

**FUNDAMENTACIÓN LINEA PSICOLOGIA, SALUD Y SOCIEDAD
DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNIVERSIDAD CES**

**Alejandra Jácome.
Shirley Torres.
María Laura Arango.
Katherine Arrieta.
Nora Cristina Londoño.**

**Nombre de la línea
PSICOLOGÍA Y SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
2013**

PRESENTACIÓN

El reconocimiento de que el fenómeno vital humano está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales; ha llevado al reconocimiento de variables como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación del complejo proceso salud-enfermedad, si a esto se suma que:

La trascendencia de las explicaciones biomédicas han denotando sus límites permitiendo que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas; Hoy no solo se reconoce su función y aporte, sino que a la vez se les demandan soluciones y posturas.

Los cambios experimentados en el cuadro de morbi-mortalidad de la población mundial que en el que las enfermedades crónico degenerativas no solo desplazan las infectocontagiosas, sino que a la vez con su presencia develan una estrecha relación con problemas como la desnutrición, la violencia y la accidentalidad, entre otras.

Los modelos imperantes sobre modos y estilos de vida producto del desarrollo económico y social que no solo impone lógicas sobre el orden de la accesibilidad y atención del servicio, sino que a la vez genera riesgos mentales y estilos de vida inadecuados basados en el consumismo.

Ha llevado a entablar reflexiones desde diversos ámbitos en torno al lugar de la psicología, su papel y compromiso con el acompañamiento, desarrollo y transformación del proceso salud enfermedad, dando por resultado modelos teóricos y campos de aplicación.

Con el objetivo de poder dar cuenta de los puntos que fundamentan la línea de Psicología y salud y los procesos que se orientan desde esta, a continuación se introducen en dos grande apartados los elementos teóricos y prácticos necesarios para que el investigador reconozca un lugar de asentamiento y pueda prospectar su que hacer.

En el primer apartado se realiza una reflexión en torno al proceso objeto de estudio de la línea: la salud, sin embargo debido a las construcciones históricas realizadas alrededor de esta es imposible no abocar a la enfermedad. Posteriormente se aborda la relación existente entre la psicología y la salud, presentando las principales orientaciones o campos que se han ocupado de dicha relación develando los temas e interese que han motivado el desarrollo de estudios e investigaciones, para por último presentar los componentes administrativos y organizativos del campo de la salud en el territorio colombiano enunciando sus temas y prioridades, tarea que se constituye fundamental en el diseño del componente operativo de la línea.

El segundo apartado el componente operativo de la línea hace referencia a aquellos aspectos temáticos y metodológicos que orientarán el desarrollo de

cada una de las acciones que de ella se desprenda por parte de los investigadores, está compuesta por los objetivos, temas, campos, articulaciones, y la prospectiva de lo que se espera lograr en el mediano y largo plazo.

Es importante aclarar que el objetivo de esta fundamentación es introducir a los investigadores en la línea, no obstante no puede, ni debe verse como producto acabado ya que su riqueza radica precisamente en que como tal es una introducción que invita y motiva la experticia de todos aquellos que deciden hacer parte del grupo de investigación a construirla continuamente.

Fundamentación teórica

El abordaje que se presenta cumple la función de explicitar los conceptos necesarios para poder comprender la relación que se ha construido entre la psicología y la salud. Como tal es un ejercicio compilador en el que a través de la revisión documental se identifican campos, temas y autores a través de diferentes ópticas y temporalidades, facilitando al investigador que se inicia en el tema poder ubicar el contexto sobre el que se fundamentará su que hacer.

Modelos en Salud

Las creencias que sobre la salud y la enfermedad se poseen han estado muy relacionadas con la valoración de la enfermedad, entendida esta como un estado o situación que limita la persona para la realización de sus actividades habituales debido a las molestias e incomodidades que sufre, mientras que la salud ha sido percibida como el periodo en el que no se posee o esta ausente la enfermedad

Estas creencias populares se desprenden de los modos en que la ciencia ha logrado definir los estados de salud y enfermedad. La revisión de cada uno de los modelos desarrollados a lo largo de la historia para comprender el intrincado proceso de salud . enfermedad, permitirá develar los intereses que han orientado las distintas practicas , así como constituir el nicho conceptual del que se desprende la postura que asume la línea psicología y salud.

Quizás una de las clasificaciones mas conocida ha sido la realizada por Arredondo (1992) en la que producto de la investigación documental logra recoger de manera sintética, las principales tradiciones con las que se había abordado para ese entonces el proceso salud- enfermedad. A modo general se describe a continuación su clasificación.

- ***Modelo mágico Æreligioso***

Para este modelo la enfermedad es la resultante de fuerzas ó espíritus; representa un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la fe religiosa. Las fuerzas desconocidas y los espíritus (benignos y malignos) constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado de salud-enfermedad que priva en un individuo ó en una sociedad. La presencia de este modelo en la actualidad se sostiene bajo el manto de hechiceros, brujos, sacerdotes, chamanes.

- ***Modelo Sanitarista***

Producto de revolución industrial la salud-enfermedad se entiende como la consecuencia de las condiciones insalubres que rodean al hombre, en este sentido, las condiciones ambientales son los determinantes primarios, promoviendo la introducción de medidas de saneamiento contra los índices de morbimortalidad.

- **Modelo social**

Para este modelo, la relación salud-enfermedad se genera en las condiciones de trabajo y de vida del hombre y de cada conjunto poblacional, su aporte radica en la introducción como variables determinantes el estilo de vida, y los factores del agente y factores del ambiente. Privilegia a lo social como el factor más importante, factor que explica la aparición y el rol de otros factores participantes.

- **Modelo unicausal**

La salud-enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos. Constituye un fenómeno dependiente de un agente biológico causal y de la respuesta del individuo, donde se busca el agente patógeno ó el factor causal de cada enfermedad.

- **Modelo histórico social**

Desde la perspectiva de esta propuesta, existen perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. Todos los factores causales se permean por lo social-histórico. Introduce cinco variables fundamentales para el análisis del objeto de estudio: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo

- **Modelo epidemiológico**

Generado en la mitad del siglo XX, Incorpora el modelo multicausal para el estudio de la salud-enfermedad colectiva e introduce la red de causalidad, donde el elemento central de análisis es la identificación de los factores de riesgo.

- **Modelo Ecológico**

La salud- -enfermedad resulta de la interacción agente- -huésped-ambiente en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el entorno.

- **Modelo Geográfico**

La enfermedad resulta de la interacción de factores patológicos y factores propios del ambiente geográfico (factores geógenos); privilegia el ambiente geográfico como factor determinante del proceso salud-enfermedad. Aunque contempla el factor social como parte de los factores geógenos no da la suficiente importancia como determinante del proceso.

