Sin embargo, esto no ha sido impedimento para que, a lo largo del siglo XX, se haya posicionado como una ciencia capaz de responder a las demandas que la sociedad le reclamó. Asimismo, se convirtió en un referente a través del cual se pudo observar cómo cambiaron las concepciones de salud, enfermedad, diagnóstico, pronóstico y atención. Al mismo tiempo, nos permitió reflexionar acerca de la práctica de la disciplina en contextos específicos de aplicación y cómo los profesionales de la misma se han insertado en las instituciones, particularmente, las de salud.

Este es el objetivo central del presente capítulo, en el cual se realiza un recorrido histórico que parte del reconocimiento de la psicología de la salud como una disciplina necesaria en contextos hospitalarios; luego, se repasa en el perfil actual del psicólogo de la salud y de qué manera las instituciones de educación superior están respondiendo a los requerimientos formativos vigentes en nuestros días, para luego realizar un ejercicio de prospectiva que permite visualizar las posibles rutas de desarrollo de los profesionales en el área.

El sistema de salud y la incorporación de los psicólogos. Revisión histórica

Cuando se realiza un recorrido histórico de la relación de los psicólogos con el área de salud, se pueden revisar las intenciones iniciales que visibilizaron la necesidad de que profesionales en el área trabajaran de manera conjunta con otros profesionales de la salud. Este proceso inicia en la década de los treinta del siglo XX. En aquel momento respondía a las demandas de desarrollo y continuidad de los programas y proyectos nacionales de salud, a la intención de ampliar los servicios de salud a bandas poblacionales más amplias y el acercamiento de dichos servicios al medio rural.

En esa misma década, la entonces Ley Federal del Trabajo representaba un avance importante en la protección del trabajador. Su carácter social preveía y planteaba por vez primera los problemas de salud relativos al trabajo referidos a la invalidez, la vejez y la defunción (Álvarez Amézquita, Bustamante, López Picazos y Fernández del Castillo, 1960, p. 358). El reglamento de higiene del trabajo y el de medidas preventivas de accidentes en el trabajo aparecen en 1934 (Cárdenas de la Peña, 1976, p. 31). En enero de 1931 se crea el Servicio de Sanidad de los Estados (Bustamante, Viesca, Villaseñor, Vargas, Castañón y Martínez, 1982, p. 56). Tales acciones respondían a una necesidad apremiante: la atención a la salud en el interior de la República seguía siendo muy deficiente.

Con el advenimiento e impacto en nuestro país de la Segunda Guerra Mundial, la década del cuarenta se convierte en un punto de inflexión en la historia de la salud pública en México.

Por decreto presidencial se fusionaron el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) el 15 de octubre de 1943 (Decreto, 1943). El primer secretario fue el Dr. Gustavo Baz y el primer subsecretario el Dr. Manuel Martínez Báez. El 19 de enero del mismo año se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), (1952), institución que

desde entonces proporciona servicio médico y social a los trabajadores y sus familias y marcó el inicio de la medicina institucional. Con el IMSS se completó la tríada salubridad-asistencia-seguro social (Rodríguez de Romo y Rodríguez Pérez, 1998, p.25).

En 1960 surgió el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Después apareció el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), e incluso se creó una acción sanitaria indigenista. El ISSSTE y el INPI, ahora DIF, realizan hasta la actualidad un trabajo importante en beneficio de los trabajadores dependientes del gobierno y de los niños (Rodríguez Pérez y Rodríguez de Romo, 1998).

A nivel mundial, los servicios de salud y con ellos, de atención psicológica en el contexto sanitario, corrieron a la par de las principales tendencias y resoluciones internacionales. La siguiente tabla muestra las propuestas centrales realizadas en México sobre la organización y definición del bienestar de la población en el área de la salud.

Tabla 9.1 Principales líneas propuestas en las diversas conferencias sobre salud y bienestar.

1979	Alma Ata: la salud es el bienestar biopsicosocial total del individuo y no solamente ausencia de enfermedad.
1986	Ottawa: la promoción de la salud es el proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyéndose una participación mayor en el control de este proceso. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social los individuos y grupos deben saber identificar aspiraciones, satisfacer necesidades..., además de controlar los factores determinantes de su salud hacia la equidad.
1988	Adelaida: promoción de políticas públicas saludables, creación de ambientes de apoyo, desarrollo de habilidades personales, fortalecimiento de la acción comunitaria y reorientación de servicios de salud como puntos de reafirmación de la justicia social y equidad en la promoción de la salud.
1991	Sundswal: el ambiente y la ecología son elementos importantes para promover la salud, así como también las dimensiones económica, política y cultural a que está sometida una población. Debemos estar comprometidos con el desarrollo sostenido y la equidad.
1997	Yakarta: salud es un derecho humano fundamental y esencial para el desarrollo social y económico. La educación, el derecho a voz de las personas y comunidades son esenciales para la promoción de la salud.
2000	México, D.F.: lucha por más equidad, mejoras sociales y económicas para un avance mayor de la condición de salud, comportamiento socialmente responsable en todos los ámbitos. Ampliación de la capacidad de las comunidades para capacitarlas en la promoción de la salud. Infraestructura adecuada para promover salud, incluyéndose la promoción de salud en los currículos de diversos niveles, de forma que garantice la planificación y alianzas multisectoriales. Preparar recursos humanos para que actúen de acuerdo con este nuevo enfoque.

Fuente: Elaboración propia, realizada con información de Werner, 2002.

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la premisa de “salud para todos”, acuerda los siguientes puntos fundamentales para atender la salud pública:

La responsabilidad última del desempeño del sistema de salud de un país incumbe al gobierno. La gestión atenta y responsable del bienestar de la población es la esencia de un buen gobierno. La salud de la población debe ser siempre una prioridad nacional y el gobierno tiene en ello una responsabilidad continua y permanente.

Considerando estrictamente lo invertido en salud, muchos países están por debajo de su potencial de desempeño. El resultado es un elevado número de defunciones prevenibles y de vidas lastradas por algún tipo de discapacidad. Las consecuencias de ese fracaso recaen desproporcionadamente sobre los pobres.

El objetivo de los sistemas de salud no es solo mejorar la salud de la población, sino también protegerla contra los costos financieros de la enfermedad. El reto que afrontan los gobiernos de los países de bajos ingresos consiste en reducir la carga regresiva que suponen los pagos directos por la atención sanitaria, ampliando para ello los planes de prepago que diluyen el riesgo financiero y atenúan la amenaza de los gastos sanitarios catastróficos.

En los gobiernos, muchos ministerios de salud se centran en el sector público y no prestan atención a la financiación y la asistencia privadas, a menudo mucho más importantes. Un desafío creciente para los gobiernos consiste en aprovechar la energía de los sectores privado y benévolo para mejorar el desempeño de los sistemas de salud, corrigiendo al mismo tiempo los fallos de la iniciativa privada.

La rectoría consiste en última instancia en supervisar la totalidad del sistema, evitando la obsesión por el corto plazo, la estrechez de miras y la indiferencia hacia los fallos detectados. El informe aspira a facilitar esa tarea trayendo al primer plano nuevas pruebas científicas (OMS, 2000, p. 3).

De este modo, se puede puntualizar que, en el diálogo en materia de salud pública y equidad para todos, es importante la estrecha relación entre salud, medio ambiente y nivel de educación poblacional. Ya no podemos aceptar ver a la salud como un problema biomédico, sino como un problema ecológico que integra todos los factores ambientales y también educativo en el cuidado de la salud por la misma población.

En nuestra sociedad existe una variedad numerosa de factores de riesgo para la salud poblacional. En este tema señala Westphal (2001) que el envejecimiento, el embarazo precoz, el alcoholismo, el consumo de drogas, las enfermedades de transmisión sexual, las causas externas de mortalidad como violencia y accidentes, cuestiones étnicas y éticas, factores y condiciones de riesgo de salud tales como obesidad y desnutrición, contaminación del aire, las aguas, la tierra; contaminación auditiva, ocupación y uso desordenado del suelo, control de vectores, condiciones inadecuadas de destino de los excrementos humanos, etc., no podrá estar en el cuidado de una institución de la salud, porque es responsabilidad de la población.

