

126514



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
I Z T A C A L A

U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

ANALISIS DEL PERFIL Y DEL EJERCICIO PROFESIONAL
DEL PSICOLOGO EN EL CAMPO DE LA SALUD:
SU FORMACION PROFESIONAL Y PERSPECTIVAS

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

OSCAR CARLOS ORTEGA CAMPOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LOS REYES IZTACALA, ESTADO DE MEXICO

1990





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A JESUS MANUEL Y GUADALUPE

Por darme la oportunidad de vivir,
por enseñarme el camino a seguir,
por enmendar mis defectos y
optimizar mis cualidades, por
todo su amor.

A GLORIA

Por su amor, su entusiasmo
y su esmero. Por su gran
deseo de superación y por
todo lo que representa
para mí.

A JESUS MANUEL, ALEJANDRINA, JOSE
LUIS, MARICELA Y SERGIO.

Por su cariño y apoyo en todos los
momentos difíciles en mi vida.

A LAURA PALOMINO

Por su entusiasmo y apoyo
en la elaboración y
culminación de esta tesina.

Gracias.

A OFELIA Y JOSE MANUEL

Por sus acertadas observaciones
a este trabajo.

A JUAN M., ALFONSO, DIEGO,
AIDA, DORIS, PILY, NETO,
ROBERTA, PATY, MA. DEL
CARMEN, HILDA, ROSA H. Y
A TODOS AQUELLOS QUE ME
HAN HECHO COMPRENDER EL
VALOR DE LA AMISTAD.

A ROSARIO, DANIEL, ARNULFO, SERGIO,
RAFAELA, GLORIA, NETO y PILY.

Por su cariño y apoyo, por ser
como son, por su confianza y
atenciones.

A MIS SOBRINOS:
MAGDALENA, JOSE DANIEL,
DANIEL, ARACELI, LUCIA.
Por enseñarme la alegría
de vivir.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS
DEL CENDI NO. 19 Y 5.

Por impulsarme y formarme en mi
desarrollo personal y profesional.

Gracias.

INDICE



INTRODUCCION	1
1. DESCRIPCION DEL PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA EN LA ENEP IZTACALA.	9
1.1. BREVE RESEÑA DE LA PSICOLOGIA EN MEXICO	9
1.2. PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA EN LA ENEP IZTACALA.	11
1.2.1. SURGIMIENTO.	11
1.2.2. DEFINICION DE LA PSICOLOGIA COMO CIENCIA Y PROFESION PARA LA PSICOLOGIA EN IZTACALA.	14
1.2.3. CURRICULO Y OBJETIVOS PROFESIONALES.	15
1.2.4. CARACTERISTICAS DE LOS MODULOS DE ENSEÑANZA.	17
1.2.5. HABILIDADES TERMINALES DEL PSICOLOGO	19
2. DESCRIPCION DE ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES EN EL SECTOR SALUD Y LOS PROGRAMAS DE FORMACION DE PERSONAL PARA LA SALUD.	21
2.1. DEFINICION DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.	21
2.2. FORMAS DE ORGANIZACION DE LOS NIVELES.	27
2.2.1. PRIMER NIVEL DE ATENCION.	27
2.2.2. SEGUNDO NIVEL DE ATENCION.	28
2.2.3. TERCER NIVEL DE ATENCION	29
2.3. ESTRUCTURA Y ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO.	29
2.3.1. CONFIGURACION DEL SECTOR SALUD.	29
2.3.2. FUNCIONES DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD.	30
2.3.3. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.	31
2.4. PROGRAMAS DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD.	32
2.4.1. BOSQUEJO HISTORICO PARA LA FORMACION DE PERSONAL PARA EL SECTOR SALUD.	32
2.4.1.1. PERIODO DE LA ASISTENCIA INDIVIDUAL.	32
2.4.1.2. PERIODO DE LA ASISTENCIA COMUNITARIA.	33
2.4.1.3. PERIODO DE LA SALUD PARA TODOS.	33
2.4.2. FORMACION DE PERSONAL PARA EL SECTOR SALUD.	34
2.4.2.1. EDUCACION CONTINUA.	37
2.4.3. PLANIFICACION DE PERSONAL PARA EL SECTOR SALUD.	38
2.4.3.1. POLITICAS SOBRE LA FORMACION DE PERSONAL PARA EL SECTOR SALUD.	38
2.4.3.2. FORMULACION DE POLITICAS PARA LA FORMACION DE PERSONAL DEL SECTOR SALUD.	39
2.4.4. GESTION DE RECURSOS DE PERSONAL PARA EL SECTOR SALUD.	40
2.4.4.1. SISTEMA DE INFORMACION DEL PERSONAL DE SALUD.	41
2.5. SITUACION ACTUAL DEL PROGRAMA DE FORMACION DE PERSONAL PARA EL SECTOR SALUD EN MEXICO.	42

2.6. INVESTIGACION EN SALUD EN MEXICO.	46
3. FUNCIONES DEL PSICOLOGO EN EL SECTOR SALUD.	48
3.1. PANORAMA DE LA INVESTIGACION DE LA PSICOLOGIA SOCIAL EN AMERICA LATINA SOBRE SALUD.	48
3.1.1. PANORAMA DE LA INVESTIGACION DE LA PSICOLOGIA SOCIAL EN MEXICO SOBRE SALUD.	51
3.2. PARTICIPACION DEL PSICOLOGO EN EL SECTOR SALUD.	51
3.3. PARTICIPACION DEL PSICOLOGO EN LA SALUD MENTAL.	53
3.4. FUNCIONES DEL PSICOLOGO CLINICO EN EL SECTOR SALUD.	56
3.5. PARTICIPACION DEL PSICOLOGO EN LOS NIVELES DE ATENCION.	58
3.6. FUNCION DEL PSICOLOGO EN EL SECTOR SALUD A PARTIR DE LA PERSPECTIVA DE LA ENEP IZTACALA.	62
3.7. LA PSICOLOGIA DE LA SALUD Y LAS FUNCIONES DEL PSICOLOGO DE LA SALUD.	64
3.8. LAS FUNCIONES DEL PSICOLOGO EN EL SECTOR SALUD CON BASE A LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA.	65
3.9. LAS FUNCIONES DEL PSICOLOGO EN EL SECTOR SALUD EN CUBA.	68
3.10. PERSPECTIVAS DE LA FUNCION DEL PSICOLOGO EN EL SECTOR SALUD.	70
4. ANALISIS CRITICO DEL PERFIL PROFESIONAL DEL PSICOLOGO EN EL CAMPO DE LA SALUD.	73
5. BIBLIOGRAFIA.	112

INTRODUCCION

Los campos de acción de la psicología, en la actualidad, son muy variados, dado que los psicólogos pueden desarrollar su ejercicio profesional en la industria, en las instituciones educativas, en los centros de rehabilitación, en los centros de readaptación social, en el sector salud y otros más. De estas áreas, en el presente trabajo se centrará únicamente en la participación del psicólogo en el campo de la salud.