- **Modelo Económico**

Incorpora la teoría del capital humano en los determinantes de la salud enfermedad y conceptualiza a la salud como un bien de inversión y de consumo para estar alerta ante la enfermedad. Para esta propuesta el ingreso económico, los patrones de consumo, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales son las variables que entran en juego en el análisis de los determinantes de la salud y la enfermedad. Incorpora y justifica el valor económico en el estudio del proceso en cuestión y da una visión más amplia del determinante social.

- **Modelo Interdisciplinario**

El estado de salud-enfermedad, tanto a nivel individual como social, resulta de la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación. Existen determinantes básicos a nivel sistémico (ambiente, genoma, etc.), determinantes estructurales a nivel socio-estructural (estratificación social, mecanismo de redistribución de la riqueza, etc.), determinantes próximos a nivel institucional-familiar (estilos de vida, sistemas de salud, etc.) y, a nivel individual el propio estado de salud.

Recientemente Liliana Madrid (2011) logra actualizar la reflexión sobre los modelos incluyendo y adecuando aquellos que han ido surgiendo y/o transformándose en épocas recientes, se presenta tal cual la tabla en la que resume las principales características de los modelos.

Modelo	Concepción de enfermedad	Principales características
Modelo mágico religioso	Resultado de fuerzas o espíritus. Representa un castigo divino o un estado que pone a prueba la fe religiosa.	Prevención: obediencia a normas y tabúes. Curación: ejecución de ritos facilita la aceptación de la muerte el sujeto tiene un rol pasivo-receptivo
Modelo biomédico	Resultado de la agresión de un agente causal (etiológico)	Biologicismo a-histórico a-cultural (dimensión cultural en un sentido negativo) racionalidad científico . técnica individualista relación médico-paciente asimétrica excluye el saber del paciente (referencias socioculturales)
Historia Natural de la Enfermedad (HNE)	Proceso de múltiples y complejas determinaciones	medio interno: espacio donde se procesarían modificaciones bioquímicas, fisiológicas e histológicas propias de una determinada enfermedad y donde actúan factores hereditarios,

		alteraciones orgánicas, etc. medio externo: interactúan agentes y determinantes (físicos, biológicos, sociopolíticos, culturales)
Modelo Histórico-social	Relacionada al contexto histórico, modo de producción y clases sociales	Tipo de patología y frecuencia se diferencian entre sociedades y clases sociales.
Modelo Sistémico	Fenómeno complejo, dinámico y multivariado ligado a la subjetividad, circunstancias vitales, condiciones sociales, culturales, económico políticas y medioambientales	Postula que no se pueden fragmentar los componentes de los fenómenos. Considera que cambios en un elemento provoca alteraciones en todos.
Modelos Socioculturales	Enfermedad (concepción biomédica)	Comprende las alteraciones o disfunciones de procesos biológicos y/o psicológicos.
	Padecimiento (construcción social)	Incorpora la experiencia y la percepción individual relativa a los problemas derivados de la patología
	Sickness (construcción social)	Involucra los procesos de significación de la enfermedad y reacciones sociales, como también la socialización de la enfermedad y del padecimiento.

La amplia gama de modelos que se han desarrollado, no solo refleja Los límites con los que se han enfrentado las disciplinas para comprender el proceso salud enfermedad, sino que a la vez, devela la multiplicidad de condicionantes y situaciones necesarias a tener en cuenta a la hora de realizar aproximaciones.

En suma, dado que no es posible reducir la enfermedad a un problema individual de índole biológica y consecuentemente de disfunción o alteración orgánica, ya que es innegable que la enfermedad posee además un significado y un sentido vinculado al contexto social y cultural de pertenencia del individuo y de su red de relaciones sociales (familia, creencias, valores, amistades, entorno laboral) en el cual también hay que situar y analizar no solo su causalidad sino también su tratamiento, la línea Psicología y salud se suma a la postura de (Caramés García, 2004), cuando define la enfermedad como:

Un conjunto de variables y relaciones + síntomas + de índole diversa y dentro de un contexto, a través de los cuales se articula la historia y causalidad de la misma, por lo que la enfermedad expresa y manifiesta también las relaciones sociales que le confieren de igual modo un carácter estructural. La incorporación de una perspectiva socio-cultural permite superar una visión monocultural e incorporar aspectos coherentes con la concepción de la enfermedad como construcción social +

Psicología y los procesos salud- enfermedad

Para la mayoría de manuales la historia de la psicología nace vinculada a la Fisiología y a los laboratorios experimentales en la Alemania de finales del siglo

XIX. Bajo un ambiente científico dominado por el positivismo la psicología logra desprenderse de la filosofía y responder a las necesidades pragmáticas de una sociedad movida por la revolución industrial.

No obstante, este desprendimiento que cimentaba la independencia de la naciente disciplina psicológica no puede ser reconocido como un proceso unidireccional, ya que si bien, de un lado su desarrollo se gestaba desde los laboratorios y la institucionalización académica, del otro, el empuje por responder a problemas sociales concretos y la falta de unidad en métodos y teorías llevo a la creación de escuelas que terminarían por posicionar la psicología como campo profesional.

Para el caso de la relación entre la psicología y el campo de la salud, se reconoce que la Psicología se vinculó al mundo de la salud inicialmente desde la perspectiva de la enfermedad mental, como psicología clínica, colaborando estrechamente con la psiquiatría, y solo a finales de la década de los 70 tras desarrollarse un fuerte interés en la medicina por las enfermedades crónicas y el papel del comportamiento en estas, es que comienzan a aparecer una serie de prácticas y discursos psicológicos que amplían y posicionan esta relación de modo diferente al clínico, dando origen a una serie de ramas como, la psicología médica, medicina conductual ,medicina psicosomática, psicología comunitaria y recientemente a la psicología de la salud.

La descripción de cada una de estas formas, permitirá comprender los objetos, temas e intereses que han marcado y dirigido el desarrollo científico de la relación psicología y salud, y que en última instancia terminan por configurar el cuerpo de fundamentación de la línea Psicología y salud.

La Psicología Clínica

Su aparición formal suele establecerse en 1896, en la Universidad de Pennsylvania, ligada a Lighner Witmer y a su grupo de trabajo, su interés se centró fundamentalmente en niños, y en pacientes con trastornos del lenguaje y del aprendizaje (Trull, 2003).

Al igual que al resto de campos de intervención psicológica su desarrollo y posicionamiento se va a dar posteriormente en las primeras dos décadas del siglo XX en Norte América, en el que además se suman factores como la aparición de la primera versión del test de inteligencia de Binet Simon en 1905, el surgimiento de otro tipo de clínicas, como la que William Healy inició en 1909 para el estudio de la conducta de los delincuentes en colaboración con el Tribunal de Menores del condado de Cook, en Chicago.

