

PERSPECTIVAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD: EL LUGAR DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

COMPREHENSIVE PERSPECTIVES OF HEALTH CARE: THE ROLE OF HEALTH PSYCHOLOGY

(Fecha de recepción: 26/05/20 - Fecha de aceptación 18/08/20)

Lic. Susana E. Morgado*

RESUMEN

Se espera realizar un aporte al campo de la salud desde una investigación centrada en las prácticas y discursos que circulan en el sistema de salud de Mendoza para acrecentar conocimientos y formular propuestas contributivas a este sector del quehacer social.

Se reconoce el desafío de mejorar las condiciones de salud de las personas, trascendiendo al ámbito científico y técnico de la medicina convencional y de los sistemas sanitarios sustentados exclusivamente en este modelo, haciendo el pasaje hacia una consideración holística de otras variables de incidencia en los problemas de salud, en tanto que factores desencadenantes o moduladores del proceso salud-enfermedad. El eje temático son las Enfermedades No Transmisibles.

Inicialmente se ha seguido una metodología teórica conceptual mediante rastreo bibliográfico acerca de perspectivas inclusivas de la dimensión biológica, psicológica, social y ambiental y, a partir de este soporte, se propuso un trabajo de investigación - acción en actual desarrollo en efectores del sector público cuyos resultados preliminares son presentados en este documento. También se formula una puesta en valor de los estilos de abordaje, las prácticas de los equipos de salud y sus incidencias en relación con el cuidado, protección, restauración o mantenimiento del estado de salud de quienes consultan.

Palabras clave: enfermedades no transmisibles, condiciones biomédicas y psicosociales, intervenciones integrales.

ABSTRACT

It is expected to make a contribution to the health field from an investigation focused on the practices and patients' opinions hold within the health system in Mendoza. The research pursues to increase knowledge and formulate concrete proposals to this sector of social work.

The challenge of improving people's health conditions is recognized. This transcends the scientific and technical fields of conventional medicine and health systems which are based exclusively on the biomedical model. This may imply the passage towards a holistic consideration of other variables of incidence in health problems, as triggers or modulators of the health-disease process. The thematic axis is Non-communicable Diseases.

Initially, a theoretical-conceptual methodology was followed, through bibliographic research on inclusive perspectives from a biological, psychological, social and environmental dimension. On this base, research-action work is in development in public health care providers which preliminary results are presented in this document. Also, it is intended to foster the value of the approaching styles, the practices of the Health Teams and their impact in relation to the care, protection and maintenance of health conditions of the consultants of the Health Care system.

Keywords: non-communicable diseases, biomedical and psychosocial conditions, comprehensive interventions.

INTRODUCCIÓN

A comienzos del presente siglo, y en un avance hacia el conocimiento sobre las actividades propias del ámbito de las Ciencias de la Salud, pueden advertirse cambios sustanciales (Grau Abalo y Hernández Meléndez, 2005). Entre los fenómenos de mayor relevancia, se mencionan la evolución del antiguo modelo biomédico y una nueva conceptualización del proceso salud-enfermedad, reconociendo la implicancia de factores psicosociales de indiscutible incidencia; nuevos modos de transición epidemiológica; la emergencia de conceptos como calidad de vida y bienestar, que sin lugar a dudas han posicionado a las Ciencias Sociales en este escenario, instando a fortalecer este nuevo esquema de pensamiento acerca de la salud.

Se suman a estos avances, la caracterización de la Atención Primaria de la Salud como espacio integral para el despliegue de múltiples acciones con base en la comunidad, el fomento del trabajo en equipo, el interés por la investigación en este campo y la búsqueda de soluciones adecuadas y realistas para los nuevos desafíos.

En este contexto, el desarrollo de la Psicología de la Salud ha tenido lugar como una consecuencia natural a partir de una suerte de limitaciones del modelo biomédico tradicional en lo que a prácticas en salud se refiere; las concepciones fragmentadas y sus esperables fracasos en el sistema sanitario, así como la factibilidad de incluir y comprender variables sociales y psicológicas como verdaderos factores con suficiente poder como para precipitar procesos de salud-enfermedad.