El ejercicio profesional del psicólogo, tradicionalmente, se ha asociado a el sector salud; esto es debido porque se ha relacionado estrechamente con el médico (e incluso la población lo considera como tal); adicionalmente, a la incorporación en la formación profesional del psicólogo de psiquiatras y psicoanalistas (esto sucedió en el año de 1948) lo que propició que los objetivos profesionales de la psicología se dirigieran a la psicología clínica (Mouret y Ribes, 1977), la que es la rama de la psicología más extensa, más reconocida y más antigua relacionada con la salud (Holtzman, et al, 1988).

La participación tradicional del psicólogo en el campo de la salud se ha dirigido a las actividades de diagnóstico auxiliar mediante la aplicación e interpretación de pruebas psicométricas y proyectivas (Tests), a impartir consejos a enfermos con problemas médicos (Mouret y Ribes, 1977) y al tratamiento de la enfermedad mental, todo ello como auxiliar del médico (Rodríguez, 1984). Asimismo, la participación del psicólogo se ha realizado en el área de administración de servicios de salud, en donde tiene como función seleccionar a el personal de nuevo ingreso (esto también es realizado a través de las pruebas proyectivas y de aptitudes) y a la capacitación (ibidem).

El psicólogo es ubicado en el segundo o tercer nivel de atención a la población (en estos niveles se atiende todos los casos y problemas de salud que no se pueden atender en el primer nivel dada su complejidad) y es considerado únicamente el psicólogo clínico (Coplamar, 1985); es decir, se considera a este profesionalista como un especialista, con énfasis primordial a los aspectos curativos e individuales.

Las áreas en las que se ha circunscrito la participación del

psicólogo en el sector salud son: clínica y salud mental, en donde realiza las actividades antes mencionadas. Cabe señalar que el psicólogo clínico es ubicado en ambos campos, no existiendo una diferenciación de las funciones del psicólogo en cada uno de las áreas.

Rodríguez (1984) nos indica que el perfil ocupacional del psicólogo en el campo de la salud se reduce a dos categorías: el pasante y el profesionalista, ambas están catalogadas como grupo de profesionistas. Los requisitos de ingreso para el pasante son: la carta de pasante, experiencia en el puesto examen psicométrico y de conocimientos. Las funciones para la que es contratado son: colaborar en la aplicación de exámenes psicométricos y de aptitudes para el personal de nuevo ingreso y participar en el psicodiagnóstico de padecimientos específicos; mientras que los requisitos para el profesionalista son similares, a excepción de que se les pide el título registrado y no se les aplica el examen psicométrico. Las funciones que desempeña son: elaboración de estudios psicológicos y de aptitudes, participación en el tratamiento médico en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de tipo neuropsiquiátrico.

Como puede observarse, a pesar de que generalmente se reconoce como uno de los campos más estrechamente relacionado a la psicología, su ejercicio profesional se ve restringido y condicionado a la percepción del médico. Sin embargo, en la actualidad, se presenta la oportunidad para transformar el papel tradicional que ha desempeñado el psicólogo en el campo de la salud, esto ha sido ocasionado por el creciente interés a nivel mundial de la atención primaria a la salud, la que es definida como "...es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que sean aceptables, con plena participación de la comunidad y a un costo que ésta y el país puedan soportar. La atención primaria constituye el Sistema Nacional y forma parte de la estrategia del desarrollo económico y social de la comunidad..." (OMS, in Calderón, 1989, pag. 33).

La estrategia mundial de la salud para todos está basada en una serie de políticas fundamentales de la OMS, las que son:

a) La salud es parte integrante del desarrollo.

b) La salud es un derecho humano fundamental y una meta social mundial.

c) Las grandes desigualdades entre el estado de salud y la distribución injusta de los recursos sanitarios, tanto en los países como dentro de ellos, deben reducirse de una manera drástica.

d) La participación de la comunidad, individual y colectivamente, en la planificación de la asistencia sanitaria es un factor clave.

e) El compromiso político de la nación en su conjunto, y no solo del ministerio de salud, es indispensable para alcanzar la salud para todos.

f) Los países deben llegar a ser independientes, aunque no necesariamente autosuficientes, en cuestión de salud.

g) La coordinación entre los sectores es necesaria para el desarrollo económico y social.

h) Debe hacerse un mejor uso de los recursos del mundo para promover la salud y el desarrollo mediante la cooperación técnica y económica (OMS, 1985).

A partir del surgimiento de la atención primaria a la salud, se manifiesta la importancia de la participación de la comunidad en cada etapa del proceso sanitario: identificación de problemas, fijación de prioridades, determinación de soluciones apropiadas y plena participación en la ejecución y evaluación de las actividades planificadas. Asimismo, se pone de relieve que otros sectores deben contribuir a la atención primaria a la salud como la agricultura, la educación, la vivienda, entre otras, las que deben desempeñar papeles decisivos en cuestiones como la educación sanitaria de la comunidad, abastecimiento de agua potable, evacuación de desechos humanos y construcción de viviendas adecuadas (OMS, 1985).

Adicionalmente, las funciones fundamentales que son necesarias para la atención primaria de la salud, para todo el personal, son la prevención, promoción, saneamiento y educación para la salud a nivel comunitario (*ibidem*). Esta situación favorece a una mejor ejercicio profesional del psicólogo en el

campo de la salud; debido a que a partir de esto, se puede transformar el papel tradicional que ha venido desempeñando a una participación más activa, profunda y que demuestre su real identidad profesional.