Es aquí cuando se destaca la importancia de incorporar a distintos profesionales de la salud como parte de los servicios integrales de atención; particularmente, en materia preventiva. En México son escasos los servicios de atención psicológica a la salud física y mental de las personas y menos aún para la prevención de los trastornos mentales.

La integración de psicología de la salud en instituciones del Sistema Nacional de Salud ha sido lenta y tortuosa. Ciertamente, la psicología de la salud fue definida desde la década del setenta como aquella rama de la psicología que:

[...] se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado y del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y mantenimiento de la salud. Comprende además el estudio de factores del comportamiento que afectan el tratamiento de emergencia y la recuperación de la enfermedad física (Holtzmann, Evans, Kennedy, Iscoe, 1998, p. 248).

La psicología institucional surge a partir de la necesidad del psicólogo de ubicarse socialmente de diferente manera, realizar las actividades sociales más amplias que trascienden el ámbito particular o educativo y participen en la salud comunitaria. Su pertinencia y necesidad en las instituciones, obedeció en primera instancia, a la crisis del modelo biomédico. A esto, se le aunaron otros factores igualmente importantes, como los cambios epidemiológicos que han acentuado las enfermedades crónicas y los cuadros de morbilidad, en donde las enfermedades físicas presentan una relación estrecha con factores de tipo psicológico, el aumento de los trastornos mentales vinculados al estilo de vida, entre otros, ratifican la necesidad del trabajo colegiado en materia de atención sanitaria.

Sin embargo, los espacios de salud han estado ocupados mayoritariamente por médicos y difícilmente han ayudado a que el psicólogo tome el lugar que le corresponde en términos de igualdad profesional. Ciertamente, a partir de la década de los setenta, han aumentado los requerimientos de psicólogos en las instituciones en donde las instituciones hospitalarias y educativas son los que más recurren al trabajo del psicólogo institucional. De aquí que el desarrollo y la complejidad entre las instituciones requiere una colaboración más estrecha y de este modo impulsar a organizaciones de diferentes sectores: económicas, psiquiátricas, forenses, industriales, a solicitar una consulta institucional del psicólogo de la salud.

De acuerdo con Urbina y Rodríguez (1993) y Rodríguez y Rojas (1998), en la década de los noventa, en México había entre 1546 y 1600 psicólogos trabajando en el sector de la salud, cifra que según Reynoso y Seligson (2002) carece de un sustento confiable (Piña López, 2004, p. 192). La información disponible sobre las plazas de los psicólogos en las instituciones de la salud es incierta. El Sistema Nacional de Salud en el año 2000 señala que se tenían registrados un total de 583,913 trabajadores, de los cuales 143,018 correspondían a personal administrativo, 140,629 a personal médico, 273,096 a personal paramédico (enfermeras u otros), 36,388 a personal de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y 36,782 a otro personal. En otras palabras, no existe una categoría independiente que nos permita saber a ciencia cierta cuántos son los psicólogos que trabajan en el sector salud ni mucho menos si su contratación es como tales (Piña López, 2004, p. 200).

Difícilmente se puede saber cuántos psicólogos ocupan una plaza en el sistema de la salud y menos aún, saber bajo qué función han sido contratados, porque algunas veces ni siquiera realizan el trabajo profesional de su especialidad. La psicología institucional se inserta tanto en la historia de las necesidades sociales como en la historia de la psicología, y dentro de esta última no se trata solo de un campo de aplicación de la psicología, sino fundamentalmente de un campo de investigación (Bleger, 1966, p. 45). El psicólogo institucional en su tarea profesional como psicólogo debe incluir en su quehacer la investigación para documentar que está ocurriendo en la sociedad para poder enriquecer su hacer de prevención y/o intervención.

Al respecto, Bleger (1966, p. 44) afirma que la psicología institucional es un capítulo reciente en el desarrollo de la psicología y nadie puede, en la actualidad, ostentar ni apoyarse en una vasta experiencia, ya que hasta ahora es limitada e incluye fundamental y casi únicamente organismos hospitalarios y educativos. A esta brecha de información se le une el hecho de que los programas de formación profesional de pregrado y posgrado son limitados en el tiempo, no siempre responden a las necesidades reales de la población y continúan basándose en modelos curativos y hospitalarios.

De este modo se observa cómo la incorporación del psicólogo de la salud en las instituciones de salud ha tropezado por muchos obstáculos para establecerse como una actividad profesional

independiente de la medicina, con su propio ámbito de trabajo. En el futuro próximo debemos establecer el quehacer del psicólogo institucional en el sector de la salud, “esto es, como profesionales de la psicología que compartimos un mismo interés, el de participar activa y decididamente en el sector sanitario, debemos procurar el mismo reconocimiento que históricamente han recibido profesionales involucrados en el citado sector” (Piña 2004, p. 2001).

Construyendo el presente: el perfil de egreso del psicólogo de la salud

Al abordar el perfil de egreso del psicólogo de la salud nos remitiremos a una serie de aspectos propios de la psicología. Esta carrera en la mayoría de los programas educativos (PE) ofertados en las distintas universidades del país (IES) se conforma por áreas de especialidad y/o acentuación, entre las que se encuentra la psicología de la salud. En los próximos apartados abordaremos una temática indispensable orientada a las competencias del psicólogo en el siglo XXI, permeadas por las políticas educativas actuales, sin dejar de mencionar el Proyecto Tunning en Latinoamérica y sus implicaciones.

El proyecto Tunning en Latinoamérica

En los últimos años se han presentado una serie de modificaciones a la visión del aprendizaje en los estudiantes, anteriormente se hablaba de habilidades que los profesionistas adquirirían al finalizar cualquier carrera; sin embargo, esto ha cambiado contundentemente. Prueba de ello se plasma en el proyecto Tunning Europa. Este surge exclusivamente en y para el contexto europeo; en él confluyeron 175 universidades de dicho continente. El objetivo principal fue elaborar un marco rector en el que se mencionaran tanto las competencias genéricas como las específicas a partir de las cuales se pudieran estructurar los planes y programas educativos. Nos estamos remontando al año 2007; en 2014 se constituye el proyecto Tunning en América Latina. En él se elabora un marco reflexivo-crítico, producto de una multirreferencialidad, tanto pedagógica como disciplinaria, para compatibilizar sus líneas de acción. En la actualidad este proyecto se ha convertido en una metodología internacionalmente reconocida; una herramienta construida por las universidades y para las universidades.

El proyecto Tunning-América Latina ha sido un lugar en el que han confluído agentes inmersos en la educación superior, en el que se pretende que el aspecto de la titulación se vuelva una tarea más homogénea y articulada, a través de consensos y sin perder de vista el enfoque de competencias que se espera alcancen los recién titulados (Tunning América Latina, 2013).

El Tunning América propone cuatro líneas de acción. A saber:

1. Competencias (genéricas y específicas de las áreas temáticas)
2. Enfoques de enseñanza, aprendizaje y evaluación de estas competencias
3. Créditos académicos
4. Calidad de los programas

De acuerdo con Pertile (2017), el término competencia tiene su origen aproximadamente alrededor de los años veinte en Estados Unidos; hace referencia a capacitación y formación de

personas en un contexto de trabajo; no es sino a fines de 1960 y principios de 1970 que el psicólogo David McClelland, lo utiliza en sus investigaciones con el fin de explicar la conducta humana. En los años noventa se retoma a partir de las formulaciones de Daniel Goleman sobre la inteligencia emocional, surgiendo y tomando auge en la práctica empresarial y profesional. Otros autores (Huerta, Pérez y Castellanos, 2000, p. 173, citado en: Charriá, Sarsosa, Uribe, López y Arenas, 2011) aseveran que, en países como Alemania, Australia y Argentina también se han encontrado precedentes sobre este tópico.