En este orden, según Grau Abalo *et al.* (2005) se conoce que los cuadros de morbi-mortalidad de países desarrollados se entremezclan en modo cada vez más avanzado con aquellos típicos de países que están en vías de desarrollo, los cuales están en estrecha relación con los estilos de vida, las consecuencias del estrés, así como

con las emociones que resultan de modos de afrontamiento y patrones de conducta, creencias y atribuciones, que conforman un verdadero espectro de agentes multi-causantes de las denominadas «enfermedades aprendidas», entre las cuales, y a los efectos del presente trabajo, se hace mención de las conocidas como Enfermedades No Transmisibles, cuya acuciante expansión convoca a ocuparse de sus condicionantes psicosociales; así también, mantienen en desafío a los servicios de salud en relación con una mejora en sus prestaciones desde una perspectiva integral.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2013), las Enfermedades No Transmisibles constituyen una condición médica o padecimiento considerado no infeccioso o no transmisible, de carácter crónico por permanecer durante largos períodos de tiempo y con un progreso lento. Estas enfermedades suelen concluir con decesos rápidos, como el caso de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, entre las más prevalentes.

Además, responden a condiciones causales en gran proporción, entre las que se consideran ciertos factores de riesgo conductuales que se han visto agudizados, en modo general, como parte de la transición económica, los vertiginosos procesos de urbanización y los modos de vida del presente siglo, tales como el consumo de tabaco, los estilos de alimentación malsanos, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol. Así también, es preciso destacar que algunos factores de riesgo, como el medio ambiente y los antecedentes heredo-familiares, pueden potenciar la probabilidad de ciertas enfermedades no transmisibles.

Según reportes de la OMS (2013), cada año aproximadamente seis millones de personas mueren por causas altamente relacionadas con el consumo de tabaco, siete millones por hipertensión y casi tres millones a causa de complicaciones por sobrepeso y colesterol elevado.

Según datos reportados por el Ministerio de Salud de la Nación (2019), las enfermedades no transmisibles representan la mayor carga de enfermedad del país y del mundo. En Argentina, son responsables del 73,4% de las muertes, el 52% de los años de vida perdidos por muerte prematura y el 76% de los años de vida ajustados por discapacidad. Además, se ha demostrado que un elevado porcentaje de estos padecimientos puede ser prevenido mediante estrategias de promoción de hábitos de vida más saludables, lo cual implica un desafío respecto de la orientación de esfuerzos y recursos en este sentido que hagan posible un replanteo del modelo de atención a partir del fomento de la proactividad de los equipos de salud comprometidos en estrategias de intervención integrales en beneficio de las personas que padecen estos males. Se trata de garantizar buena calidad de atención por parte de los servicios de salud, además de facilitar seguimientos longitudinales que favorezcan la adherencia y participación activa de las personas con este tipo de enfermedades.

En refuerzo de estos conceptos, siguiendo a Quillas Benites, Vásquez Valencia y Cuba Fuentes (2017), se reconoce que el mejor modo de prevenir la incidencia de enfermedades no transmisibles es a partir de la práctica de estilos de vida saludables, lo cual promueve en los profesionales de la salud la búsqueda de dispositivos que contribuyan a la motivación y acompañamiento de pacientes para la esperada aceptación y encausamiento hacia estos desafíos de cambio.

Precisamente, y en virtud del carácter sistémico de este proceso, es que se torna imprescindible planificar intervenciones desde una perspectiva integral y a partir del trabajo en equipo y transdisciplinario.