Una serie de autores nos indican la importancia de la participación y las funciones del psicólogo en la atención primaria a la salud, como Ortiz (1988) quien nos indica las funciones de este profesionista en los tres subniveles del primer nivel de atención a la población (el primer nivel de atención es donde se resuelven el 80 % de los problemas de salud y de enfermedad que presenta la población, el cual está subdividido en tres subniveles; el primero está dirigido a las acciones de autoatención de salud de la comunidad, el segundo implica la participación de personal técnico y en el último subnivel se encuentra el personal profesional) y los campos donde puede desarrollar sus actividades. Torres y Beltrán (1989) consideran que los psicólogos tienen las herramientas metodológicas necesarias para la investigación y la planeación de las estrategias de intervención a nivel de atención primaria en salud.

Por su parte, Holtzman y cols. (1988) mencionan que el psicólogo puede participar en el primer nivel de atención ayudando a otros profesionistas en este nivel y a sus pacientes. Asimismo, otra serie de autores señala la importancia y las funciones del psicólogo en la atención primaria a la salud como son Irigoyen y Parada (1988), Ramiro (1989), Sánchez (1989), Rodríguez (1984) y otros.

~~Sin embargo, a pesar de que~~ hay una gran cantidad de psicólogos que nos proporcionan la importancia, las funciones y los campos en donde el psicólogo puede realizar su labor con enfoque preventivo a nivel comunitario, y a pesar de que la misma OMS indica la importancia de todos el personal para alcanzar la salud para todos; en México, el Diario Oficial (1987) y Coplamar (1985) indican que la inclusión del psicólogo en este nivel de atención están dadas para el psicólogo clínico, por lo que se supone que no se le da la importancia debida a otras áreas de esta ciencia como son: la psicología de la salud, la psicología comunitaria, la psicofisiología y otras que han demostrado grandes

avances en el campo de la salud.

Asimismo, como fue visto anteriormente, la participación del psicólogo en el sector salud se ha orientado a los aspectos curativos e individuales más que a los factores preventivos y comunitario. Esta situación nos permite preguntarnos por qué motivos la función de los psicólogos se ha dirigido fundamentalmente hacia los aspectos de rehabilitación?

Esta cuestión nos lleva a considerar el programa de formación de personal para la salud. Sobre este aspecto la OMS (1985) señala que la formación de recursos humanos para la salud con enfoque a la atención primaria presenta varios problemas, entre ellos podemos mencionar a el aumento considerable en personal de salud, sin embargo, este aumento no ha satisfecho las necesidades de prevención y educación para la salud; asimismo, a la ausencia o mala calidad entre los planificadores y los formadores de personal de salud y los servicios de salud.

Ante esta problemática la OMS (1985) indica que es necesario la redefinición y descripción de funciones del personal sanitario, el establecimiento de la interrelación entre las necesidades de personal con la enseñanza considerando capacidades y actitudes para aplicar el enfoque de la atención primaria a la salud. Adicionalmente, la OMS menciona que "...la reorientación de la formación de personal sanitario debe concentrarse en la elaboración de eficaces programas educativos de orientación y de base comunitaria, de carácter multiprofesional (orientado al trabajo en equipo), centrados en el estudio, basados en la competencia y en los problemas (integrado sobre una base de problemas) con firmamentos firmemente establecidos en la ciencia..." (pags. 52-53).

Ahora bien, los problemas que muestran los programas de formación de personal para la salud, afectan directamente a el ejercicio profesional del psicólogo en este campo y a su propia formación. Rodríguez (1984) nos indica que el número de escuelas que imparten la carrera de psicología ha evolucionado de 5 en 1964 a 82 en 1987. Por su parte, Rivera y Urbina (1989) nos señalan que el número de alumnos que estudian la carrera de psicología también ha incrementado de 80 en 1964 a 28,866 estudiantes en 1987. Esta

situación nos presenta varios problemas entre ellos tenemos a el eclecticismo en los planes de estudio, lo que dificulta la unificación en el perfil ocupacional del psicólogo; los bajos niveles académicos y otros (Millán, 1982). Estos breves datos nos reafirman lo mencionado por la OMS con respecto a los problemas de formación de recursos humanos para la salud. Para reforzar este aspecto, Rodríguez (in Navarro, 1989) indica que en las instituciones del sector salud del país trabajan 1491 psicólogos, los cuales se encuentran ubicados en la zona metropolitana.

Esta breve descripción de la problemática de la formación de personal para la salud, en este caso de psicólogos, nos permite investigar por qué el psicólogo no está cumpliendo con las necesidades del sector salud. Para poder realizar de una mejor manera este análisis consideramos adecuado tomar solamente un plan de estudios de la carrera de psicología, en este caso el de la ENEP Iztacala, las razones por en las cuales se basa esta decisión son: por un lado, es el plan de estudios en el cual fui formado y el que mejor conozco; por otro lado, para la elaboración del modelo de Iztacala se tomó como base algunos datos del Plan Nacional de Salud de 1974 con el objeto de ubicar la actividad profesional del psicólogo en el contexto de la realidad nacional (Ribes, 1980).

La importancia del presente trabajo radica en realizar un análisis completo de la situación actual y las perspectivas de acción del psicólogo en el campo de la salud, esto a través de una investigación biblio-hemerográfica. Adicionalmente, muestra una diferente forma de abordar la efectividad y las deficiencias que presenta el modelo de psicología de Iztacala, con base a el ejercicio profesional del psicólogo en el campo de la salud.

Ahora bien, el modelo de Iztacala contempla dos áreas de prioridad social: la producción de bienes y satisfactores primarios y programas de salud pública a nivel preventivo e institucional, el presente trabajo se orienta hacia la última área señalada, por lo que podemos observar que uno de los principales campos donde el psicólogo egresado de Iztacala puede desempeñar su labor es en el sector salud (ibidem). [La psicología en Iztacala considera que las funciones que el psicólogo puede realizar en el

area de la salud son: formación, aprovechamiento y planeación de recursos humanos, investigación, rehabilitación, detección y prevención (ibidem).

Con base a todo lo anteriormente señalado, el presente trabajo tiene como finalidad general la de realizar el análisis del perfil y del ejercicio profesional del psicólogo en el sector salud y analizar la formación del psicólogo y señalar las perspectivas para el desarrollo de una mejor participación de este profesionista en el campo de la salud; todo ello mediante una investigación biblio-hemerográfica y con base a mi formación profesional y experiencia en el plan de estudio de psicología en la ENEP Iztacala.