Por otro lado, el concepto competencia en educación se presenta como una red conceptual amplia que hace referencia a una formación integral del ciudadano por medio de nuevos enfoques como el aprendizaje significativo en diversas áreas: cognoscitiva (saber), psicomotora (saber hacer, aptitudes), afectiva (saber ser, actitudes y valores). En este sentido, la competencia no se puede reducir al simple desempeño laboral, tampoco a la sola apropiación de conocimientos para saber hacer, sino que abarca todo un conjunto de capacidades que se desarrollan a través de procesos que conducen a la persona responsable a ser competente para realizar múltiples acciones (sociales, cognitivas, culturales, afectivas, laborales, productivas), por las cuales proyecta y evidencia su capacidad de resolver un problema dado, dentro del contexto específico y cambiante... Así la formación integral se va desarrollando poco a poco, por niveles de complejidad, en los diferentes tipos de competencias: básicas o fundamentales, genéricas o comunes, específicas o especializadas y laborales (Proyecto Tunning América Latina, 2013, p.36).

Lo anterior tuvo un impacto sustantivo en la formación de los psicólogos y en particular, de los psicólogos de la salud. Ya no se trataba solo de formar profesionales generalistas; antes bien, se incorporaron elementos propios del perfil del psicólogo de la salud a los planes y programas de licenciatura en la disciplina, y por otro lado se generan programas de licenciatura en donde la psicología de la salud es una opción terminal. A esto contribuyeron las aportaciones que, en años posteriores, agregaron los resultados del proyecto. En su versión 2013 se trabaja la noción de "meta perfil"; para ello se integraron competencias específicas del área de psicología y se definieron cinco dominios, entendidos como campos de saberes teóricos, prácticos y teórico-prácticos que el psicólogo debe dominar y orienta su actuación científica y profesional. Estos dominios fueron: el ético, el epistemológico, el interdisciplinario, el disciplinar y el profesional. Por lo tanto, los dominios y las competencias que los constituyen no pueden ser concebidos aislados uno de los otros; por el contrario, las fronteras de cada uno son absoluta y necesariamente permeables, de manera tal que las competencias y el perfil del psicólogo no se puede comprender sino en relación con el conjunto de los elementos que le constituyen (Tunning América Latina, 2013). En la figura 9.1 se muestran los dominios con sus respectivas competencias, en el que se abordan las metas y perfiles de los egresados de la carrera de psicología.

Figura 9.1 Dominio de las distintas competencias de la carrera de psicología.**Dominio ético**

Respetar la diversidad individual y sociocultural.

Comprender los fundamentos y principios éticos que atañen al quehacer profesional y científico.

Asumir el compromiso ético de la práctica psicológica.

Dominio epistemológico

Entender la vinculación entre saber científico y saber cotidiano.

Conocer y entender los fundamentos epistemológicos de la ciencia.

Comprender los fundamentos epistemológicos de las teorías psicológicas.

Dominio interdisciplinar

Integrar y utilizar los conocimientos de otras disciplinas.

Comprender el sustrato biológico de los procesos psicológicos humanos.

Trabajar en equipos multi e interdisciplinarios para el conocimiento y en contextos de práctica profesional.

Dominio disciplinar

Reflexionar de manera crítica sobre los problemas de la disciplina psicológica.

Comprender y explicar los procesos psicológicos desde una perspectiva bio-psicosocial.

Comprender las transiciones del ser humano a través del ciclo vital.

Identificar y comprender las teorías y la práctica psicológica.

Establecer relaciones entre la teoría y la práctica psicológica.

Dominio profesional

Realizar investigación científica en el área de la psicología.

Realizar diagnóstico y evaluación psicológica a través de métodos de la psicología.

Comprender y contribuir de acuerdo con las problemáticas de las personas, según su contexto.

Mediar y/o negociar en los diferentes ámbitos de la práctica psicológica.

Realizar asesorías y orientación psicológica.

Competencias del psicólogo de la salud

Las competencias laborales son características señaladas por organismos tales como el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP), la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior (ANEAES) y los Comités Institucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES), además de instituciones de educación superior (IES). Estas se convierten en herramientas fundamentales, ya que se evalúan las habilidades adquiridas en saberes y la manera en que se integran a la realidad en los distintos escenarios (García, 2011). En el año 2005 se realizó la segunda convocatoria de Ayudas para el Diseño de Planes de Estudio y Títulos de Grado de la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación (ANEA). Fue coordinado por la Universidad de Barcelona y participaron 31 facultades que imparten la licenciatura en Psicología en Europa. Precedentes de este tipo de proyectos son el “Europsy-T” y “Europsych-EDP”, realizado bajo los auspicios de la *European Federation of Psychologists Association* (EFPA) y la Unión Europea. En este proyecto se pretendieron establecer tres perfiles comunes para el conjunto de la psicología europea, con la posibilidad de conocer las diferentes tradiciones psicológicas en cada país. En la tabla 9.2 se muestran las diferentes clasificaciones de las competencias para el perfil en psicología clínica y de la salud.

Tabla 9.2 Competencias del psicólogo en psicología clínica y de la salud.

Competencias transversales	Competencias específicas
<ul style="list-style-type: none"> • Competencias instrumentales de carácter cognitivo (resolución de problemas, análisis y síntesis, toma de decisiones, comunicación oral y escrita, y organización y planificación. • Competencias personales: compromiso ético, trabajo en equipo, relaciones interpersonales y en menor medida, trabajo en equipos interdisciplinarios y razonamiento crítico. • Competencias sistémicas como mantener actualizadas las competencias y en menor medida adaptarse a nuevas situaciones e interés por la calidad de la propia actuación. • Otras competencias transversales como la autocrítica, conocer las propias competencias y limitaciones y asumir responsabilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de necesidades y demandas de los destinatarios. • Ajustarse a las obligaciones deontológicas, destacan algunas competencias de evaluación psicológica, las competencias de comunicación (elaborar informes y proporcionar retroalimentación a los destinatarios). • Práctica total de las competencias relacionadas con la evaluación y el diagnóstico.

Fuente: Elaboración propia adaptada (Libro Blanco, Título de Grado en Psicología, s.f.).

Actualidad de la psicología de la salud

Podemos decir que la psicología de la salud, hoy en día, goza de cierto reconocimiento por otros profesionales de la salud y dentro de las mismas instituciones sanitarias. Reconocimiento que ha logrado obtener (no sin ciertas dificultades) y que en un principio tuvo que sortear para obtener su propia identidad, muy distinta, por ejemplo, de la psicología clínica, la medicina comportamental y

la medicina psicosomática, entre otras. En este sentido, Morales y Díaz (2000) opinan que, si comparamos a la psicología con otras disciplinas en su papel de colaboradora en las instituciones de salud, veríamos que es joven y se ha desarrollado bajo la observación de los médicos. Ante ello, estos mismos autores afirman lo siguiente: “Sin embargo, su crecimiento en los últimos veinte años ha provocado que se diferencie de ese modelo para construir uno propio y más consecuente con sus técnicas y objetivos” (p. 177).

A continuación, revisaremos algunos aspectos tales como la profesionalización de los psicólogos de la salud y sus contribuciones; sobre estas últimas se centrará la atención principalmente en la adherencia terapéutica, la relación médico-paciente, el papel del psicólogo en los entornos hospitalarios y los cuidados paliativos, mismos que de una u otra manera han permitido a la psicología de la salud tomar un rol más activo dentro de las instituciones de salud.

Un aspecto crucial para legitimar la profesionalización de los psicólogos de la salud ha sido a través de las instituciones formadoras de estos recursos humanos. La formación universitaria tanto en licenciatura como en posgrados le ha dado al futuro profesional de la psicología de la salud las competencias necesarias para poder realizar funciones de prevención, rehabilitación e investigación. De hecho, la primera década del siglo XXI constató un considerable avance y consolidación de la docencia y de la investigación en psicología de la salud en las universidades, con lo cual se reconoce la importancia de formar a los futuros profesionales en esta área.