Desde estas premisas, entonces, emerge la importancia de considerar la incursión de la Psicología de la Salud como verdadero espacio de conocimientos y aportes que mucho tiene para entrecruzar con otros saberes, en tanto disciplina que pone acento

en potenciales salutogénicos de las personas y las comunidades a partir de estrategias de prevención y de promoción de la salud; efectivamente es en este contexto donde, según De Lellis (2006), la Psicología tiene importantes potencialidades para desplegar; en particular si se piensa que a diversos problemas de salud es preciso aportarles respuestas integrales, complejas y centradas en la dimensión social.

Siguiendo estos conceptos, Morales Calatayud (2012) también refiere a la importancia que tiene para el desarrollo de este campo el establecimiento de un paradigma centrado en la salud, la promoción y la comunidad.

Según Pérez Álvarez (1991), a partir de considerar el proceso salud-enfermedad como fenómeno multideterminado, es preciso atender a las condiciones tanto biomédicas de la vida como a las propias condiciones biográficas del vivir. Tales dimensiones, ponen acento en la salutogénesis como perspectiva de estudio orientada a la búsqueda de modelos conceptuales acerca de los procesos de sanar, mantenerse en condiciones de salud, así como en promoverlas y acrecentarlas; también en desterrar la inoperante distinción entre salud física y salud mental, que resulta un concepto más histórico que real, por cuanto no considera que cualquier estado de salud es integral y que cualquier enfermedad, en verdad, es psicósomática; además, la salud no debe ser entendida como un bien en sí mismo, sino como un medio para una mayor calidad de vida y como recurso para el incremento del bienestar, el ajuste personal y social.

A la luz de estos conceptos, se entiende entonces la injerencia directa de la Psicología de la Salud en este escenario que plantea un modelo de atención integral, definiendo con ello su lugar allí.

Por otra parte, uno de los cuestionamientos que se formula en modo recurrente en relación con el tema es cómo comprenden y emplean las personas la información técnica o específica que reciben para adoptar

posteriormente decisiones clave que impactan en sus vidas y en la de sus familias (Róvere, 2011).

O por qué algunos programas de promoción y/o de atención en salud tienen éxito en tanto que otros fracasan; o aun admitiendo los beneficios de propuestas tempranas de detección, estas terminan por ser poco utilizadas, conllevando esto a que muchas personas padezcan de enfermedades crónicas, encontrando limitaciones para el acceso a un tratamiento. Siguiendo estos conceptos, resulta también de interés cuestionarse acerca de cómo es que se moviliza una comunidad frente a un problema sanitario prevalente.

De aquí, entonces, emergen preguntas concretas:

- ¿Cómo pueden describirse las condiciones de acceso a los servicios de Atención Primaria de la Salud por parte de los/as usuarios/as?
- ¿Cómo impactan las estrategias de Promoción y Educación para la Salud en estas prácticas?
- ¿Qué factores inciden en el éxito o el fracaso de algunas intervenciones preventivas?
- ¿Cómo podrían categorizarse los posibles cambios detectados, en las conductas de los usuarios en este sentido?
- ¿Qué experiencias pueden describir los profesionales de la salud en relación con sus prácticas cotidianas en los servicios de salud?

METODOLOGÍA

Estos argumentos fueron oportunos inductores de propuestas para un trabajo empírico en el marco de una investigación cualitativa, el cual pudo ser encarado por tres efectores de salud pública del departamento de Las Heras, provincia de Mendoza (marzo a noviembre de 2019), a partir de los debidos acuerdos institucionales, información a sus autoridades y disponibilidad de las pertinentes autorizaciones.

Entre los objetivos del estudio, se otorgó preeminencia a:

- Profundizar el conocimiento acerca del acceso a los servicios de Atención Primaria de la Salud por parte de los/as usuarios/as en un sector poblacional del Gran Mendoza previamente seleccionado.
- Analizar la situación actual de los usuarios de los servicios visitados a partir de sus condiciones diagnósticas de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, así como los procesos que sostienen en este sentido.
- Explorar las estrategias de acompañamiento y de educación que se emplean en el quehacer preventivo y promocional en salud, y el nivel de impacto que estas tienen en los usuarios.