Los objetivos específicos son los siguientes:

a) Análisis del perfil y del ejercicio profesional del psicólogo en el sector salud, tanto en su aspecto tradicional como con enfoque a la atención primaria de salud.

b) Analizar la formación profesional del psicólogo egresado de Iztacala en relación a su ejercicio profesional en el campo de la salud.

c) Analizar el programa de formación de recursos humanos para la salud en relación a la formación profesional del psicólogo en nuestro país.

d) Análisis del proceso salud-enfermedad.

e) Descripción del plan de estudios de la carrera de psicología en la ENEP Iztacala y de la historia de la psicología en México.

f) Descripción de algunos aspectos importantes dentro del sector salud.

Para poder realizar estos objetivos, en el primer capítulo se presenta un bosquejo histórico de la psicología en México y la descripción del plan de estudios de la carrera de psicología en la ENEP Iztacala.

En el segundo capítulo se realiza el análisis del proceso salud-enfermedad y se describen algunos aspectos importantes en el sector salud como son: el programa de formación de recursos humanos para la salud, las formas de organización de los niveles de atención a la población y la estructura y organización de los

servicios de salud en México.

En el tercer capítulo se describe la participación del psicólogo en las distintas áreas del sector salud.

En el último capítulo se realiza el análisis del perfil y del ejercicio profesional del psicólogo en el sector salud; el análisis de los programas de formación de personal para la salud en relación a la formación y el ejercicio profesional del psicólogo; se analiza el plan de estudios de la carrera de psicología en Iztacala en relación con su ejercicio profesional en el campo de la salud y se señalan las perspectivas para el mejor desarrollo de este profesionista en el citado campo.

Como puede observarse, básicamente los tres primeros capítulos son descriptivos, a excepción de que en el segundo capítulo se analiza el proceso salud-enfermedad, y en el último capítulo se realiza el análisis.

1.1. BREVE RESERVA DE LA PSICOLOGIA EN MEXICO.

La psicología en México, como profesión, ha tenido un desarrollo incierto. Sus orígenes se remontan a principios del presente siglo (1910) en donde formaba parte de la maestría y doctorado en Filosofía, presentando programas poco sistemáticos y sin objetivos profesionales ni de investigación. La psicología enseñada estaba influida por una orientación filosófica-especulativa y los egresados de esta carrera realizaban labores de docencia en la Escuela Nacional Preparatoria (Mouret y Ribes, 1977).

Dentro de los aspectos más importantes de ésta época, la cual abarca hasta el año de 1959 encontramos la creación de la especialidad de psicología en la maestría en ciencias de la educación (en el año de 1934) y el surgimiento de la sección de psicología como carrera dentro del departamento de Filosofía (esto sucedió en el año de 1938). En 1948 se incorporan como docentes los psiquiatras y psicoanalistas, lo que propició que los objetivos profesionales de la psicología se limitaran a la psicología clínica. Esta concepción consideraba al psicólogo como un subprofesional paramédico por lo que debía estudiar medicina; y asimismo, restringía sus actividades a un diagnóstico auxiliar mediante pruebas psicométricas y proyectivas (Tests) y a impartir consejos a los enfermos con problemas médicos (*ibidem*).

En 1958 se imparte por primera vez los estudios profesionales de licenciatura en psicología y el plan de estudios fue aprobado por el H. Consejo Universitario dos años después (Mouret y Ribes, *op. cit.*). En este plan de estudios las materias se dividieron en cinco categorías: 1) materias generales, 2) monográficas, 3) metodológicas, 4) seminarios y 5) optativas (Monroy y Vilorio, 1987). Sin embargo, con la creación de la licenciatura no cambió la orientación clínica y especulativa de la psicología, pero sí se presentó un interés por el rol e identidad del psicólogo, creándose doctorados en psicología clínica, industrial y social. Asimismo, se incorporaron en los programas cursos de biología, lo cual permitió la investigación en neuropsicología y psicología experimental (Mouret y Ribes, 1977).

El surgimiento del plan de estudios está determinado, entre

otros factores, por el proceso de masificación de la UNAM en la que en solo ocho años se duplicó la población estudiantil y por la modernización de los planes y programas de estudio de la universidad para adecuarlos a las necesidades pedagógicas como sociales (Monroy y Viloria, 1987).

Mouret y Ribes (1977) consideran que el año 1963 constituye un momento importante en el desarrollo de la psicología en México, porque es cuando se inicia el proceso de descentralización en las universidades del interior del país, fundándose escuelas en la Universidad de Veracruz (Jalapa) y en la Universidad Autónoma de Puebla, el surgimiento de estas nuevas escuelas produjo cambios tanto en la enseñanza como en la definición profesional del psicólogo. Así en la Universidad Veracruzana se incluye por primera vez la psicología experimental como eje central de la formación profesional, lo que influyó para que en la UNAM se modificará, con lineamientos semejantes, el plan de estudios de la carrera de psicología. Esta situación colaboró al cambio del perfil clínico del psicólogo y su inserción en campos como el educativo, el del trabajo y del desarrollo social.

Ahora bien, es importante para los fines del presente trabajo remarcar las funciones que ha desempeñado el psicólogo a través de la historia de su ejercicio profesional en México.

En primera instancia, el psicólogo trabajó por un lapso de 40 años como docente en instituciones de enseñanza media. Posteriormente, con los egresados de la licenciatura se amplió su campo de acción a la psicología clínica (en donde realizaban un diagnóstico auxiliar mediante la aplicación de Test), a la orientación vocacional (aquí la mayoría de psicólogos aplicaban test, otros estaban insertos en la docencia y una mínima parte en la investigación) y la psicología industrial (lo que fue propiciado por una fuerte inversión extranjera y el desarrollo de la industria). Por último, por el nacimiento de nuevas escuelas en el interior del país se amplía el campo de acción a la educación, al trabajo y al desarrollo social. Estos aspectos mencionados serán retomados en el cuarto capítulo para su análisis.

1.2. PLAN DE ESTUDIOS DE LA PSICOLOGIA EN LA ENEP IZTACALA.

1.2.1. SURGIMIENTO

Antes de iniciar con el surgimiento del plan de estudios de la carrera de psicología en Iztacala es importante señalar el nacimiento de esta ENEP, lo cual nos permitirá tener una perspectiva más amplia de la importancia del currículo naciente.

Con el inicio del rectorado de Soberón el 19 de febrero de 1974 fue aprobado por el H. Consejo Universitario la creación de las ENEP, debido a la centralización de la educación en un sólo lugar (Ciudad Universitaria) y a la fuerte expansión de la zona norte y noroeste que generó una demanda de esos puntos; por lo que se creó la ENEP Cuautitlán (ahora facultad) en 1974, la ENEP Iztacala y Acatlán un año después y en 1976-1977 se pusieron en funcionamiento la ENEP Zaragoza y la ENEP Aragón (Monroy y Viloria, 1987).