En el caso particular de nuestro país si revisamos el padrón del Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) publicado en septiembre del 2017 (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 2017), nos daremos cuenta que existen tres doctorados y cinco maestrías con énfasis en psicología de la salud. Aunque la cifra no es muy grande, no podemos demeritar el esfuerzo de dichas universidades por ofrecer programas de calidad en dicha área. Tampoco debemos dejar de lado aquellos posgrados que, si bien no se encuentran en el PNPC, no por ello reconocer su contribución en la formación de dichos profesionistas.

Por otro lado, habrá que puntualizar que tanto en los programas de licenciatura (en donde también ya se imparten algunas asignaturas de psicología de la salud) como en los posgrados tanto considerados de calidad como si no, se tienden puentes de colaboración a través de convenios con las instituciones del sector salud, en donde los estudiantes en formación pueden realizar sus prácticas profesionales, servicio social o bien integrarse en proyectos de investigación interinstitucionales, lo que les permite poner en práctica sus conocimientos teóricos y metodológicos en los distintos escenarios de la psicología de la salud.

Por su parte las propias instituciones de salud reconocen dentro de sus políticas la atención integral al paciente a través del modelo biopsicosocial, es decir los factores psicológicos y sociales son tan importantes como los biológicos dentro de los procesos de salud-enfermedad. Sin embargo, el sistema mismo en ocasiones limita la inclusión del psicólogo a través de sus múltiples prácticas y normativas. Aunque, si bien es cierto, se reconoce el papel de apoyo y orientación del psicólogo con los pacientes en las instituciones de salud (Gómez et al., 2013) y se reconoce como parte de un equipo interdisciplinario; sin embargo, en ocasiones son los mismos profesionales de la salud quienes no tienen claras las funciones y roles de un psicólogo clínico y un psicólogo de la salud.

En este sentido autores como Tobón y Núñez (2000) consideran que los sistemas de salud han perpetuado la permanencia de un modelo biomédico disfrazado de cambio; es decir, no se le ha otorgado al psicólogo una clara ubicación en el sistema y tampoco como dice Piña (2004) ha tenido

el mismo reconocimiento profesional del que gozan los médicos; aunque se reconoce cada vez con mayor claridad su importante papel en el desarrollo de programas de prevención, promoción e intervención efectivos. En este tenor, la psicología de la salud debe estar a la vanguardia y continuar desarrollando dichos programas que redunden a su vez en una mejora del sistema sanitario mismo. Cabe entonces reconocer aquí uno de los objetivos de la psicología de la salud que señala Oblitas (2008, p. 223)

Evaluación y mejora del sistema sanitario: en este rubro se encuadrarían todas las propuestas dirigidas a mejorar la atención sanitaria en lo que se refiere a la práctica profesional, a la educación sanitaria de los usuarios y a la relación entre los colectivos implicados, además de la formulación de una política de salud.

Otro aspecto que le ha dado reconocimiento a la psicología de la salud dentro de las instituciones sanitarias son sus innegables contribuciones, de las cuales solo mencionaremos algunas por razones de espacio.

La adherencia terapéutica constituye uno de los principales problemas dentro de la práctica médica, ya que buena parte de los tratamientos quedan bajo la responsabilidad del paciente, y si este no cumple con las prescripciones médicas sus problemas de salud se pueden exacerbar y favorecer la progresión de enfermedades. Es por ello que para Martín y Grau (2004, p. 91) “es una categoría que refleja fehacientemente el objeto de estudio de la psicología de la salud”. La afirmación de estos autores va en un sentido paradigmático, es decir el apego al tratamiento lleva implícito el comportamiento humano y la conducta de salud, por lo que se reconoce como un fenómeno complejo y multifactorial.

La conducta de cumplir el tratamiento médico está mediada, entre otras cosas, por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos. El padecimiento de una enfermedad ya implica de suyo una carga estresante en el desenvolvimiento de la vida de las personas, a la que se añade el cumplimiento riguroso de un régimen de indicaciones que implica la realización de esfuerzos encaminados a garantizar el cumplimiento de aquéllas. (Martín y Grau, 2004, p. 91).

Más allá de todos los problemas que implica la no adherencia terapéutica (a nivel personal, familiar y social) también están las repercusiones a la institución de salud en su impacto en la relación costo-beneficio. Y aunque ha habido grandes avances en torno a poner en práctica los modelos teóricos, estos están en constante revisión y análisis; así como la elaboración de una gran variedad de instrumentos para tratar de medir la adherencia y distintas propuestas metodológicas, este se considera un fenómeno complejo y por tanto su investigación sigue siendo un reto para la psicología de la salud.

La relación médico-paciente es otro de los rubros en donde la psicología de la salud ha tenido notables aportes. Por ejemplo, se ha observado que la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente también es crucial para la adherencia terapéutica. La relación médico-paciente estará en función de la forma y contenido de la comunicación, así como también en la satisfacción y expectativas que se tenga del profesional sanitario y la institución (Rodríguez-Marín y Neipp, 2008; Taylor, 2007; Soria, Vega, Nava y Saavedra, 2011).

Otro aporte importante de la psicología de la salud es el relacionado con los “cuidados al cuidador”; es decir, al estrés propio de los mismos profesionales de la salud que, al estar en un área cercana a la enfermedad, al sufrimiento, a la muerte, a las largas jornadas laborales, turnos nocturnos y un largo etcétera produce en ellos agotamiento físico, mental y emocional, lo que puede tener repercusiones en su propia salud. Diversas investigaciones han demostrado dichos efectos, así como su relación con distintas variables (Ansoleaga, Toro, Godoy, Stecher y Blanch, 2011; Austria, Cruz, Herrera y Salas, 2012). La tarea subsecuente a partir de estos hallazgos ha sido la intervención.

Estudios recientes encaminados a la prevención han demostrado efectos positivos en la implementación de programas de aprendizaje combinados con el manejo del estrés y entrenamiento en resiliencia (Magtibay, Chesak, Coughlin y Sood, 2017), aunque habrá que reconocer que dichas intervenciones están enfocadas únicamente al individuo. En este sentido algunos autores como Grazziano y Ferraz (2010) ya habían señalado que las intervenciones enfocadas en la organización del trabajo serían aún más eficaces porque reducirían las fuentes del estrés ocupacional. Aquí la participación del psicólogo de la salud es crucial, no solo en la realización de evaluaciones de esta merma en la salud de los profesionales sanitarios y en sus oportunos programas de intervención, sino también como gestor en las políticas institucionales que coadyuven en la prevención de estos trastornos.

Un aspecto que merece especial atención es el papel del psicólogo de la salud en entornos hospitalarios, ya que es aquí donde directamente las instituciones mismas valoran las competencias adquiridas a lo largo de su formación y experiencia profesional. En idioma español existen varios libros especializados en el tema, por ejemplo, en el de Rodríguez y Zurriaga (1997), en donde resaltan aspectos tales como el contexto hospitalario como generador de estrés, la enfermedad, el afrontamiento y ofrecen un modelo explicativo de cómo se entrelazan todas estas variables.

Otro texto muy importante es la compilación realizada por Remor, Arranz y Ulla (2003) titulado *El psicólogo en el ámbito hospitalario*, en donde, además de puntualizar los procesos psicológicos asociados con la hospitalización, muestra las formas de intervención del psicólogo en distintos procesos mórbidos, convirtiéndolo en un referente dentro la literatura de la psicología de la salud.

Dentro del ámbito hospitalario se advierte del oportuno papel del psicólogo en los casos de cirugía bariátrica. Dicha cirugía se considera actualmente de mayor efectividad para tratar la obesidad severa, la cual consiste en modificar quirúrgicamente la capacidad gástrica o la absorción y sus procedimientos se pueden dividir en tres: 1) restrictivos (limitan la capacidad gástrica, por ejemplo con banda o manga gástrica) y 2) malabsortivos (modificación anatómica para evitar que el alimento pase por alguna zona del tracto digestivo evitando que se absorba, por ejemplo, derivación biliopancreática, y 3) mixto.