Se estableció el propósito de seguir pautas de un estudio exploratorio descriptivo con encuestas (León y Montero, 2015). Partiendo de datos basales de la población significativa y en función de la necesaria consulta de registros médicos, se diseñó un instrumento de exploración que permitiera el rastreo de condiciones generales y específicas (físicas, psicológicas, ambientales), individuales y familiares, de los consultados y en relación con sus padecimientos.

En el transcurso de los procesos propios de las instituciones –Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS)–, así como de las actividades que ya tenían previstas para su desarrollo (Día Mundial de la Lucha contra la Diabetes, Día Libre de Humo de Tabaco), se fue elaborando material de difusión y de apoyo: folletería, trípticos, mensajes mediante redes sociales, etc. En modo simultáneo, se aplicaron entrevistas semiestructuradas a los usuarios de estos servicios, cuyos ejes centrales fueron:

- problema de salud prevalente,
- antigüedad del diagnóstico,
- comorbilidades
- frecuencia de consultas médicas,
- adherencia al tratamiento,
- hábitos / estilos de vida,
- estado de ánimo habitual,
- percepción sobre actividades de la vida diaria,
- puesta en valor de la prevención,
- conocimientos acerca de programas de prevención en ECNT.

RESULTADOS

En función de los procesos en avance, pueden aportarse resultados de medio término en el presente estudio.

Se entrevistaron en esta etapa a cuarenta y dos usuarios (18 a 75 años) y a ocho profesionales de la salud. Además, se involucraron con alto grado de compromiso en esta propuesta dos agentes sanitarias y dos estudiantes avanzadas de la Carrera de Psicología.

Acerca de las intervenciones con los/as profesionales, resulta de interés mencionar los conceptos emergentes y nucleares, siguiendo una línea de análisis desde la Teoría del Núcleo Central en el marco de la Teoría de las Representaciones Sociales de Abric (2001), según la que se procura identificar frecuencias de narrativas expresadas entre los participantes hasta encontrar saturación; ello a partir de ejes categoriales previamente establecidos, en relación con conceptos como Prevención en salud / Trabajo en equipo / Adherencia al tratamiento.

Tabla 1. Categoría: Prevención en salud*

Núcleo central	Conceptos periféricos	Otros asociados
<i>Trabajo de enorme importancia. Requiere de mucha constancia. Nunca resulta suficiente.</i>	<i>Se trata de un proceso que hay que sostener diariamente.</i>	<i>Cada vez se acerca a consultar un mayor número de personas, con una diversidad de problemas.</i>
<i>Es muy importante hacer controles e investigación en estos temas.</i>	<i>Solo conociendo en mayor profundidad lo que le ocurre a la gente se puede hacer buena prevención.</i>	<i>Profundizar en este trabajo contribuye a mejorar estrategias preventivas.</i>
<i>Es muy importante la tarea de Prevención, pero para esto es necesario conocer qué piensan las personas, especialmente acerca de cómo se sienten atendidos.</i>		
<i>La clave en Prevención es que la gente participe, se involucre en las propuestas.</i>	<i>Es preciso indagar más acerca de los Estilos de Vida de las personas.</i>	
<i>Es muy importante para hacer Prevención que la gente aprenda a llevar un Autorregistro sobre sus propias experiencias.</i>		

*Se detalla frecuencia de narrativas dominantes de parte de los profesionales entrevistados.

Tabla 2. Categoría: Trabajo en equipo*

Núcleo central	Conceptos periféricos
<i>Es muy importante poder coordinar un trabajo en este sentido.</i>	<i>Importancia de coordinar con quienes puedan actuar ante las Urgencias.</i>
<i>Es muy necesario, especialmente cuando hay escasez de recursos (humanos, materiales)</i>	<i>Para mejorar niveles de Atención y de Prevención es imprescindible que haya una mejora en la asignación de recursos.</i>
<i>Es un aspecto clave: para trabajar y funcionar como Equipo tiene que haber un buen nivel de comunicación entre los integrantes.</i>	
<i>Es muy importante, pero esencial que en estos Equipos haya un Profesional de la Salud Mental.</i>	<i>El Profesional de la Salud Mental es el que puede ir al centro de temas, como cambios de hábitos.</i>
	<i>Se necesita de un Profesional de la Salud Mental en este tipo de tareas.</i>
	<i>Los Profesionales de la Salud Mental son los que pueden prevenir que los pacientes entren en desaliento.</i>

*Se detalla frecuencia de narrativas dominantes de parte de los profesionales entrevistados.