Monroy y Viloria (op cit) consideran que para la creación de las ENEP no estaban involucrados únicamente criterios de descentralización geográfica, sino también se buscaba un control político, una eficientización académica y una refuncionalización administrativa.

La ENEP Iztacala abre sus instalaciones en el año de 1975 impartiendo las carreras de psicología, medicina, odontología, biología y enfermería (esta última a nivel técnico), todas ellas enmarcadas en el área de salud (Palma, 1988). Para los fines del presente trabajo únicamente se centrará la atención a la carrera de psicología.

Ahora bien, el nacimiento de la psicología en la ENEP Iztacala está íntimamente relacionada con el proyecto científico y profesional del Departamento de Psicología de la Universidad Veracruzana (Jalapa), debido a que el modelo de Iztacala integra todas las experiencias iniciadas en Jalapa, las que posteriormente se continuaron en el Departamento de Análisis Experimental de la Conducta, de la Facultad de Psicología en la UNAM (Ribes, 1980).

Otro aspecto que influyó decisivamente en el surgimiento de el modelo de psicología en Iztacala lo encontramos en la propia historia de la psicología en México. Como se mencionó en el

apartado anterior la licenciatura en psicología fue aprobada en 1960 (hay que recordar que un inicio la psicología formaba parte de la carrera de Filosofía), pero esta situación no mejoró el desarrollo de la carrera; debido a que únicamente se crearon nuevos cursos, el número de años y los profesores que impartían la carrera eran ajenos a ella (como médicos, psiquiatras, psicoanalistas, filósofos, abogados e ingenieros). Es decir, que este plan de estudios elaborado por otros profesionistas a la psicología no correspondía a las necesidades desarrollo de esta profesión, por lo que el modelo de Iztacala elaboró un currículo por y para psicólogos (Ribes, 1980).

Este curriculum presenta tres aspectos diferentes pero que están relacionados unos con otros:

"a) El desarrollo de un sistema educativo diferente con la práctica científica derivada de la psicología.

b) La configuración de un modelo científico, que permitiera sistematizar e integrar los más variados fenómenos psicológicos desde una perspectiva conductual, superando las limitaciones inherentes al paradigma del condicionamiento.

c) La definición de un nuevo papel profesional del psicólogo, ubicando su inserción social con base en un contexto ideológico, preciso y comprometido" (Ribes, 1980, pag. 4).

Por su parte, Fernández (in Ribes, 1980) señala dos aspectos que permitieron la consolidación del currículo de psicología en Iztacala: por un lado, la definición de las funciones que un profesional de la disciplina debería ejercer, para contribuir en la solución de problemas en el nivel de su propio ámbito científico; por otro lado, la adopción de contenidos surgidos directamente de la psicología para la interacción del entrenamiento profesional. Ambas situaciones permiten afirmar la concepción del psicólogo como un profesional independiente.

La carrera de psicología en Iztacala comienza a funcionar con el plan de estudios vigente de la facultad de psicología de la INAM y en 1976 después de una serie de cambios se configuró como: Módulo Histórico y Biológico, Módulo de la Teoría de la Conducta, Módulo Integrado de Psicología Experimental y Módulo de Matemáticas y Estadística (Ribes y cols. in Palma, 1988). En ese

mismo año quedo organizado en 3 módulos (como hasta el momento): Teórico, Experimental y Aplicado.

Los elementos más importantes, como principios pedagógicos y de la metodología del diseño, utilizadas en la creación del nuevo plan de estudios, son las siguientes:

- a) La orientación a una enseñanza de tipo formativa en contraposición a la enseñanza de tipo informativa;
- b) La concepción de un perfil profesional del egresado que permita orientar la definición de los objetivos curriculares;
- c) La definición específica de objetivos curriculares o profesionales en términos de repertorios conductuales, los cuales permiten precisar las situaciones de enseñanza dentro del contexto para su ocurrencia;
- d) La formulación del diseño curricular en base a módulos los que están en correspondencia a las habilidades o destrezas que demanda el perfil profesional del psicólogo;
- e) El impulso de la participación activa del estudiante, transformando la práctica educativa tradicional, en donde el maestro es un transmisor y el alumno un receptor;
- f) La búsqueda de una práctica curricular que promueva la transferencia de conocimientos y habilidades a la población que recibe los servicios para la solución de problemas (desprofesionalización);
- g) La concepción de una práctica educativa, en donde es importante la participación del estudiante en la resolución de los problemas que exponga la comunidad inmersa en su realidad social;
- h) La apertura a esquemas que permitan la participación interdisciplinaria para la atención de problemas comunes;
- i) La estructuración del plan de estudios en forma graduada, de tal manera que vaya de lo simple a lo complejo, generando una secuencia que permita al estudiante desarrollar por sí mismo sus estudios, al ritmo de sus necesidades, intereses y capacidades;
- j) Contar con los medios de evaluación que permitan identificar si los objetivos curriculares (intermedios y específicos) se han cumplido o no, para que de esta forma se retroalimente al alumno sobre sus adelantos y errores cometidos; y
- k) En este proceso de enseñanza el profesor juega un papel de

supervisor u orientador (Memorias y Prospectivas 1975-1982, in Monroy y Vilorio, 1987).

En suma, el currículo de la carrera de psicología en Iztacala se presentó como innovador, ya que, por una parte, intenta romper con la educación tradicional, transformando el papel del alumno de un ser receptivo a un ser activo, en donde pueda expresar su punto de vista, avanzar de acuerdo a sus capacidades e intereses; mientras que el papel del maestro pasa a ser el de un orientador. Por otra parte, intenta vincular el ejercicio profesional del psicólogo tanto con su formación profesional como con las necesidades reales de la sociedad, presentando así una nueva concepción de la psicología, como ciencia y profesión, utilizando la psicología experimental como eje central, todo esto basado en la psicología conductual como corriente principal.

1.2.2. DEFINICION DE LA PSICOLOGIA COMO CIENCIA Y PROFESION PARA LA PSICOLOGIA EN IZTACALA.

Ribes (1980) señala que "... La psicología es una ciencia natural y experimental cuyo objeto de estudio es el comportamiento de los organismos individuales. Como profesión se dirige fundamentalmente a resolver problemas en que interviene, como dimensión fundamental, el comportamiento humano, ya sea a nivel individual y de pequeños grupos, aún cuando los efectos de su acción se expanden a grupos más numerosos ..." (pag. 58).