De este modo, la preocupación inicial de Witmer en relación con los aspectos cognitivo-intelectuales de la personalidad a través de su trabajo con retrasados mentales, se vio ampliada hacia los aspectos afectivos y de comportamiento

social, lo que obligó a un estudio más amplio del individuo por parte de los psicólogos clínicos y esto exigía de instrumentos más dinámicos y de mayor alcance.

El concepto de Psicología Clínica quedó formalmente establecido cuando, en 1912, Witmer presentó el primer número de *Psychological Clinics* diciendo: "En cuanto a los métodos de la psicología clínica, intervienen necesariamente siempre que se determina cómo funciona la mente de un individuo, mediante la observación y experimentación, así como cuando se aplica un tratamiento pedagógico para lograr un cambio, es decir, el desarrollo de dicha mente" (Witmer, 1912).

Como periodo de consolidación de la psicología Clínica se da debido a las dos guerras mundiales, la Primera Guerra estimuló el desarrollo de baterías de tests que pudieran ser usados para medir las diferencias individuales en adultos. Ese énfasis en la evaluación continuó durante los años veinte con la publicación de muchos de los tests más conocidos y usados en la clínica psicológica (el Rorschach, o el Goodenough, por ejemplo). La evaluación centrada en las diferencias individuales entre las personas estimuló los análisis teóricos de la naturaleza y función de la personalidad, dentro de una perspectiva intrapsíquica.

Con la segunda guerra mundial, se reconocen dos ítems, el primero sostenido sobre los procesos de reclutamiento el que el estudio de las características de los sujetos fue fundamental, y en el segundo, los efectos de la posguerra sobre la salud de los sujetos, lo que generó la necesidad de establecer tratamiento psicológico.

El Ejército de los Estados Unidos rápidamente capacitó a psicólogos de todas las tendencias para aplicar pruebas, para evaluar el nivel intelectual, aptitudes, estabilidad emocional y descubrir los desórdenes del comportamiento de los reclutas. En 1918, ya se tenía la evaluación psicológica de unos dos millones de adultos que habían hecho las pruebas en forma personal o colectiva.

El compromiso de los psicólogos clínicos en la Segunda Guerra Mundial, fue mucho más importante que en la Primera. 1.500 psicólogos sirvieron en la Segunda Guerra Mundial. En 1944, veinte millones de militares y civiles fueron sometidos a unas sesenta millones de pruebas psicológicas.

Ya en 1940, habían aparecido tal cantidad de pruebas, más de quinientas, que se necesitó un *Mental Measurement Yearbook* para catalogarlas, y el desarrollo, la aplicación y la evaluación de estos instrumentos siguieron estimulando el diagnóstico y la investigación de los psicólogos clínicos.

La aplicación de pruebas, comenzó además, a ser un negocio. Se comercializaron las pruebas y por ende se ofreció asesoría a negocios e industrias, ¿atisbos de Psicología empresarial? Además de aplicar pruebas, los psicólogos tuvieron que hacer entrevistas, escribir informes psicológicos, y debido al enorme número de trastornos

psicológicos durante y después de la guerra, tuvieron que realizar terapia, paradójicamente psicoanalítica+(Duran,2007:137)

El desarrollo de la Psicología Clínica durante los años siguientes a la Segunda Guerra mundial fue incorporando nuevas perspectivas de tratamiento, fundamentalmente la de la terapia de conducta, que comenzó a suplantar a los modelos psicodinámicos, aunque la hipótesis fundamental en el campo ha seguido siendo que la conducta disfuncional nace de procesos intrapersonales, incluyendo trastornos de la personalidad, que deben ser objeto de una rigurosa investigación mediante una cuidadosa evaluación en un marco clínico.

La Psicología médica

La necesidad de tomar en cuenta variables de tipo emocional y comportamental en la comprensión de la enfermedad, así como de humanizar el trato con el paciente fue gestando desde mediados del siglo XX al interior de la medicina el campo denominado psicología médica, con el que se pretendió aportar al médico informaciones y conocimientos suficientes para que pudiese comprender a su enfermo, en tanto que persona humana sufriende de una enfermedad, y a fin de que pueda tratarla mejor, según los datos científicos actuales que se desprendían de la psicología y la psiquiatría.

Tres objetivos han guiado el campo de estudio de la psicología médica; formar e informar al futuro médico para mejor realizar su labor en general, proporcionándole una conceptualización amplia del contexto psicobiológico y psicosocial de la salud y la enfermedad, servir de puente entre los conocimientos de las ciencias básicas próximas, singularmente la neurofisiología y la neuroquímica, y la psicología general y social, y sentar las bases para la comprensión de la Psicopatología y la Psiquiatría.

Su desarrollo ha estado marcado por el auge de ciertas corrientes y estudio de temas dentro de los que se cuentan: la medicina psicosomática con la se inicia desde los métodos de observación clínica un estudio sobre la relación existente entre personalidad, traumas y la presencia de algunas enfermedades, posteriormente la Psicología médica vira su interés en el estudio de la relación médico-paciente y la adaptación de los enfermos a las condiciones hospitalarias y al cumplimiento de los tratamientos. Posteriormente son reconocidos los estudios sobre la preparación psicológica de los pacientes que iban a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas, con los que se demostró que esta intervención favorecía la evolución y reducía el tiempo del postoperatorio y la ocurrencia de complicaciones.

No obstante y pese a sus desarrollos la psicología médica no logró posicionar su objeto y campo de un modo claro dentro del decurso médico, su diversidad de métodos de estudio y su mismo carácter de híbrido desalentó su desarrollo,

sin embargo, no se puede negar el valor y los aportes para el posterior desarrollo de lo que se ha oyo se denomina psicología de la salud.