Tabla 3. Categoría: Adherencia al tratamiento*

Núcleo central	Conceptos periféricos	Otros asociados
<i>La gente entiende que debe cuidarse, pero muchos, debido a problemas familiares, económicos, caen en depresión y no logran seguir los tratamientos.</i>	<i>Es muy importante el Profesional de la Salud Mental para que pueda intervenir y fortalecer el compromiso de la gente para seguir sus tratamientos.</i>	
<i>Muchos pacientes no cumplen con las indicaciones, pese a que sí son constantes en acudir a las visitas (según los turnos asignados).</i>	<i>Se muestran interesados, pero después no logran cumplir.</i>	
<i>La mayoría de la gente no acude a las convocatorias que se realizan para hablar de temas de Salud y hacer Prevención (talleres, reuniones informativas, etc.).</i>	<i>Es muy probable que haya que diseñar nuevas estrategias para mejorar el compromiso y participación ante estas convocatorias.</i>	

<i>Las personas muchas veces no pueden seguir las indicaciones porque tienen limitaciones económicas y sociales.</i>	<i>De todos modos, para lograr adherencia, hay que «enseñar». Hay que insistir con la educación.</i>	
<i>Los pacientes no se hacen responsables de sus propios cuidados diarios.</i>	<i>Es importante seguirlos, acompañarlos, trabajar en su rehabilitación y fomentar su compromiso.</i>	<i>Hay que apelar a todos los recursos que sean necesarios: registros, anotaciones en planillas, armar grupos de WhatsApp para sostener el contacto y el compromiso.</i>
	<i>A los pacientes les cuesta mucho mantener su cumplimiento ante las indicaciones.</i>	

*Se detalla frecuencia de narrativas dominantes de parte de los profesionales entrevistados.

En relación con las intervenciones con usuarios, se describen reportes mediante el empleo de Paquete Estadístico SPSS siguiendo el criterio de Análisis de Frecuencias.

Tabla 4. *Edad del/la paciente entrevistado/a*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18 a 28	4	9.5	9.5	9.5
	29 a 39	2	4.8	4.8	14.3
	40 a 50	11	26.2	26.2	40.5
	51 a 61	14	33.3	33.3	73.8
	62 a 72	10	23.8	23.8	97.6
	+ de 72	1	2.4	2.4	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Tabla 5. *Tipo de enfermedad que padece*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diabetes	29	69.0	69.0	69.0
	Obesidad	12	28.6	28.6	97.6
	Otra	1	2.4	2.4	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Tabla 6. Antigüedad del diagnóstico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 1 año	6	14.3	14.3	14.3
	Hace 1 año	9	21.4	21.4	35.7
	De 2 a 3 años	8	19.0	19.0	54.8
	Más de 3 años	19	45.2	45.2	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Tabla 7. Frecuencia de consultas que mantiene con el/la profesional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Una vez al mes	17	40.5	40.5	40.5
	Cada 3 meses	9	21.4	21.4	61.9
	Cada 6 meses	2	4.8	4.8	66.7
	No sabe	14	33.3	33.3	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Tabla 8. Adherencia al tratamiento*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	15	35.7	35.7	35.7
	Casi siempre	25	59.5	59.5	95.2
	Nunca	2	4.8	4.8	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

*Seguimiento de pautas e indicaciones aportadas por el/la profesional que les asiste.