El mismo autor menciona que el estudio de la psicología abarca dos aspectos: los conocimientos de las ciencias básicas respecto a la interacción del organismo y su comportamiento y los aspectos técnicos y aplicativos dirigidos a la solución de problemas en situaciones de naturaleza social, por lo que la psicología comparte dos metodologías: una de las ciencias básicas-experimentales y la de las ciencias sociales.

La actividad del psicólogo como profesional, incluido la labor como investigador básico y aplicado, están relacionadas con las situaciones sociales en las que el aspecto humano influye, estas son:

Función de detección de problemas: la cual incluye tanto carencias de forma de comportamiento socialmente deseables, como potencialidades cuyo desarrollo es requerido para satisfacer

Iztacala

prioridades individuales o sociales. Esta función comprende las áreas de evaluación y diagnóstico.

Función de desarrollo: consiste en promover cambios, tanto individual como de grupos, para facilitar la aparición de comportamientos potencialmente requeridos para el cumplimiento de objetivos individuales o de grupo, en lo que se refiere a recursos humanos. Esta función incluye lo que tradicionalmente se conoce como educación y capacitación.

Función de rehabilitación: esta función está orientada al remedio de aspectos deficitarios en la conducta de grupos o individuos. Comprende actividades de reeducación y de prótesis.

Función de planeación y prevención: Están relacionadas con el diseño de ambientes, predicción de problemas a mediano y largo plazo y difusión de algunas actividades profesionales de apoyo entre personal paraprofesional y no profesional.

Función de investigación: Esta actividad se dirige a la evaluación controlada de instrumentos de medida, al diseño de tecnología y al establecimiento de habilidades interdisciplinarias en el área de salud y del cambio social (Ribes, 1980).

Estas funciones generales del psicólogo como especialista en el comportamiento inciden en cuatro áreas problemas generales: la salud pública, la productividad, la instrucción y la ecología y vivienda. Los escenarios en que confluyen estas cuatro áreas problema son: las instituciones de salud, de educación, de reclusión, los centros laborales y de producción, las distintas áreas de la comunidad (tanto urbana como rural) y en el laboratorio de investigación (ibidem).

Como se puede observar, el adiestramiento del psicólogo está inmerso en la problemática social que la comunidad plantea constantemente, no de una manera intuitiva o empírica, sino basado en una metodología derivada de la experimentación de laboratorio y de su implementación a situaciones naturales (ibidem)

1.2.3. CURRÍCULO Y OBJETIVOS PROFESIONALES.

En el plan de estudios de psicología en Izatacala los objetivos terminales de la carrera deben definir situaciones de enseñanza que permitan cumplir las funciones señaladas anteriormente. Estas situaciones de enseñanza poseen dos

características fundamentales:

a) Provee las situaciones concretas que capacitan al estudiante en la aplicación y evaluación de las tecnologías específicas; y

b) Proporcionan condiciones genéricas que facilitan la transferencia en el diseño y aplicación de dichas tecnologías (Ribes, 1980).

Asimismo, los objetivos terminales poseen dos bloques formativos: 1) ejercita a los estudiantes en las condiciones que definen la práctica profesional cotidiana (módulo aplicado), 2) proporciona habilidades metodológicas suficientes para el diseño y evaluación de nuevas tecnologías (módulo experimental).

El módulo aplicado condensa los objetivos terminales de la carrera y los otros dos módulos (experimental y teórico) constituyen sistemas académicos de apoyo con objetivos particulares y complementarios al módulo aplicado (ibidem)

El plan de estudios de psicología contempla las siguientes áreas:

AREA CLINICA.- en esta área se consideran problemas como alcoholismo, adicción, consejeros matrimoniales, patología conductual, perturbaciones infantiles, problemas psicósomáticos y otros.

AREA SOCIAL.- en esta área se mencionan al mantenimiento de conjuntos habitacionales, contaminación, control de accidentes, programas de nutrición, delincuencia, organización de grupos, entre otros.

AREA DE EDUCACION ESPECIAL Y REHABILITACION.- en esta área se trabaja con déficit de lenguaje, impedimentos físicos, perturbaciones emocionales, conducta académica, destreza motora, rehabilitación sensorial, adiestramiento vocacional y educación sexual.

AREA DE EDUCACION Y DESARROLLO.- en esta área se busca el desarrollo de conductas de autocuidado, lenguaje, destreza motora / sensorial, solución de problemas, relaciones sociales, actividades recreativas, conductas académicas y orientación prevocacional (ibidem).

En suma, los objetivos terminales del modelo de psicología en

Iztacala están condensados en el módulo aplicado, sirviendo de apoyo los módulos experimental y teórico. Las áreas que se contemplan para el desarrollo del profesional de la psicología son: clínica, social, educación especial y rehabilitación y educación y desarrollo. Cada una de ellas presenta una gran variedad de eventos en donde este profesionista puede desempeñar su labor.

1.2.4. CARACTERISTICAS DE LOS MODULOS DE ENSEÑANZA.

El plan de estudios de psicología en Iztacala está estructurado en base a módulos, los cuales se eligieron porque este sistema provee estructuras organizativas más amplias, a diferencia de los modelos pedagógicos tradicionales que agrupan el proceso educativo con base en compartimentos segregados conocidos como cursos o asignaturas. Este sistema modular está constituido por situaciones de enseñanza que especifican actividades genericas peculiares en cada módulo (Monroy y Vilorio, 1987). Asimismo, este sistema busca la difícil vinculación entre la teoría y la práctica, entre la enseñanza y el aprendizaje, las que deben estar en relación con las necesidades de la población (Palma, 1988). El sistema modular está integrado por tres amplias situaciones de enseñanza-aprendizaje (módulo teórico-metodológico, experimental y aplicado), cada uno de ellos define objetivos complementarios, actividades diferenciadas, condiciones específicas de aprendizaje y sistemas particulares de evaluación (Ribes, 1980). A continuación se explicará cada uno de ellos:

Módulo Teórico-Metodológico.