La psicología médica ha padecido de las limitaciones de la medicina clínica. Su interés básico está en la situación de enfermedad, en los concomitantes psicológicos de la condición de enfermo, en favorecer los comportamientos adecuados para una buena evolución y en que el personal de asistencia tenga una buena comprensión de los pacientes. En los últimos años, una vez que fue perdiendo autoridad la teoría psicósomática, los presupuestos de la psicología médica fueron orientándose en otra dirección, en particular después de los trabajos de los psicofisiólogos sobre las emociones y su repercusión somática (como los de Wolf y Wolf), de Selye sobre el estrés (Selye, 1956), y en general de desarrollos acerca de la relación entre el comportamiento y la salud, los que también están en la base de lo que hoy consideramos psicología de la salud. Lo que inicialmente fue un campo limitado y sin una visión dirigida hacia la prevención de las enfermedades y su comprensión en el contexto social, sesgado, además, por una base teórica de poco rigor metodológico, influyó de todos modos en la actividad de los médicos y de los servicios de asistencia a los enfermos.+(Morales1997: 45)

Medicina conductual

La Medicina Conductual se define como: "El área interdisciplinar dedicada al desarrollo e integración de la ciencia conductual y biomédica, del conocimiento y técnicas relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad física y la aplicación de estos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación". (Schwartz, 1978: 23)

Su desarrollo histórico data de 1977 cuando se organiza el Primer Congreso sobre Medicina Conductual en la Universidad de Yale. Allí se reunieron importantes especialistas del área de la salud y de las ciencias sociales para formalizar la creación de la medicina conductual, entendida como un campo interdisciplinario de integración de conocimientos biomédicos y sociales, con el fin de diseñar e implementar procedimientos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de pacientes.

La rápida expansión de la nueva práctica se veía reflejada para la época en el sin número de publicaciones donde se reportaban investigaciones sobre la aplicación de las técnicas y procedimientos basados en la medicina conductual a enfermedades, tales como hipertensión arterial, dolor crónico, asma infantil, desórdenes cardiovasculares, rehabilitación neuromuscular, y cáncer.

Agras (1982) identifica cuatro factores que favorecieron el rápido crecimiento de la medicina conductual. a) El antecedente de que la medicina psicósomática había generado un cuerpo de investigación que vinculaba los factores psicológicos, a un número importante de enfermedades. b) El análisis conductual aplicado, como área de intervención, había generado procedimientos de tratamiento psicológico, conductualmente orientados a una variedad de trastornos físicos. c) Los estudios epidemiológicos habían

identificado ciertos factores que incrementaban el riesgo asociado con algunas enfermedades.d) Como consecuencia del aumento en los costos del tratamiento de las enfermedades, se produjo interés por la prevención en lo general, y en particular, en los factores psicológicos y sociológicos involucrados en el trabajo preventivo.

Psicología comunitaria

Se ha descrito como un enfoque de la salud mental que subraya la función de las fuerzas ambientales en el alivio y la creación de los problemas, su nacimiento se identifica en la década de los 60 cuando un grupo de psicólogos clínicos inconformes con la practica tradicional de la psicología clínica.

El término psicología comunitaria se utilizó por primera vez en el informe de una reunión patrocinada por la Universidad de Boston y el Instituto de Salud Mental, denominada "Conferencia sobre la Educación de Psicólogos para la Salud Mental Comunitaria", celebrada en 1965 en la localidad de Swampscott, surgiendo así un movimiento en el que evidentemente las primeras acciones se enfocaron aun bajo la influencia de los recursos tradicionales de los psicólogos, formados fundamentalmente para el trabajo clínico, pero que poco a poco fueron trascendiendo estos modos.

Sus postulados se desarrollan debido a la insatisfacción con el modelo médico, el cual, era limitado en la comprensión del origen de las enfermedades, soslaya el estudio de la adecuación del entorno, y no cuestiona las condiciones sociales de existencia, excluye la participación y no fomenta la salud como un concepto integrado; la insatisfacción con la psicoterapia, debido a sus limitaciones para resolver los problemas de la gente; la insatisfacción con el rol tradicional del psicólogo centrado en el psicodiagnóstico, y las aperturas que en esa época se dieron en aquel país para el activismo social a partir de la creación de ciertos programas para el trabajo de salud en la comunidad.

La amplitud de la naciente psicología comunitaria, rápidamente aboco el interés de múltiples profesionales de la psicología, llevando a construir un basto campo prueba de esto lo da la multiplicidad de modelos que han sido creados a asumidos de una u otra manera por los psicólogos comunitarios, Modelos del cambio social, Modelos de suministros, Modelos de orientación sistemática, Modelos de apoyo social, Modelos de objetivos, Modelos ecológicos, Modelos de actuación.

Sin embargo es posible decir que los aspectos principales de esta perspectiva son la relatividad cultural, la diversidad y la ecología y que existen unos criterios básicos a la hora de pensar en psicología comunitaria: el desarrollo de recursos humanos, la actividad política y la ciencia.

Psicología de la Salud

Flórez (2004) plantea que suele atribuirse a Joseph Matarazzo el uso original del término en 1982, con su tradicional definición de psicología de la salud como el "conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias" No obstante, demuestra como ya otros autores habían utilizado con anterioridad ese concepto; incluso como, a inicios de la década de los años 70s ya existía una Sociedad de Psicología de la Salud en Cuba. Tal como lo señala la junta directiva de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud, ALAPSA, en el boletín Latinoamericano de Psicología de la psicología cuando plantea la Psicología de la Salud nació en Latinoamérica a finales de los años 1960, con la ocupación de posiciones en el nivel de política central en el Ministerio de Salud Pública de Cuba, y el desarrollo peculiar de servicios de Psicología en una extensa red institucional en salud.

En 1995 Morales en su texto *La psicología en los servicios de salud* caracterizaba la psicología de la salud como la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Además marcaba el interés de la Psicología de la salud por el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud.

Esta aproximación impone condiciones al psicólogo de la salud en las que se le obliga a incluir acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y estar atento en el diseño de programas y proyectos para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de quienes los reciben.

Son estas características, las que han llevado a los teóricos a reconocer la psicología de la salud como un campo amplio que si bien encuentra sus raíces en la denominada medicina conductual, ha logrado trascenderlo por lo menos debido a cuatro condiciones:

La primera tiene que ver con que la psicología de la salud se trata de una rama aplicada de una disciplina más general la psicología. Lo segundo, es que enmarca su interés en todas aquellas variables psicológicas en el proceso salud-enfermedad, incluyendo también entre sus intereses los problemas que se desprenden de la atención de la salud y las enfermedades de las personas, lo que supone de hecho no sólo asuntos organizativos o económicos, sino también de carácter psicológico, son acciones que se producen por personas y para personas; lo tercero radica en que se

ocupa no sólo de la atención o curación de los enfermos. Lo que históricamente ha sido una práctica extensa y que ha producido diversos resultados teóricos y de investigación, es también de su interés, pero ahora también queda incluida la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, y no debe prestarse a confusiones porque se diga psicología "de la salud"; en términos simples se prefiere utilizar en su denominación la que alude a la parte positiva del proceso, pero estamos hablando de psicología aplicada a "la salud y a la enfermedad y sus secuelas"; y por último, aunque a la psicología, como disciplina que estudia el comportamiento, se le ha asociado tradicionalmente al estudio de las desviaciones de éste, dentro del comúnmente conocido como campo de la "salud mental", la concepción de psicología de la salud se relaciona con todos los problemas de salud, ya sea que estos se expresen en términos de enfermedad primordialmente a través de manifestaciones "mentales" o "corporales."+(Morales, 1997: 58)

De este modo, puede decirse que a la Psicología de la Salud, le interesa todo lo relacionado con variables psicológicas en el proceso salud enfermedad, y se ocupa no solo de la atención o curación de los enfermos; contiene la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; se relaciona con todos los problemas de salud, no solo con la salud mental; tiene como ámbitos de actuación todos los niveles de atención y su enfoque no está centrado sólo en el individuo, incluye el trabajo con la familia y la comunidad. Además, es parte de ella, el estudio de los factores subjetivos que intervienen en el funcionamiento de las organizaciones laborales de salud y sus trabajadores. Por último, por denominarse Psicología de «la Salud», no se refiere sólo a la parte positiva del proceso, es Psicología aplicada a la salud, la enfermedad, y también a sus secuelas.