Por su parte, estos cambios anatómicos no garantizan la pérdida de peso y el mantenimiento a largo plazo, porque precisamente dependen de las modificaciones conductuales por parte del paciente y su habilidad para implementar cambios en su estilo de vida, como su adhesión al régimen alimenticio y la actividad física, así como otras variables psicológicas implicadas. Por todo ello, es importante el trabajo interdisciplinario, con lo cual se han identificado dos grandes objetivos del trabajo del psicólogo en un equipo de cirugía bariátrica: 1) identificar posibles contraindicaciones para la cirugía, tales como adicciones, trastornos psiquiátricos, bajo apoyo social, expectativas poco realistas de la cirugía y duelo reciente, 2) identificar retos post quirúrgicos, y proporcionar estrategias para la modificación del estilo de vida y el mantenimiento a largo plazo del mismo. Reforzar

cambio de hábitos, apoyar cambio en la imagen corporal y el manejo de relaciones sociales y familiares. Algunas de las técnicas para el tratamiento de la obesidad son las siguientes: automonitoreo, control de estímulos, solución de problemas, técnicas de relajación y terapia cognitiva. Ante un panorama con aumento en la prevalencia de obesidad y la demanda cada vez más grande de cirugías bariátricas para su tratamiento, se resalta la importancia del papel activo del psicólogo y su capacitación en este campo, sobre todo si la norma institucional dicta que debe ser un tratamiento interdisciplinario (Sierra, 2013).

Otra área dentro del ámbito hospitalario es la referente a las enfermedades terminales y los cuidados paliativos. Este es un campo de acción del psicólogo de la salud con más avances en los últimos años, sobre todo en países desarrollados. En el caso particular de México, este ha tenido un desarrollo lento pero progresivo. El día 5 de enero de 2009 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la reforma al Artículo 184 de la Ley General de Salud y se adiciona el Artículo 166 Bis que contiene la Ley en Materia de Cuidados Paliativos. La ley establece que todo paciente tiene acceso a los cuidados paliativos, pero por factores geográficos este acceso es restringido porque dichos servicios se han desarrollado principalmente en las ciudades de Guadalajara, Monterrey y en la Ciudad de México (Pastrana et al. 2012).

En la Ciudad de México es en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) quién comienza a brindar el servicio de cuidados paliativos a partir de 1989 en conjunto con la Clínica del Dolor, pero es hasta el año 2010 que se formaliza la separación del servicio de manera independiente, dando como resultado la creación del Programa de Atención y Cuidados en Oncología (PACO) en donde apoya el área de atención psicológica (Ascensio, Rangel y Allende, 2013). Dentro de las políticas institucionales del INCan se encuentra el Programa Nacional de Control de Cáncer (PNCC) el cual incluye cinco temas centrales, entre los que destaca el de Cuidados Paliativos.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017), las tres principales causas de muerte en todo el territorio nacional mexicano registradas en 2015, son las enfermedades del corazón con 128,731 casos (se excluye aquí el paro cardíaco), la diabetes mellitus con 98,521 y los tumores malignos con 79,514 casos. Es muy probable que en estos casos las personas se enfrentaran a un padecimiento progresivo e incurable, en donde la alternativa más viable fuera la paliación. Y también es muy probable que, en muchos de estos casos, esta ni siquiera fuera una alternativa por lo señalado líneas arriba.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007, p. 2) define los cuidados paliativos como:

Una necesidad urgente y humanitaria de carácter mundial para las personas con cáncer u otras enfermedades crónicas mortales. Los cuidados paliativos son particularmente necesarios en aquellos lugares donde una alta proporción de los pacientes se encuentra en fases avanzadas y con pocas posibilidades de curación.

En los cuidados paliativos el objetivo ya no es prolongar la vida de la persona, sino conseguir una calidad de vida y calidad de muerte lo más alta posible. La atención debe ser integral con equipos profesionales multidisciplinarios e interdisciplinarios. En donde se deberá poner atención, no solo a los aspectos biológicos (como el control del dolor y otros síntomas), sino también a los psicológicos, sociales y espirituales. Bajo esta perspectiva la participación del psicólogo de la salud es indiscutible. Dentro de sus funciones según Fernández, Ortega, Pérez, García y Cruz (2014), se encuentra la intervención enfocada al paciente, la familia y el equipo sanitario. Sin olvidar la línea

temporal que va desde el trabajo preventivo hasta el que se produce con la familia tras el fallecimiento del paciente, así como tareas de docencia e investigación. Sobre todos estos temas y las experiencias derivadas de ellas, se encuentra una amplia literatura tanto de modelos teóricos explicativos como de estudios empíricos.

También hay que recordar que dentro de los cuidados paliativos también se encuentra la población de niños y adolescentes. En México el cáncer es la segunda causa de muerte en niños de uno a 14 años, y se estima que del cinco al 10% tendrán una evolución como enfermos terminales (Chirino y Gamboa, 2010). La complejidad inherente de los cuidados paliativos pediátricos deviene en un reto para todos los involucrados en su atención.

La muerte de un niño es un acontecimiento dramático y doloroso que invierte el orden natural de la vida e impacta no solo a la familia del paciente, sino también al personal de salud que los acompaña. Para los padres, el fallecimiento de un niño representa la pérdida de los sueños y esperanzas depositadas en él, la pérdida de confianza en su papel de padres; para los médicos se producen sensaciones de fracaso y derrota al romper con las expectativas de “poder curar” (Vallejo y Garduño, p. 428).

A pesar de que en nuestro país las instituciones prestadoras de salud reconocen la importancia de aplicar los cuidados paliativos de manera integral (biológica, psicológica, social y espiritual), y de que el proceso de intervención se encuentra legalizado señalando los derechos y obligaciones tanto del médico como del paciente, ellas mismas reconocen una cobertura limitada. Diversos factores convergen aquí, se puntualizan a continuación.

Uno de los principales problemas que aqueja a nuestro país y que tiene repercusiones a todos los niveles, es el que se refiere al bajo presupuesto que se destina al sector salud, lo que conlleva que no todos los hospitales tengan la infraestructura necesaria y suficiente para cubrir las necesidades de la población que requiere este tipo de cuidados.

Otro factor importante es que el área de cuidados paliativos es el que posiblemente genere mayor desgaste emocional para los profesionales de la salud, y que de alguna manera eviten hacer este tipo de trabajo. En estudio realizado en nuestro país por Ascencio, Allende y Verástegui (2014) sondearon las creencias, actitudes y ansiedad hacia la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos. Dentro de sus principales actitudes hacia el paciente terminal y la muerte se encontró mayor responsabilidad y atención hacia la vida y promoción del crecimiento personal para aceptar su propia muerte. Con lo cual se requieren profesionales capacitados en esta área. Y aunque ya hay algunas instituciones que ofrecen diplomados y posgrados, como el Instituto Mexicano de Tanatología, el Instituto Mexicano de Psicooncología y La Universidad Enrique Díaz de León, esto aún no es suficiente. Aquí la psicología de la salud debe involucrarse más y ofrecer también la profesionalización requerida en este campo de acción que demanda sus servicios.

Prospectiva de la psicología de la salud en las instituciones de salud

Comportamiento y salud

Para poder hablar sobre la prospectiva de la psicología de la salud dentro de las instituciones de salud, es menester caracterizar y atender las áreas de oportunidad presentes en el desarrollo de la misma. Las páginas que nos preceden dejan al relieve que cada vez más está presente la importancia del estudio del comportamiento humano y su repercusión en la salud, y en la calidad de vida de la cual no hablaremos ya en forma exhaustiva, pero sí mencionar de paso que es apabullante la presencia del factor comportamental en las principales causas de muerte, tanto a nivel mundial como nacional.

Con base en las primeras 10 causas de muerte, el *Center for Disease Control of Atlanta* concluyó que si se eliminan las del primer año de vida... la proporción de la mortalidad determinada por el estilo de vida se acercaría al 50%." (Oblitas, 2010).