Tabla 9. Valoración que los/as usuario/as hacen acerca de la Prevención*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alta Valoración	6	14.3	14.3	14.3
	Media Valoración	23	54.8	54.8	69.0
	Baja Valoración	1	2.4	2.4	71.4
	Lo ignora	12	28.6	28.6	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

*Carga valorativa adjudicada a Estrategias de Prevención.

Tabla 10. Conocimiento de Programas de Prevención*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	16	38.1	38.1	38.1
	No	26	61.9	61.9	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

*Programas del efector donde se consulta habitualmente, o de otros ámbitos sanitarios.

Este recorrido hace posible observar que de este grupo de personas con las que se ha intervenido, un 83% se ubica en rangos de edad entre 40 y 70 años, presentan prevalencia de diabetes y/u obesidad, con un diagnóstico establecido desde hace más de tres años y consultas médicas de al menos una vez al mes, refiriendo en su mayoría como causa de sus visitas la necesidad de acudir para la indicación del medicamento (receta).

Así también, se hace referencia a estados de ánimo de prevalencia oscilante entre el bienestar y el malestar generalizado, con incidencias directas en la autopercepción que poseen acerca del nivel de rendimiento en sus actividades de la vida diaria.

Para esta etapa, también se ha considerado de interés indagar sobre ejes tales como la adherencia al tratamiento indicado por el/la profesional de salud que dispensa la asistencia, destacándose un nivel de adhesión inconstante, aludiendo la mayoría de las personas a dificultades de orden económico y ocupacional, que incidirían en modo directo en esta suerte de incumplimiento frente a las pautas de estilos de vida saludable indicadas (alimentación, actividad física, recreación, entre las más destacadas).

Ello condice con la valoración poco consistente que atribuyen a la prevención como estrategia para seguir en la práctica cotidiana. Este aspecto también encuentra relación directa con un prevalente grado de desconocimiento acerca de programas de prevención que se encuentran vigentes en la órbita de la Salud Pública.

Otro recurso considerado de alto valor para formular el análisis de datos fue la aplicación del soporte informático Atlas.ti 7.5, por el que a partir de los objetivos del proyecto de investigación y de los datos que se van organizando de las entrevistas a usuarios del servicio resulta de interés avanzar a partir de la propuesta de agrupamientos de códigos. Se reitera que solo se reportan datos obtenidos al momento presente.

Así, *Estado de Salud* como las percepciones y valoraciones (cognitivas, actitudinales y emocionales) que los usuarios refieren respecto a diversos aspectos relacionados a su estado de salud. *Servicio de Salud*, aquellas representaciones que los usuarios presentan sobre el servicio de salud como organizador externo de su situación de salud. Otro agrupamiento se da en relación con el concepto de *Prevención*, dado que las ideas representadas por los usuarios del servicio de salud van aportando significados y relaciones valiosas en referencia al objetivo general de la investigación.

En relación con *Estado de Salud*, los usuarios presentan referencia a problemas situacionales, ambientales y económicos asociados a su problemática de salud. Este núcleo representacional aparece combinado en menor medida con representaciones sobre los *hábitos* (estilo de vida).

Acerca de *Servicio de Salud*, cobra importancia la *indicación o directiva médica*. Esta categoría y su subsidiaria, *el tratamiento farmacológico* aparecen como primera asociación de los usuarios en detrimento

incluso de las referencias concretas a *las atribuciones sobre el Sistema de Salud* propiamente dicho.

Respecto de *Prevención*, se analizan representaciones asociadas a que anticiparse a la enfermedad es *ir al médico* y *respetar las indicaciones*, lo que deja en un lugar pasivo al usuario y, por supuesto, no da lugar a la posibilidad de preguntarse por aquello que ocurre en la vida de las personas antes de llegar al médico, esto es, qué espacios de decisiones personales y de autocuidado (práctica de hábitos) no terminan por planearse y tanto menos de consolidarse.