La innegable amplitud de intereses, permite develar como la Psicología de la salud sigue con las preocupaciones tradicionales de la psicología somática, la psicología médica, la medicina comportamental y la psicología comunitaria, pero a la vez más allá al reconocer que su campo se nutre de el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la especialidad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria. Lo que ha llevado a muchos autores a distinguir dos campos dentro de la psicología de la salud:

a) La Psicología clínica de la salud (Reynoso & Seligson, 2005) campo dedicado a la intervención psicológica en situaciones de tratamiento y rehabilitación propias del ámbito de la salud, especialmente en el contexto del tratamiento de la enfermedad, con un fuerte arraigo en la psicología clínica, y b) la psicología social de la salud (Rodríguez Marín 1995), campo dedicado fundamentalmente a los tópicos de prevención y promoción de la salud, en especial de prevención universal y de prevención primaria, con un fuerte arraigo en la psicología del aprendizaje y de la motivación+(Flórez, 2007: 2)

Salud en el territorio Colombiano

Coherente con la intención de la facultad al relacionar la formación del psicólogo con un fuerte énfasis en salud mental enmarcada desde la salud pública, este apartado tiene por sentido presentar el contexto sobre el que se desarrolla la salud en Colombia, denotando las variables que pueden ser objeto de interés y directriz de los diversos procesos que se instauren desde la línea.

La rectoría en el tema de salud a nivel nacional la ejerce El Ministerio de Salud y protección social, desde allí emanan las directrices para que los distintos entidades territoriales desarrollen este componente, definiendo las competencias que deben cumplir las Secretarías de salud, EPS, IPS, ARP, en general los distintos actores del sistema general de seguridad social en salud.

Las principales problemáticas de salud están contenidas en el Plan Nacional de salud Pública Decreto 3039 de 2007 el cual se concibe como carta de navegación en la que se definen:

1. Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.
2. Las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

De igual modo se plantean los cuatro propósitos que deben perseguir las acciones que se desarrollen en salud:

1. Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
3. Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
4. Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

Para el logro de estos propósitos el Decreto se sostiene sobre principios y enfoques necesarios de tener en cuenta a la hora de implementar acciones relacionadas con la salud.

Enfoques:

- Poblacional: Se entiende las intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general que buscan modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad.
- De determinantes: Los determinantes son un conjunto de factores que inciden de forma directa en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones. El enfoque de determinantes plantea que los resultados en salud de los individuos, grupos y colectividades, dependen de la interacción de cuatro grupos de factores: ambientales,

del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud. Este abordaje pretende intervenir aquellos factores de riesgo que sean modificables.

- De gestión social del riesgo: se plantea como un proceso dinámico, creativo en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de éstos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad.

Principios:

Universalidad	Es la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
Equidad	La equidad en salud se logra cuando todas las personas alcancen su potencial de salud y por lo tanto, ninguna persona sea afectada en su capacidad de alcanzar ese potencial debido a su condición social o por circunstancias socialmente determinadas y evitables.
Calidad	Es la provisión de servicios individuales y colectivos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.
Eficiencia	Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares para garantizar el derecho a la salud y al acceso de los servicios integrales de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia.
Responsabilidad	Es la garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas en salud pública con oportunidad, calidad, eficiencia y equidad. La responsabilidad implica que los actores asuman consecuencias administrativas, penales, civiles y éticas por acciones inadecuadas u omisiones que atenten contra la salud o la calidad de vida.
Respeto por la diversidad cultural y étnica	Es la garantía del respeto, del entendimiento de la cosmovisión, usos, costumbres, territorio ancestral, sitios sagrados y creencias de los grupos étnicos frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, bajo el ejercicio de la consulta y concertación con las comunidades, garantizando su participación en la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de salud en concordancia con las disposiciones de la autoridad de salud y la Ley 691 del 2001.
Participación social	Es la intervención de la comunidad en la planeación, gestión y control social y evaluación del Plan, se deberá promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales, y que éstas se concreten en los planes de salud territoriales.
Intersectorialidad	Es la interrelación y articulación de los distintos actores intra y extrasectoriales con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible, orientadas a alcanzar las metas comunes en salud.

Todos estos elementos iluminan el abordaje de las principales prioridades de salud las cuales han sido enumeradas de acuerdo al grado de morbi-mortalidad y su impacto dentro del sistema de salud, estas son en su orden:

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
7. La nutrición.
8. La seguridad sanitaria y del ambiente.
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Para lograr un abordaje integral de la salud se proponen unos ejes de política que se complementan entre sí, las líneas que cobran relevancia para la operativización de la línea en Psicología y salud son:

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

La promoción de la salud y la calidad de vida constituye un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva.

Se asume la promoción de la salud y la calidad de vida como una dimensión del trabajo de salud que ubica su centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud y la calidad de vida integra las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud.

Línea de política número 2. Prevención de los riesgos

Es el conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo de esta línea de política es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las entidades promotoras de salud - EPS, las administradoras de riesgos profesionales - ARP y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.

Esta línea de política abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad, la prevención primaria, sino también a gestionar el riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, la prevención secundaria.

Línea de política número 3. Recuperación y superación de los daños en la salud

Es el conjunto de acciones individuales del plan obligatorio de salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado, que busca recuperar la salud y superar los daños ocurridos en los individuos y las poblaciones, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y a los programas y redes de protección social.

Involucra acciones de prevención secundaria y terciaria que se realizan en todos los niveles de atención y grados de complejidad con el objeto de detener o reducir el daño que pueda producir la enfermedad ya presente, el establecimiento de la cronicidad, sus recidivas o sus secuelas.