En un estudio mencionado por Torio y García (2000) se demostró que aspectos comportamentales tales como fumar, actividad física, consumo de alcohol, número de horas de sueño y la obesidad están íntimamente asociados con riesgo de muerte en personas de 30 a 69 años.

Lo anterior nos muestra entonces que estas principales causas de muerte y morbilidad son totalmente prevenibles si se incorpora a la psicología de la salud en la atención primaria, enfocándose al mejoramiento de la calidad de vida, poniendo especial atención en algunos de los siguientes procesos:

La forma en que las emociones se relacionan con los procesos de salud y de enfermedad, qué factores conductuales de riesgo pueden identificarse para ciertas enfermedades; a través de qué acciones cognitivas y de comportamiento pueden afrontarse eficazmente situaciones estresantes de la vida cotidiana (Oblitas, 2010a).

Siguiendo con el pensamiento del autor, desde la psicología de la salud se deben desarrollar programas preventivos que apunten hacia el autocontrol y la autorregulación, tanto física como psicológica, para que se pueda modificar la presencia de procesos mórbidos.

Todo esto es competencia de los psicólogos como expertos en el comportamiento humano, tomar en cuenta las emociones, motivaciones y procesos relacionados con las conductas denominadas por Oblitas (2010) como patógenos o inmunógenos conductuales. Sabemos que no todas las personas cambian o adoptan comportamientos saludables por un solo tipo de razones, Rodríguez (2014), por ejemplo, una persona puede abstenerse de fumar para evitar el dolor de cabeza; hacer una dieta sana para practicar su deporte favorito, o dejar de tomar alcohol porque un amigo se accidentó estando ebrio. En ninguna de las razones del ejemplo presentado se tiene como prioridad el cambio de hábito buscando mejorar la salud.

La psicología de la salud, ¿un campo prometedor?

Las aplicaciones de la psicología de la salud, la revisten como:

...el campo de mayor futuro de la psicología para las próximas décadas y, por tanto donde hay que esperar a que se produzca el mayor desarrollo, crecimiento y expansión de todas las ramas de la psicología, tanto a nivel teórico como formativo, investigador y aún más importante profesional” (2000) Becoña E, Vázquez F., y Oblitas L.

Es verdad que el campo de la psicología de la salud en general es muy fértil en cuanto a toda la generación y aplicación del conocimiento promete; sin embargo, y si bien en la época actual se han rescatado importantes correlaciones entre comportamiento y salud, podemos hablar al momento de lo prometedor de la psicología de la salud más como un asunto potencial que como un asunto real. Esto significa que depende del posicionamiento que tenga el psicólogo y la psicología en las instituciones de salud que se le dé el acogimiento adecuado a todas las actividades realizadas por y desde la psicología de la salud.

Al respecto, encontramos dos grandes asuntos a trabajar en la prospectiva psicológica de la salud. La primera, tiene que ver con la formación del psicólogo de la salud desde tres principales tareas (1982 Weiss, “Investigación, aplicaciones y formación”, citado en Oblitas, 2000).

¿Cómo puede hacerse presente el psicólogo de la salud en las instituciones? Coincidimos con Oblitas, quien le apuesta a la preparación constante del psicólogo de la salud y su presencia cada vez más frecuente en la investigación básica y aplicada de los factores conductuales involucrados íntimamente en los principales problemas de salud:

[...] en particular en las actividades de evaluación, prevención e intervención psicológica, con una perspectiva cognitiva, emocional y conductual, interdisciplinaria e integracionista, basada en evidencias empíricas. El futuro de la psicología, como ciencia y profesión, está en el tema de la salud, en términos de fomento del bienestar y la salud y el control de los factores psicológicos que inciden en la enfermedad (Oblitas, 2008).

De igual manera, Oblitas hace patente la importancia de incrementar la investigación empírica en función de los principales problemas psicosociales, y la presencia del psicólogo de manera activa en revistas especializadas y libros actualizados son actividades promisorias que hacen que el psicólogo de la salud esté cada vez más presente en los debates actuales de investigación en torno a la relación comportamiento, calidad de vida, salud y enfermedad.

De las líneas de investigación que propone Oblitas (2010) para el desarrollo futuro de la psicología de la salud, vemos como apremiantes las siguientes:

- Incorporación del modelo conductual por parte de otros profesionales de la salud, previa formación biológica para comprender, explicar y cambiar los comportamientos desadaptativos relacionados con la salud. Ante la aún abrumadora presencia del modelo biomédico, es importante buscar estrategias de concientización del personal sanitario respecto a la promoción de salud, calidad de vida y prevención de la enfermedad, incorporando los aspectos tanto psicológicos como sociales en la atención que se brinda en las instituciones de salud.

- Gran desarrollo de programas preventivos en enfermedades causadas por hábitos inadecuados... (corazón, cáncer y carretera) dejando de relieve que estas enfermedades y defunciones son totalmente prevenibles.
- “Aplicación de procedimientos eficaces de bajo costo”. Retomando los aspectos costo-eficacia, “es importante que se demuestre a través de estudios controlados la eficacia de ciertos procedimientos para que los dirigentes políticos y los estamentos administrativos y demás profesionales apoyen acciones programadas de la psicología de la salud”. De nuevo cobra importancia la credibilidad, basada en la evidencia de la investigación empírica, en pos de la destinación de recursos y políticas para el fortalecimiento de nuestra área.
- “Mejoramiento de las técnicas disponibles, evaluación adecuada de las existentes y desarrollo de nuevos procesos de intervención”. La evaluación constante de las técnicas y procedimientos de intervención hace que el trabajo de la psicología de la salud sea vigente.
- “Desarrollo de la psiconeuroinmunología”. Tiene que ver con la relación estrecha entre la psicología, el sistema nervioso y el sistema inmune “sostiene la hipótesis de que el sistema inmunológico puede ser controlado por la mente y poder alterar así el proceso o disposición a la enfermedad” (Ortega, 2011).
- “Utilización de medios de comunicación masiva”. Para que las estrategias de autoayuda para controlar el estrés, dejar de fumar, entre otros inmunógenos conductuales, puedan llegar a cada vez más población, de manera eficaz.
- “El desarrollo de estrategias preventivas para evitar recaídas después de alcanzar ciertos logros en la modificación de comportamientos”. Sobre todo en lo que se refiere a comportamientos adictivos, como el consumo de alcohol y cigarrillos.
- “Utilización saludable del tiempo libre”. Promoviendo acciones que repercutan en la calidad de vida y por ende en su salud.
- “Incremento en la asistencia a personas de edad avanzada y con SIDA” En este apartado podemos relacionar esperanza de vida con calidad de vida en ambos tipos de población (Oblitas, 2010).

Además de las sugeridas por Oblitas, podemos agregar como atención prioritaria desarrollar estrategias de contención que puedan dirimir en la salud de las personas que padecen *burn out* o estrés laboral, presente principalmente en las personas que trabajan con otras personas y que cobra mayor impacto en lo que a las instituciones de salud se refiere. Este aspecto es fundamental ya que estas personas además de estar sobrecargadas de trabajo horario, día con día se enfrentan a pérdidas de todo tipo, incluyendo la muerte.

El uso de la cibertecnología, en atención a problemas específicos de salud, puede ser un campo promisorio en el futuro de la psicología de la salud, ya que se puede utilizar para atender de manera inmediata alguna situación imprevista sin necesidad de acudir físicamente a la institución de salud. La atención especial a la calidad de vida del cuidador en las enfermedades crónicas y la importancia del trabajo con redes de apoyo social, familiar, institucional, formal e informal, coadyuvarían a liberar en algo de la sobre carga percibida que, de no tratarse, puede poner a la persona cuidadora en riesgo de enfermar o morir.

El trabajo de fomentar el cambio de hábitos perjudiciales para la salud por hábitos saludables pone al psicólogo de la salud en el papel de reeducador, es decir, tiene que diseñar estrategias que contrarresten años de vida de estilos de vida poco saludables. Es decir, el psicólogo de la salud

tiene que estar atento a los procesos psicológicos que generen uno u otro tipo de conducta y buscar las estrategias para incidir en el cambio.