DISCUSIÓN

En función de las preguntas inicialmente formuladas y de los objetivos que orientaron la presente etapa de trabajo, es posible observar que desde el propio escenario de actuación de los/las profesionales de la salud, la tarea de prevención es puesta en alto valor; no obstante ello, se reconocen limitaciones demarcadas por la falta de recursos de diversa naturaleza, como humanos, materiales, físicos, tiempos; la necesidad de sostener intervenciones preventivas, fomentar el trabajo en equipo, donde debe asegurarse la calidad de la comunicación, la participación de profesionales de la salud mental como agentes promotores de cambios en las conductas de las personas y donde adquiere un lugar preponderante la educación y el acompañamiento continuo en aras de mejorar estilos de vida en pos de la salud.

Así también, en cuanto a las interacciones con los usuarios de servicios de salud y conforme a los resultados expuestos, se entiende la existencia de brechas entre lo que puede reconocerse como comportamientos más apropiados para ganar en salud y las prácticas reales en la vida cotidiana, las cuales terminan por quedar distantes de esta finalidad; evidenciando la existencia de barreras de índole económica, social, cultural, entre otras, que restringen el acceso a oportunidades de estilos de vida más saludables.

Además, siguiendo a destacados referentes de la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2017), los avances consolidados en el campo de las ciencias biomédicas y demográficas han hecho posible que a nivel mundial las personas dispongan de mejores medios para alcanzar adecuados niveles de salud. No obstante, los reportes de una sostenida morbilidad y los insuficientes recursos en el campo de la salud en muchos países ponen de manifiesto que hay abundantes espacios y temáticas para indagar, conocer y proponer intervenciones a los fines de subsanarlos.

De aquí entonces el interés por formular estudios de esta naturaleza y contribuir con aportes que puedan hacer lugar a la consideración de perspectivas integrales de atención en salud. En este sentido, se espera obtener mayores alcances en la información a partir del análisis de nuevos datos obtenidos en lo que constituyera una segunda etapa del presente trabajo para su oportuna difusión.

CONCLUSIONES

Retomando la iniciativa del presente trabajo, cual es detener la mirada en una perspectiva integral de atención en salud y reconocer el lugar de la Psicología de la Salud en este campo, se entiende que existen suficientes argumentos para aportar continuidad a las premisas recorridas en este acervo bibliográfico, posibles de ser traducida en aplicaciones prácticas y directas en el cotidiano quehacer del campo de la salud. En palabras de Saforcada (2012), resulta evidente que la salud trasciende el campo de las responsabilidades individuales para constituirse en responsabilidades del conjunto de la sociedad y, en este orden, los profesionales de la Psicología también son convocados a esta labor.

Tales premisas consistirán, entonces, en la puesta en valor de la *integralidad en atención en salud*, respetuosa de una visión multidimensional tanto de la salud individual

como colectiva, identificando y optimizando los factores que impliquen cuidado y protección de la salud; la capacidad de intervenir sobre aquellos riesgos y condiciones que puedan afectarla y las posibilidades de articular acciones de promoción, de prevención y/o rehabilitación de las personas, sus familias, su comunidad y sus grupos de pertenencia. Según Stolkiner (2011) se trata de un modelo de atención en salud desde una concepción participante integral, un modelo en gestación como una propuesta centrada en la participación que implica reformulaciones teóricas como instrumento de cambio.

Otro aspecto a destacar en esta perspectiva es la *equidad* como significante de la eliminación de diferencias injustas en cuestiones de salud, acceso a la atención y a los ambientes saludables y como un requisito fundamental para el desarrollo de las capacidades, las libertades y el ejercicio pleno del derecho de las personas.

Además de la *continuidad*, como otro requisito de importancia, entendida como el seguimiento del estado de salud de las personas; las familias, el control de los riesgos y factores determinantes y su entorno, como medidas para asegurar contención y protección desde este campo.

La *eficiencia* y la *eficacia* en la orientación de los recursos son otras consignas insosla-

yables en pos de su uso racional y prioritariamente orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas.