Esta política demanda de las autoridades de salud y de la sociedad en general, una permanente evaluación del acceso, oportunidad, calidad, pertinencia y grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

Es el conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los colombianos.

La vigilancia en salud está compuesta por los procesos de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud . SGSSS.

Objetivos

Objetivo general

Contribuir en la consolidación de la línea psicología y salud y de una cultura investigativa institucional, impulsando la presentación, negociación, administración de proyectos de investigación e intervención de acuerdo con criterios de pertinencia, relevancia, sostenibilidad, y calidad en coherencia con los estándares nacionales e internacionales de producción de conocimiento.

Objetivos específicos

- Aportar elementos teóricos y técnicos que fortalezcan el desarrollo de la práctica y del conocimiento en el campo que se ha establecido en la relación psicología y salud.
- Impulsar la conformación de comunidad académica, cuyo objeto de estudio sea la relación psicología y salud, con el fin de generar nuevos espacios de reflexión que aporten a la construcción del campo científico.
- Potenciar la acción investigativa, mejorando la calidad de los procesos y avances, mediante la acumulación sistemática y crítica de producciones en proyectos de investigación e intervención.
- Vincular el grupo de investigación a través de la línea en espacios y escenarios locales, nacionales e internacionales dedicados al campo de la psicología y la salud.

Componentes temáticos y problemáticos

Como se ha podido detallar en la fundamentación teórica la complejidad con la que se ha construido la relación entre psicología y salud ha suscitado el interés en diversos objetos de estudio, campos de conocimiento y explorado diversos enfoques y estrategias de investigación. Sin embargo, es posible compilar los intereses tradicionales desarrollados por las diversas orientaciones en seis grandes campos (Martín, 2003:276):

1. Salud.

- Conducta saludable.
- Modelos salutogénicos.
- Modelos de creencias de salud.
- Factores de riesgo. Estrés. Variables personales

2. Enfermedad asintomática susceptible de ser detectada. Problemas psicológicos de los programas de screening.

3. Enfermedad sintomática aún no diagnosticada.

- Búsqueda de ayuda médica.
- Atribuciones, estigmas.

4. Enfermedad manifiesta en el momento del diagnóstico.

- Comunicación del diagnóstico.
- Dolencia. Enfermedad.
- Rol de enfermo.

5. Desarrollo de la enfermedad. Influencia del tratamiento.

- Adherencia terapéutica.
- Recuperación.
- Estado crónico. Adaptación y ajuste a la enfermedad.

6. Calidad de vida del enfermo crónico.

- Enfermedad después del tratamiento.
- Discapacidad. Rehabilitación.
- Muerte. Afrontamiento a la muerte.

Posteriormente, con los desarrollos de la salud pública, la relación entre psicología y salud reconfigura sus objetos de estudio y amplía el centro de su mirada, se podría decir en cuatro grandes campos:

- Determinación y evolución de procesos asociados a las enfermedades en el sujeto y su incidencia en los contextos de la familia y la comunidad.

- Factores individuales y psicosociales que afectan el desarrollo de programas de promoción de la salud, y prevención de la enfermedad.
- Integración de la psicología a los sistemas y servicios de salud y los procesos psicosociales que afectan esos sistemas y servicios.
- Procesos comunitarios, ambientes laborales, escolares y familiares en la construcción de la prevención y promoción de la salud.

Siguiendo una lógica analítica Morrison y Bennett (2006) descomponen estos campos en temáticas, (algunos han sido desarrollados por la línea) que se presentan a continuación ya que pueden convertirse en objetos de estudio en mediano y largo plazo desde nuevas problematizaciones y preguntas de investigación articulando los objetos de formación y los campos de acción de los profesionales y posgraduados de la facultad de psicología.

Componente temático	Componente problemático
Conceptualizaciones sobre la salud y enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Multiplicidad de enfoques y apuestas conceptuales y metodológicas para abordar la relación psicología y salud, instaurando una lógica que antes de favorecer la comprensión detalla el límite y alcances como motivo de diferenciación.
Desigualdades sanitarias	<ul style="list-style-type: none"> • La incidencia de factores históricos, sociales, culturales y económicos que afectan la garantía al goce efectivo al derecho a la salud
Conducta saludable y de riesgo para la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo se define y describe la conducta saludable. • Qué conducta está relacionada con un mayor riesgo de contraer enfermedades. • La diversidad y complejidad de las influencias que hacen que se emprenda y se mantenga una conducta de riesgo para la salud. • Algunos de los retos que tiene que superar la investigación sobre la conducta saludable.
Comportamiento saludable	<ul style="list-style-type: none"> • La conducta que tiene efectos de protección o mejora de la salud. • La importancia de una dieta sana, del ejercicio físico y de revisar el comportamiento saludable a lo

	<p>largo de la vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gama y complejidad de los factores que influyen para que se asuma y se mantenga un comportamiento saludable.
Reducción de riesgo de padecer enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Los costos y beneficios de los programas de chequeos para la detección temprana del riesgo de contraer una enfermedad o de la propia enfermedad. • El proceso y los resultados de la entrevista motivacional. • El impacto de la información sobre la conducta relacionada con la salud tras • las pruebas de detección del riesgo de enfermedad La naturaleza y la aplicación de los planteamientos de resolución de problemas al cambio conductual. • Cómo pueden el modelado y la práctica aumentar la probabilidad de que se produzca un cambio de conducta. • La aplicación de las técnicas cognitivas para modificar los factores de riesgo.
Aproximaciones a la salud pública basada en la población	<ul style="list-style-type: none"> • Las ventajas y las limitaciones de la utilización de los medios de comunicación. • El modelo de Probabilidad de Elaboración de la Persuasión y su utilización en campañas mediáticas. • Cómo se pueden transmitir nuevas ideas, incluyendo las relativas a la salud, al conjunto de la población. • Cómo se puede utilizar el entorno para influir sobre las conductas relacionadas con la salud. • Qué caracteriza la eficacia de las intervenciones dirigidas a poblaciones más específicas: las iniciativas de promoción de la salud en el entorno laboral y educativo.
Atención en salud: la consulta clínica	<ul style="list-style-type: none"> • El proceso de la consulta clínica. • El movimiento hacia la toma de decisiones compartidas y las

	<p>cuestiones que plantea.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los factores que contribuyen a las consultas eficaces e ineficaces con los profesionales de la salud. • Las cuestiones relacionadas con el proceso de dar malas noticias+ • Cuestiones relativas a la toma de decisiones clínicas. • Factores que influyen sobre la adhesión al tratamiento. • Intervenciones para mejorar la adhesión de los pacientes y los profesionales sanitarios.
<p>Estrés, salud y enfermedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés como estímulo (factores estresantes). • Estrés como resultado de la interacción entre un suceso y un individuo. • El papel crítico de la valoración cognitiva. • El carácter del estrés agudo y crónico. • Los procesos psicológicos desencadenados por experimentar estrés. • Cómo se manifiesta el estrés en diversas enfermedades.
<p>Manejo del estrés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las formas de intervenir en el ámbito de una organización o de una población para reducir el estrés laboral. • Los elementos de una aproximación cognitivo-conductual sobre el manejo del estrés. • La naturaleza y el tratamiento del trastorno por estrés postraumático en respuesta a la aparición de una enfermedad. • Las intervenciones eficaces para ayudar a los individuos a afrontar el estrés relacionado con una operación quirúrgica.
<p>El impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las áreas de la calidad de vida. • La calidad de vida como constructo multidimensional, dinámico y subjetivo. • Las influencias demográficas, clínicas y psicosociales sobre las percepciones de la calidad de

vida.