Este módulo intenta proporcionar al estudiante información como apoyo a los módulos experimental y aplicado e incluye clases, lecturas independientes, tutorías y seminarios. Los objetivos específicos en este módulo son:

a) Proporcionar al estudiante información en las áreas de investigación experimental y aplicado y de la actividad profesional;

b) Proporcionar al estudiante una concepción paramétrica acerca de la conducta humana en base a los hallazgos de laboratorio.

c) Ubicar al estudiante en el contexto histórico de los distintos problemas teóricos, experimentales y aplicados de la psicología, para que pueda analizar los determinantes culturales y metodológicos de la variada problemática conceptual y empírica de la psicología; y

d) Adiestrar al estudiante en la investigación bibliográfica para que pueda revisar, integrar y criticar determinada área del conocimiento, así como pueda plantear posibilidades de desarrollo y solución de problemas (Ribes, 1980).

Módulo Experimental.

En este módulo se incluyen un conjunto de actividades de laboratorio que van desde la simple observación de la conducta animal en una situación libre hasta el análisis cuantitativo de episodios sociales y verbales con humanos. Además, contempla una secuencia de áreas eslabonadas paramétricamente, haciendo hincapie en las continuidades teóricas y metodológicas; también se intenta proporcionar las herramientas cuantitativas y metodológicas requeridas para el diseño, representación e interpretación de situaciones experimentales (*ibidem*).

Módulo Aplicado.

Este módulo intenta extender los principios teóricos, las técnicas y procedimientos de laboratorio a las condiciones naturales de trabajo. Tiene dos funciones: a) el adiestramiento práctico de los futuros profesionales y b) evalúa la validez de los contenidos teóricos y experimentales (*ibidem*).

Adicionalmente, este módulo intenta adiestrar a los estudiantes en la presentación de problemas y objetivos profesionales, en el diseño de programas de acción que lo solucionen, en la selección de técnicas apropiadas para resolver problemas, en el diseño de nuevas técnicas en base a los conocimientos teóricos y experimentales, en la evaluación de los efectos de los procedimientos y su seguimiento en esenarios naturales y en el trabajo comunitario, especialmente en lo que se refiere al entrenamiento de paraprofesionales y no profesionales de la psicología (*ibidem*).

Ahora bien, estos tres módulos se imparten durante toda la formación profesional del psicólogo de Iztacala. Durante los

primeros cuatro semestres de la carrera la formación es fundamentalmente teórico-experimental; es decir, se da un énfasis muy fuerte a las actividades de laboratorio (acompañado con la teoría) el cual se va reduciendo gradualmente hasta quedar como apoyo al módulo aplicado (esto sucede hasta el inicio del quinto semestre), mientras que el módulo teórico se mantiene constante al través de toda la formación. Por su parte, el módulo aplicado inicia con pocas horas de trabajo, a partir del quinto semestre incrementa el tiempo de su presentación, quedando como núcleo central de la formación y recibiendo el apoyo de los otros dos módulos.

La primera práctica que se toma es la de educativa, y la de educación especial y rehabilitación (Psicología Aplicada Laboratorio V y VI) por considerarse las más simples (Palma, 1988). Se continua con clínica y sociales (Psicología Aplicada Laboratorio VII y VIII), esta ultima con duración de un año. Como se mencionó anteriormente, se cursan simultáneamente las cuatro materias teóricas que corresponden a las áreas aplicadas: Psicología Clínica Teórica, Educación Especial y Rehabilitación Teórica, Desarrollo y Educación Teórica y Psicología Social Teórica, las cuales duran los cuatro últimos semestres de la carrera.

1.2.5. HABILIDADES TERMINALES DEL PSICOLOGO.

Una vez realizado la descripción del plan de estudios de psicología en Iztacala, a continuación se presentan las habilidades terminales que establece el mismo modelo.

Para determinar las categorías genéricas de la actividad profesional del psicólogo, se especificaron cuatro dimensiones básicas de análisis:

- a) Los objetivos de la actividad;
- b) Las áreas generales de la actividad;
- c) Las condiciones socioeconómicas en que se desenvuelve dicha actividad; y
- d) El número de personas que afecta la actividad.

Estas cuatro áreas están desglosadas de la siguiente manera:

Los objetivos de la actividad profesional son:

- a) Rehabilitación.

- b) Desarrollo.
- c) Detección.
- d) Planeación y prevención.
- e) Investigación.

Estas áreas contemplan los siguientes sectores:

- a) Salud Pública;
- b) Producción y Economía;
- c) Instrucción; y
- d) Ecología y Vivienda.

Las condiciones socioeconómicas en que se desenvuelve la actividad son:

- a) Urbana desarrollada;
- b) Urbana marginada;
- c) Rural desarrollada; y
- d) Rural marginada.

El número de personas a la que afecta la actividad:

- a) Individuos;
- b) Grupos urbanos; y
- c) Grupos institucionales (Ribes, 1980).

Para los fines del presente trabajo , se puede señalar que el currículo de psicología Iztacala marca como una de las áreas donde el profesional de esta rama puede desempeñar su labor está la salud pública, en donde puede rehabilitar, detectar, desarrollar, planear, prevenir e investigar y esto lo puede hacer con zonas urbana desarrollada y marginada y rural desarrollada y marginada, la que puede presentarse tanto en individuos, como en grupos urbanos e institucionales. Esta situación se analizará en el cuarto capítulo, pero considero adecuado remarcar de una vez.

2.1. DEFINICION DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

En el presente capítulo se desarrollarán algunos aspectos importantes dentro del sector salud, como son: el proceso salud-enfermedad, los servicios de salud, los niveles de atención, la estructura y organización de los servicios de salud en México y los programas de formación de recursos humanos. El presente apartado se refiere a la definición del proceso salud-enfermedad.

Para poder analizar la definición del proceso salud enfermedad es importante considerar el punto de vista de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien la define como "...la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad o dolencia ..." (in Terris, 1987, pag. 40). Por otra parte, La Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud, incluida en la OMS, indica que la salud es "... el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afección o de enfermedad; es un derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objeto social importantísimo en el todo el mundo..." (in Complamar, 1985, pag. 19).

Salud
OMS
✓

Ambas definiciones que marcan la OMS presentan serias limitaciones; por un lado, no son definiciones operacionales, debido a que considera a la salud como un bienestar, por lo que se observa una subjetividad al usar este término. Asimismo, reduce a la salud a un aspecto biológico, limitando su campo de acción a la medicina curativa. Por otro lado, no considera la importancia de factores históricos y sociales (San Martín, 1985 y Viniegra, 1985). En la segunda definición, más que ser esto, parece ser un aspecto político para justificar la salud para toda la población, aspectos que es positivo, pero que debió considerarse desde hace mucho tiempo.