Hablar de una perspectiva integral de atención en salud y poner en valor el lugar de la Psicología de la Salud convoca a reflexionar sobre estos requisitos, además de proponer un sistema participativo, abierto a la toma de decisiones de las personas y sus grupos de pertenencia, como motor impulsor del espíritu de responsabilidad y de autodeterminación, según los postulados de Alma Ata (1978) y, en función de ello, la promoción de estilos de vida saludable.

Estilos que denotan combinaciones de un amplio rango de comportamientos organizados y que operan como respuestas a distintas situaciones vitales de cada persona o grupo, de aquí el interés por fomentar cambios hacia estilos de vida saludables, consigna que permite legitimar el lugar de la Psicología de la Salud como interesante disciplina con suficiente bagaje teórico y práctico para aportar en este campo. En este sentido, según Gallende (2012), si se piensa en una política de cobertura social amplia, esta incluye necesariamente el bienestar psíquico. Así, los objetivos de una política de salud mental que asignan un papel central a la participación de la comunidad encuentran coincidencia con la estrategia de toda atención primaria de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Abric, J. C. (2001). *Prácticas Sociales y Representaciones*. México, D.F. Ediciones Coyoacán.
- De Lellis, M. (2006). *Psicología y políticas públicas de salud*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Departamento de Estudios y Desarrollo. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2013). *Modelo de Atención Integral en Salud*. Gobierno de la República Guatemala.
- Gallende, E. (2012). *Consideración de la Subjetividad en Salud Mental*. En: Salud Mental y Comunidad. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires. Año 2, N° 2, ISSN 2250-5768.
- Grau Abalo, J. A. y Hernández Meléndez, E. (2005). *Psicología de la Salud: aspectos históricos y conceptuales*. En: Hernández, E., Grau, J. (Comp.). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara. Centro Universitario en Ciencias de la Salud, pp. 33-84).
- León, O. y Montero García-Celay, I. (2015). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. Madrid. 4ª Edición. Ed. Mc Graw-Hill.
- Morales Calatayud, F. (2012). *Psicología de la Salud. Realizaciones e Interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo*. Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica 4(2) 98-104, DOI: 10.5872/psiencia/4.2.71
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Secretaría de Gobierno Salud (2019). *Informe de Gestión Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles 2018*. Buenos Aires. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001416cnt-2019-02_informe-de-gestion-ENT.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección de Municipios y Comunidades Saludables (2014). Boletín N° 14. *Salud Familiar y Comunitaria*. Buenos Aires. Argentina.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *10 datos sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles*. Recuperado de: https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Atá*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2017*. Recuperado de: iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34330
- Pérez Álvarez, M. (1991). *Medicina, Psicología de la Salud y Psicología Clínica*. Revista de Psicología de la Salud; 3: 21-44.
- Quillas Benites RK, Vásquez Valencia C, Cuba Fuentes MS. (2017). *Promoción de cambios de comportamiento hacia Estilos de Vida Saludable en la consulta ambulatoria*. Acta Med. Perú. N° 34(2):125-31.
- Róvere, M. (2011). *Redes en salud; los grupos, las instituciones, la comunidad*. Buenos Aires. Editorial El Ágora.

Saforcada, E., Castellá Sarrieta, J. y Alfaro I., J. (2015). *Salud Comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*. Buenos Aires. Ediciones Tiempos Nuevos.

Stolkiner, A., Comes, Y. y Garbus, P. (2011) *Alcances y Potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina*. Revista Ciênc. Saúde Coletiva vol.16 no.6 Río de Janeiro. Recuperado de: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600019

AGRADECIMIENTOS

Un sincero agradecimiento al Equipo de Profesionales del Área Sanitaria de Las Heras, Ministerio de Salud de Mendoza, por su apertura y cooperación para con esta iniciativa. Así como a los estudiantes avanzados de la Carrera de Psicología, Universidad de Congreso, quienes contribuyeron con la aplicación de los instrumentos previstos para este estudio.