- Las ventajas y desventajas de los procedimientos comunes para la evaluación de la calidad de vida.
- La necesidad de tener en cuenta a las poblaciones específicas cuando se desarrollan herramientas de medición.

El impacto de la enfermedad sobre los pacientes y sus familiares

- Las numerosas consecuencias emocionales de la enfermedad física, sobre todo las relativas a la ansiedad y la depresión.
- El impacto de la enfermedad física de alguien en la familia sobre el bienestar de los familiares cercanos o cuidadores informales.
- La evidencia empírica que demuestra que ni estar enfermo, ni cuidar de un familiar o amigo enfermo es, inevitablemente, una experiencia negativa.
- Cómo hay ciertos cuidados que no son beneficiosos para el receptor.

Componente metodológico

La preocupación por el fomento y el desarrollo estratégico de la investigación del grupo "Psicología salud y sociedad" queda evidenciado en la necesidad de explicitar el componente metodológico de cada una de sus líneas de investigación, denotando además el profundo respeto por las particularidades lógicas que impone cada objeto de estudio y campo de conocimiento.

Para este caso la línea "Psicología y salud" Reconociendo los dos grandes troncos sobre los que históricamente se ha desarrollado la relación psicología y salud: desde la psicología clínica de la salud y la psicología social de la salud, asume un pluralismo metodológico con el que pretende describir, explicar y comprender los fenómenos relacionados con la salud, a la vez que pueda dar respuesta a nuevas demandas en valoración, evaluación y sistematización de experiencias de intervención en los ámbitos de prevención y promoción.

Por consiguiente, la línea de investigación podrá virar en lógicas investigativas diferentes en coherencia con la naturaleza de temáticas y problemáticas en estudio, lo que conlleva a una apertura de complementariedad desde diferentes paradigmas y estrategias. A saber:

- Paradigma empírico analítico, con el que se asume una lógica cuantitativa analítica en los casos donde se necesiten procesos de identificación, caracterización, descripción, relación y correlación en ambientes experimentales y cuasiexperimentales.
- Paradigma histórico hermenéutico, desde una lógica cualitativa de reflexión y acción interactiva que permita problematizar, tematizar, conceptualizar e interactuar en la construcción de conocimientos contextualizados y pertinentes para la comprensión de realidades particulares.
- Paradigma crítico social: con lógicas de investigación acción, con lo que se abre el campo a la posibilidad de construir conocimientos mediante el acompañamiento, valoración y evaluación de experiencias de intervención realizadas en el campo de la salud por diversas organizaciones.

Es claro que la elección de un paradigma y estrategia esta en correspondencia con los objetivos y alcances que se proponen en las diversas apuestas investigativas, no obstante, la explicitación de estos paradigmas tiene por sentido mostrar la apertura de la línea para responder a las demandas identificadas por otros investigadores (Flórez 2005: 6) cuando plantean que en la última década se a abierto un marcado interés por desarrollar investigaciones sobre los procesos de prevención y promoción, sumándose a la histórica tradición en el estudio de la relación comportamiento- enfermedad.

Propuesta operativa de la línea

El logro de los objetivos y alcances en el desarrollo de la línea de psicología y salud+, se supeditan a los procesos que se instauren desde el grupo como ente directriz de la investigación en la facultad de psicología, no obstante, la línea a su vez se constituye en el escenario de retroalimentación y orientación del grupo, por lo que a continuación se plantean desde las funciones sustantivas de la universidad, algunos retos necesarios para dar continuidad a lo realizado por la línea hasta ahora y poder continuar cualificándola.

- **En relación con los procesos de investigación:** la identificación de ámbitos problemáticos y componentes temáticos tiene por sentido orientar y dirigir los esfuerzos académicos de investigadores e integrantes de la línea de investigación, por tanto, el diseño de macroproyectos y proyectos debe continuar siendo el nicho del que se desprendan acciones como: la articulación entre el pregrado y educación posgraduada, el diseño de proyectos intrainstitucionales con grupos de otras facultades, el desarrollo de convenios interinstitucionales con universidades, e instituciones prestadoras de servicios relacionados con la salud.
- **En relación con los procesos de extensión:** la línea como escenario privilegiado de reflexividad debe constituirse en el insumo del que se desprendan cursos, seminarios, diplomados, entre otras alternativas, que a la vez que permitan la difusión de los trabajos realizados por el grupo, le posicionen como un referente en el tema de la psicología y la salud, llevando a que desde allí se abran espacios para asesorías, consultorías y diseño de proyectos de intervención.
- **En relación con los procesos de docencia:** la inserción de los resultados obtenidos en procesos investigativos y de desarrollo en los contenidos temáticos de los cursos ofrecidos en el pregrado y los posgrados, (impacto en el currículo) favorece el desarrollo de una docencia actualizada, crítica y pertinente con las realidades vivenciadas por los estudiantes.

Con lo anterior, se demuestra que la pretensión de la línea es constituirse en un punto de articulación entre las funciones sustantivas de la universidad, teniendo claro que su sentido es la investigación, pero su valía radica en la posibilidad de construir una lógica dialéctica con los procesos de extensión y docencia, ya que en tanto estos vuelvan sobre ella podrán favorecer su crecimiento y desarrollo.