Por tal razón, el trabajo del psicólogo de la salud con las generaciones más jóvenes, en especial la niñez sería en el sentido no de reeducar, sino de formar hábitos saludables desde temprana edad. En este aspecto, la meta es que las nuevas generaciones puedan tener mejor calidad de vida, y por ende, la presencia de factores mórbidos producidos por la conducta se vayan erradicando. Es entonces que el trabajo con los padres como educadores de las nuevas generaciones es un área muy prometedora dentro del campo de la psicología de la salud y de la calidad de vida.

La presencia del psicólogo de la salud en las instituciones de salud y su relación con las políticas públicas de salud

El segundo campo problemático a considerar es que además de la formación constante del psicólogo de la salud, y para que se puedan lograr todos los alcances de esta rama de la psicología, es importante tomar en cuenta algunas cuestiones en torno a la presencia y del psicólogo de la salud en las instituciones de salud.

Aún con todas las aportaciones reales y potenciales de la psicología de la salud en las instituciones de salud, que dan cabida al enfoque bio-psicosocial, es importante mencionar que, en la práctica, aún se tiene la permanencia de la hegemonía del modelo biomédico en lo que a la importancia del psicólogo se refiere, dando prioridad a la figura del médico, enfermeras, técnicos y demás personal sanitario por encima del psicólogo y viendo a la salud como ausencia de la enfermedad.

De acuerdo con Piña (2004), quien analizó algunos de los marcos normativos en materia de salud en nuestro país, existe una caracterización muy pobre en lo que a la psicología y al psicólogo se refiere. No obstante, la cantidad de investigaciones que en el campo de la salud se han hecho por los psicólogos, el reconocimiento profesional dentro de las instituciones de salud es nulo o inexistente.

Al respecto, McMurtry y Bultz (2005) mencionan que “esta enorme disparidad entre los recursos que se destinan a tratamientos biomédicos y los que se destinan a la atención psicosocial de enfermedades y trastornos emocionales refleja el pensamiento reduccionista actual que domina las decisiones en políticas de salud” (citado en Pastor, 2008, p. 287).

Esto se refleja en varios aspectos, empezando por la casi inexistente contratación de psicólogos con esa plaza y circunscribiendo en el mejor de los casos, su labor al trabajo clínico, diagnóstico de enfermedades mentales y no al trabajo preventivo de la psicología de la salud y de la calidad de vida. Al respecto, se hace un llamado a apelar a lo que Piña (2004a) llama conciencia de gremio, es decir, hacernos más presentes y procurar modificaciones a la normatividad vigente para asegurar el mismo reconocimiento y el mismo trato que otros profesionales de la salud reciben en el sistema sanitario en México:

Nos parece en este sentido que nos encontramos en una coyuntura, en la que, como gremio, –esto es, como profesionales de la psicología que compartimos un mismo interés, el de participar activa y decididamente en el sector sanitario– debemos procurar el mismo reconocimiento que históricamente han recibido profesionales involucrados en el citado sector. No se trata por supuesto de un reconocimiento de palabra, sino de

un reconocimiento de hecho, que quede debidamente plasmado en la normatividad vigente [...] y que ello traiga consigo una discusión seria del estatus profesional de los psicólogos que ejercen en el sector sanitario. Las implicaciones de no hacerlo, seguirán siendo, sin duda alguna las que hoy en día se siguen padeciendo (Piña, 2004).

Otro reto importante en el quehacer del psicólogo de la salud en las instituciones correspondientes, tiene que ver con la delimitación de su campo de acción; no se trata de que el psicólogo de la salud se convierta en un “todólogo” y que atienda directamente todas las demandas de los usuarios. Al respecto, Piña (2006) pone atención en esta necesidad: “finalmente, está el asunto del papel de la psicología de la salud en el campo de la salud y el rol a jugar en este por los profesionales de la psicología”.

Siguiendo con el pensamiento de Piña (2006), la importancia de promover el trabajo inter y multidisciplinario en los temas de salud y calidad de vida, hacen que el papel del psicólogo sea el del transferir el conocimiento generado desde su disciplina tanto a otros profesionales de la salud como a los usuarios, para que sean ellos quienes lo utilicen. Para ello, se deben tener claros los elementos teóricos y metodológicos que, dentro del campo de la psicología, servirán como sustento en esta transferencia del conocimiento. Al respecto, cobra relevancia el papel del psicólogo de la salud como educador:

Chaves, Gomes, Russel y Werner (2005) afirman que: “El psicólogo de la salud debe asumir, sin demérito de otras actividades sustantivas, el papel de una suerte de educador en el sentido amplio del término. De un educador capaz de identificar la dimensión individualizada de los problemas sociales y de su evaluación; de alguien capaz de enseñar a otros a seleccionar, adaptar y utilizar los procedimientos y las técnicas para generar los cambios deseados en los comportamientos, que pueden afectar potencialmente la salud, o que coadyuven a su recuperación una vez que se ha perdido (citado en Piña y Rivera, 2006, p. 277).

Conclusiones

Cada vez está más reforzada la idea de que el modelo comportamental es la panacea para promover la salud y prevenir enfermedades. En este sentido, aun cuando la psicología de la salud presenta un terreno fértil de desarrollo, es el más prometedor por su reciente incorporación a los problemas de salud relacionados con estilos de vida y por su factor de prevención de enfermedades. Es necesario que el modelo se incorpore de manera formal en las instituciones de salud. Es decir, contemplándolo en las políticas públicas de salud.

Toda vez que hemos analizado algunos campos problemáticos para el desarrollo de la psicología de la salud, en las instituciones de salud encontramos que la presencia del psicólogo, y en especial del psicólogo de la salud, dentro de las instituciones de salud es aún incipiente; por tal motivo es prioritario hacerlo salir de la “cuasi invisibilidad” en que se le tiene.

Con la aparición del modelo comportamental y su relación con la prevención de la enfermedad y mortalidad, estamos en una coyuntura que podemos aprovechar para posicionar al psicólogo de la salud en un lugar prioritario dentro de las instituciones de salud, y no como un agregado o un asistente del médico en turno.

Lo anterior solo se puede lograr partiendo de tres estrategias:

- Dedicarle un espacio especial a la formación, investigación y profesionalización del psicólogo de la salud; su participación activa en la generación de nuevos conocimientos respecto a la relación comportamiento, calidad de vida y salud, y la presentación de estos en los principales espacios de divulgación científica, llámese revistas especializadas, libros actualizados, de tal manera que los resultados sean siempre pertinentes, y con el uso de los *mass media*, para que estos puedan llegar a diferentes sectores de la población y no solo dentro del ámbito físico hospitalario.
- Integrar las aplicaciones de la psicología de la salud al trabajo cotidiano dentro de las instituciones de salud, participar de forma activa y decidida hasta lograr el reconocimiento de nuestra profesión equiparable al que se tiene en el campo médico y, por ende, que se generen las condiciones tanto de desarrollo profesional ampliando las oportunidades de formación, investigación y profesionalización como de seguridad laboral del psicólogo en el campo de las instituciones de salud, abriendo más plazas y homologando los sueldos con los de los médicos especialistas, que al fin y al cabo la psicología de la salud es una rama de especialización dentro de la psicología en general.
- De igual forma, que se logre el trabajo interdisciplinario entre los distintos actores del personal sanitario delimitando las funciones de cada uno, tanto del campo de la salud como de la enfermedad, y que a partir de la capacitación que el psicólogo de la salud haga desde su campo a cada miembro del sistema de salud en las instituciones se pueda operar desde el modelo biopsicosocial. El costo-beneficio del modelo comportamental comparado con los altos costos del modelo biomédico (remedial y no preventivo) será un parteaguas en la operatividad del modelo comportamental en personas formadas desde el modelo biomédico, he ahí una enorme área de oportunidad.