Procesos de desarrollo estratégico para la línea

La operatividad de la línea depende de la identificación de procesos claves que al ser operacionalizados permiten cristalizar los objetivos propuestos, a continuación se nombran estos procesos con sus intencionalidades y actividades

Procesos de desarrollo	Intencionalidad	Actividades
Investigación	Fortalecimiento de la línea dentro de los programas de la facultad	<ul style="list-style-type: none"> Conformar semillero de investigación con estudiantes de pregrado, como un aporte al desarrollo del proceso formativo en investigación llevado por la facultad. Vincular estudiantes de pregrado con trabajos de grado de especialización y Maestría.
	Dinamización de las relaciones intrainstitucionales con grupos de investigación cuyo objeto de estudio es la salud	<ul style="list-style-type: none"> Participación en convocatorias internas y externas por medio del diseño de proyectos de investigación.
	Dinamización de las relaciones interinstitucionales con grupos de investigación cuyo objeto de estudio es la salud	<ul style="list-style-type: none"> Participación en convocatorias internas y externas por medio del diseño de proyectos de investigación. Articulación con Semilleros y grupos de investigación en psicología y salud de carácter local, nacional e internacional
Formación	Impacto en el currículo de los programas de pregrado y posgrado de la facultad.	<ul style="list-style-type: none"> Revisión y actualización cartas descriptivas de pregrado y posgrado de acuerdo a resultados de investigación.
	Generación de espacios académicos para la actualización de los ámbitos problemáticos y los temas de la línea.	<ul style="list-style-type: none"> Asumir y/o acompañar el diseño y creación de espacios académicos como paneles, simposios, mesas de trabajo, foros que traten sobre los ámbitos problemáticos y temáticos de la línea, pensados desde los programas de pregrado y posgrado de la facultad.
	Fortalecer la comunidad académica de la facultad de	<ul style="list-style-type: none"> Oferta de cursos, seminarios, diplomados y actualizaciones producto de resultados de

	psicología.	investigación abiertos a la comunidad educativa interesada en la relación psicología y salud.
Cooperación	Participación y vinculación con grupos, organizaciones y redes de investigación e intervención de carácter local, nacional e internacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Convenios de cooperación con grupos, organizaciones y redes para el desarrollo de temas afines a la línea.
Desarrollo	Aportar en la búsqueda de soluciones a las situaciones problemáticas relacionadas con la línea.	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorías para la construcción de propuestas de intervención o investigación • Diseño Implementación de proyectos centrados sobre los ámbitos problemáticos que se ocupa la línea • Diseño de propuestas de Sistema de monitoreo y evaluación de proyectos • Oferta en proyectos de investigación destinados a sistematizar experiencias y evaluar impacto de programas, servicios y proyectos.
Difusión	Desarrollar estrategias de comunicación de los resultados y hallazgos obtenidos en los procesos de investigación y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Publicación de las investigaciones desarrolladas. • Participación en eventos locales, nacionales e internacionales con ponencias o reflexiones sobre los diversos objetos de estudio que se aborden

Bibliografía

AMIGO VÁSQUEZ, Isaac. Manual de psicología de la salud. Madrid: Pirámide, 2003, 284 p.

BRANNON, Linda. Psicología de la salud. Madrid: Paraninfo: Thomson Learning. 2001, 709 p

BEJARANO OROZCO, Julio. Guía de Estudio para el Curso Psicología de la salud. Escuela de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Estatal a Distancia.

BUENDÍA, José. Familia y psicología de la salud. Madrid: Pirámide, 1999,301 p.

CARAMÉS GARCÍA, M. (2004). %Proceso socializador de la salud. Caracterización y critica del modelo hegemónico vigente+en Fernández Juárez, G. (comp.) Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. Ecuador: Ed. AbyaYala.

CIUFFOLINI M. Y JURE H. (2006). %Estrategias de comprensión integral del proceso salud / enfermedad: aportes desde la perspectiva de vivienda saludable+. Revista virtual del Centro de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional de Córdoba 3.

DIEZ ROUX, A. (2008). %Genes, individuos, sociedad y epidemiología+ en Spinelli, H. (comp.) Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Ed. Lugar.

FERRER VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Revista Psicología de la Salud 1995;7(1):35-61

FLÓREZ ALARCÓN, Luis. Psicología Social de la salud: promoción y prevención. Bogotá: 2007. 240 p.

GRAU, J. A. -Presidente de la Asoc. Latinoamericana de Psicología de la Salud, Cuba-, 1997

GIL ROALES. Psicología de la salud: aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. Madrid: Pirámide, 2004. 590 p.

LIBERTAD, Martin Alonso. Aplicaciones de la Psicología en el Proceso Salud Enfermedad. Revista Cubana Salud Pública. 2003; 29 (3)

LÓPEZ ARELLANO, O Y PEÑA SAINT MARTÍN, F. (2006). Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. Medicina Social 82 - volumen 1, número 3.

MAGLIO, F. (2009). *Entre la evidencia y la narrativa* en Etcheverry, Buzzi, Agrest, Maglio, Ortiz, Chiozza, Kraus, Gherardi, Greca y Ceriani Cernadas, ¿Por qué ser médico hoy? Puentes entre la formación y la práctica médica. Buenos Aires: Ed. Libros del Zorzal.

MENÉNDEZ, E (s/f). *La crisis y el modelo médico hegemónico*. Cuaderno Médicos Sociales Nro. 33.

MARKS F, David. *Psicología de la salud: teoría, investigación y práctica*. México: El Manual Moderno, 2008. 561 p.

MONTESINOS, Luis. *Desafíos para la Psicología de la Salud en el Ocaso del Siglo XX*. Suma Psicológica. 1999 Vol. 6. N°2-Sep.

OBLITAS GUADALUPE, Luis A. *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson , 2004, 366 p.

REMEDIOS GONZÁLEZ Barrón, *Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes*, en *Psicothema*. 2002. Vol. 14, nº 2, pp. 363-368.

SAIZAR, M. (2008). *Acuerdos, desacuerdos y lejanías en la relación médico-paciente* en Krmpotic, C. (Comp.), *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Buenos Aires: Ed. Espacio.

TAYLOR, Shelley E. *Psicología de la salud*. Bogotá: McGraw-Hil, 2007. 558 p

Cibergrafía

LAHAM, Mirta. **EL MODELO BIOMEDICO** en <http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-profesionales/42-el-modelo-biopsicosocial.html?showall=1>

WERNER, Sebastiani Ricardo. *La psicología de la salud latinoamericana hacia la promoción de la salud*. En <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-111-1-la-psicologia-de-la-salud-latinoamericana-hacia-la-promocion.html> Volumen 14, 2012

REDONDO ESCALANTE, Patricia. *Cuarta Unidad Modular PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD*. Tomado de *Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención* 2004. En <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>

SUREDA GONZALEZ, Manuel. *Aproximación al enfermo terminal y la muerte*. En <http://www.aceb.org/term.htm>.

MANUEL GALLAR. *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente* 4ta Edición. Madrid: Thompson Paraninfo. 2006. 497p. Tomado de:

promociónsalud.ucaldas.edu.co. Recuperado el 2 de mayo del 2012 en <http://www.funlam.edu.co/uploads/facultadpsicologia/958861.pdf>