Por lo anterior podemos afirmar que hasta que quede fortalecida la figura del psicólogo de la salud dentro del sector salud es que se podrán saborear los frutos del modelo bio-psico-social y su correspondencia con la salud y la calidad de vida.

Referencias

- Alvarez Amézquita, J., Bustamante, M., López Picazos A. y Fernández del Castillo, F. (1960). Historia de la salud y asistencia en México. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Ansoleaga, E., Toro, J., Godoy, L., Stecher, A. y Blanch, J. (2011). Malestar psicofiológico en profesionales de la salud pública en la Región metropolitana. *Revista médica de Chile*, 139(9): 1185-1191.
- Arellano Jarillo, G. (2013). Situación actual de la atención en servicios de salud en México. CuidArte "El Arte del Cuidado". *Revista electrónica de investigación en enfermería FESI-UNAM*. 2 (3): 17.
- Ascencio, L., Allende, S. y Verástegui, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 11(1): 102-115.
- Ascencio, L., Rangel, N. y Allende, S. (2013). Proceso de atención psicológica en el programa de atención y cuidados en oncología en el Instituto Nacional de Cancerología. *Psicooncología*, 10(2-3): 393-406.
- Austria, F., Cruz, B., Herrera, L. y Salas, J. (2012). Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. *Universitas Psychologica*, 11(1): 197-206.
- Beneitone, P., González, J. y Robert, W. (Eds.). (2014). *Tuning América Latina. Meta-perfiles y perfiles. Una nueva aproximación para las titulaciones en América Latina*. España: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós.
- Bustamante, M., Viesca, C., Villaseñor, F., Vargas, A., Castañón, R. y Martínez, X. (1982). *La salud pública en México, 1959-1982*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Cárdenas de la Peña, E. (1976). *Medicina familiar en México, IMSS*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Charría Ortiz, V. H., Uribe Rodríguez, K. V., López Lesmes, C. N. y Arena Ortiz, F. (2011). Definición y clasificación teórica de las competencias académicas, profesionales y laborales. *Psicología desde el Caribe*, 28: 133-165. Dirección General de Estadística e Informática, SSA. (2000). *Aportación para la integración del anexo estadístico del I informe de gobierno*. México: Mimeo.
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (2017). *Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) padrón de programas 9/2017*. Recuperado de <https://www.conacyt.gob.mx>
- Fernández, M., Ortega, A., Pérez, M., García, M. y Cruz, F. (2014). Funciones y situación actual de la intervención de los psicólogos en cuidados paliativos. *Psicooncología*, 11(1): 163-172.
- Gómez, M., Chamorro, G., Obispo, K., Parra, Y., Paba, C. y Rodríguez de Ávila, U. (2013, enero-abril). Representación social del psicólogo en el área de la salud: Un estudio cualitativo en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena. *Psicología desde el Caribe. Universidad del norte*, 30(1): 91-122.
- Grazziano, E. y Ferraz, E. (2010, febrero). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería global*, 18: 1-20.
- Holtzman, W.H., Evans, R.I., Kennedy, S. e Iscoe, I. (1998). Psicología y salud. contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de salud. En *Bol of Sanit Panam*, 105 (3).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx>
- Libro Blanco, *Título de Grado en Psicología*. (s.f.). España.

- Magtibay, D., Chesak, S., Coughlin, K., y Sood, A. (2017). Decreasing stress and burnout in nurses: Efficacy blended learning with stress management and resilience training program. *Journal of Nursing Administration*, 46(7-8): 391-395. doi: 10.1097/NNA.0000000000000501.
- Martín, I. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1): 89-99.
- Morales, F. y Díaz, E. (2000). Algunas consideraciones sobre la psicología en las instituciones médicas. *Perinatología y reproducción humana*, 14: 176-182. Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. 53 Asamblea Mundial de la Salud A 53/4 punto 3 del orden del día provisional.
- Oblitas Guadalupe, L. A. et al. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida* (3a. ed.). México: Cengage Learning.
- Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). El estado del arte de la psicología de la salud. *Revista de Psicología*, 26: 219-256. Recuperado de <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=337829507002>
- Oblitas Guadalupe, L.A. y Becoña Iglesias, E. (2000) *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.
- Oblitas Guadalupe, L. A. (2004). *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Recuperado de <http://www.sicapacitacion.com/librospsicologia/psicologia%20-%20manual%20de%20psicologia%20clinica%20y%20de%20la%20salud%20hospitalaria.pdf>
- Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la psicología de la salud. *Revista de psicología*, 26(2): 220-254.
- Ortega C. (2011). *La psiconeuroinmunología y la promoción de la salud*. XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación. Barcelona, España.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud México; Resumen ejecutivo y diagnóstico y recomendaciones*. México: OCDE.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Cuidados Paliativos*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2017). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2009). *Estrategia y plan de acción sobre salud mental*. Washington, D.C., Estados Unidos.
- (2002). Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud división de desarrollo de sistemas y servicios de salud Organización Panamericana de la Salud. *Perfil del sistema de servicios de salud México*. México: OPS.
- Pastor Sirera, J. (2008). El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo*: 281-290. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77829304>
- Pastrana, T., De Lima, L., Wenk, R., Eisenchlas, J., Monti, C., Rocafort, J. y Centeno, C. (2012). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica ALPC*. Houston: IAHP Press.
- Pertile de Aranda, S. (2016). Competencias específicas del Proyecto Tunning América Latina en la carrera de psicología de la Universidad Americana. *Multidisciplinaria*, 4(1): 25-53.
- Piña, J. y Rivera, B. (octubre-diciembre, 2006) Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su Qué y su Para Qué. *Universitas Psychologica*, 5(3): 669-679. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. ISSN: 1657-9267 revistascientificasjaveriana@gmail.com Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750319>
- Piña López, J. A. (2004). La Psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1): 191-205.
- Piña López, J.A. (2004). La Psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4: 191-205. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740111>

- Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Informe Final-Proyecto Tunning América Latina 2004-2007.* (2007). España: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Remor, E., Ulla, S. y Arranz, P. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Rodríguez, J. y Zurriaga, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Rodríguez Marín J. (2014). *Psicología social de la salud*. Editorial Síntesis.
- Rodríguez-Marín, J. y Neipp, M. (2008). *Manual de Psicología social de la salud*. Madrid, España: Síntesis.
- Rodríguez Pérez, M. y E., Rodríguez de Romo, A. C. (1998). Historia de la salud publica en México: siglos XIX y XX. *SCIELO*: 5(2): 293-310.
- Ruiz, M. S. (2005). *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*. España: Editores Médicos, S.A. EDIMSA.
- Sebastian, R., W., Pelicioni, M. C. F. y Chiattonne, H. B. C. (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, (2)1: 156.
- Sierra, M. (2013). El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de cirugía bariátrica. *Interdisciplinaria*, 30(2): 191-199.
- Soria, R., Vega, Z., Nava, C. y Saavedra, K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit*, 17(2): 223- 230.
- Soto-Estrada, G., Moreno-Altamirano, L. y Pahua Díaz, D. (2016, noviembre-diciembre). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 59(6).
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. (6a. ed.). México: McGrawHill.
- Tobón, S., y Nuñez, A. C. (2000). Psicología y sistema de salud en Latinoamérica. *Perspectivas en psicología*, 3, 21- 40.
- Torío, J. y García M.C.A. (2000). Causalidad y estrategias de prevención. En: Osuna Frías, A., *Salud Pública y Educación para la Salud*. pp. 203-215. Barcelona: Masson.
- Vallejo, J. y Garduño, A. (2014). Cuidados paliativos en pediatría. *Acta pediátrica Mexicana*, 35: 428-435.
- Ulloa, F. (1995). *La novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Werner, S., R., Pelicioni, M. C. F. y Chiattonne, H. B.C. (2002). La psicología de la salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*2(1): 153-172. Asociación Española de Psicología Conductual Granada, España.
- Westphal, M.F. (2001). A Nova Saúde Pública. *Jornal da USP*, 15(545): 2