Una vez marcada el punto de vista de la OMS sobre el proceso salud-enfermedad, pasaremos a revisar a otros autores que también nos señalan la importancia de este proceso. Iniciaremos con Terris (1987) quien considera que antes de definir salud es importante aclarar el concepto de no salud; el cual es la interacción entre el sujeto, el agente y el medio. Es decir, se puede estar enfermo sin que exista malestar alguno, salud y malestar se excluyen,

pero salud (sentirse bien) y enfermedad no siempre se excluyen. Con base a lo anterior el autor nos indica que "...salud es un bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente la ausencia de malestar o dolencia..." (ibidem, pag. 41).

Esta definición, al igual que las anteriores, tiene varias limitaciones, ya que considera al mencionado proceso desde un punto de vista biológico y omite la importancia de los factores históricos. Sin embargo, nos empieza a delimitar la objetividad de la salud al tomar en cuenta dos aspectos de la misma: uno subjetivo (sentirse bien) y otro objetivo (capacidad de funcionar).

Otros autores, como Ferrara y Acebal (1980) señalan que "... Así, para nosotros, la salud es un continuo accionar del hombre frente al universo físico mental y social en el que vive sin retacear un solo esfuerzo para modificar, transformar, recrear aquello que debe ser cambiado..." (pag. 6).

Esta definición, a pesar de que no describe claramente el aspecto objetivo de la salud, tiene algunos factores importante que mencionar. Los autores remarcan la importancia de los aspectos sociales, aunque no históricos, y le dan un papel activo a los individuos, en donde ellos son parte importante para la salud y ésta se encuentra en su vida cotidiana.

Coplamar (1985) en vez de darnos una definición nos dan una descripción y nos indica que "... el proceso salud y enfermedad desde el punto de vista social se determina por las condiciones materiales de vida, las que a su vez depende el grado de dominio humano sobre la naturaleza y el grado de igualdad sobre la distribución de los beneficios que de ello deriven. Entre los aspectos sobresalientes de las condiciones materiales y culturales de la vida están: la alimentación, la vivienda, la educación y las condiciones de trabajo e higiene ambiental. Los servicios no personales de salud (salud pública) actúan sobre algunos de estos aspectos, y por lo tanto, contribuyen de manera esencial a disminuir los riesgos de la enfermedad y de la muerte. Los servicios personales se orientan más al aspecto biológico del proceso salud-enfermedad y su efectividad está determinada por la

presencia de buenas condiciones materiales de vida de la población que atienden ..." (ibidem, pag, 26).

Esta descripción que nos hace Coplamar parte de un punto de vista cultural y social; sin embargo, parece ser que las condiciones materiales de vida están alejadas de las funciones de los servicios de salud, es decir, considera aspectos como la alimentación, la educación y otros pero no da entender que es uno de los objetivos y funciones que debe tener el sector salud. Además, reduce al proceso salud-enfermedad a un aspecto biológico, ya que menciona como el objetivo de los servicios de salud disminuir los riesgos de la enfermedad y de la muerte, en vez de considerar el desarrollo satisfactorio de los individuos.

Por su parte, Ortiz (s/f) indica tres características del proceso salud-enfermedad, las que son:

a) La salud de una persona es interdependiente del estado de los individuos con que convive.

b) La salud-enfermedad tiene que ver con el ajuste óptimo de la persona en todos los aspectos (físico, mental y social) el ambiente, tanto el bajo nivel de vida como el saneamiento deficiente.

c) La salud-enfermedad de una población es interdependiente de otras actividades organizadas que se realizan en la misma comunidad.

El autor continúa mencionando que, en base a lo anterior, los programas de salud y atención médica fracasan cuando no se consideran aspectos como: la mala nutrición, vivienda inadecuada, falta de saneamiento ambiental, ignorancia, uso ineficiente de los recursos disponibles y la desventaja social.

A partir de la descripción de estas tres características hay aspectos que podemos tomar en cuenta; el primero de ello se refiere a que la salud es un aspecto que se ve afectado por cuestiones de bajo nivel de vida, la falta de saneamiento y la poca relación entre los factores anteriores y los servicios de salud. La segunda de ella es la indicar a la salud como un aspecto social, y más específicamente comunitario.

Para Laurell (in Torres, et al, 1988) "...considera al fenómeno como un proceso binomial, el cual se determina en gran

parte por las condiciones históricas-sociales del individuo..." (ibidem, pag. 54).

Esta definición nos remarca la importancia de los aspectos históricos y sociales de los individuos, así como menciona a la salud-enfermedad como un proceso que está íntimamente relacionado.

Ahora bien, a continuación se señalaran dos definiciones que nos proporciona San Martín, la primera de ellas nos dice que "...Salud es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) que aparece como un estado de tolerancia y compensación física, psicológica, mental y social fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo como la manifestación de un estado mórbido..." (San Martín, 1985, pags. 80-81). El autor señala que la tolerancia que define la noción relativa puede ser apreciada globalmente a nivel de población de una forma estadística, pero constituye la síntesis que cada uno puede hacer de su estado de salud a través de su percepción, personalidad, educación, ingresos económicos, experiencia y valor que concede a la vida humana.

La segunda definición nos indica que "...Considerar a la salud como un estado relativo ("salud relativa") es decir, como un estado de salud-enfermedad dinámico, variable, individual y colectivo (relaciones sociales), producto, también dinámico y variable de todos los "determinantes" sociales (ambientales) y genético-biológicos-ecológicos que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se expresan en nuestra biología" (San Martín y Pastor, 1984, pag. 31). Los autores nos explican su definición. Cuando se señala a la salud como un proceso social, se refiere a que el proceso salud o enfermedad son originados a la estructura de la formación social y los determinante sociales se distribuyen socialmente por clases sociales y por categorías socioprofesionales. La salud está relacionada con las estructuras socioeconómicas (como el salario, tipo de trabajo, alimentación, vivienda, cultura y otras), con el sistema de producción-consumo, con el nivel de vida y los modos de vida de las clases, grupos sociales e individuos, con las desigualdades sociales, con el grado de instrucción y participación social de las comunidades.

Como se puede observar, con base a las dos definiciones anteriores, nos da una perspectiva más amplia y completa de lo que es la salud-enfermedad. En primer lugar, al igual que Terris, considera a la salud como un estado relativo; esto es, no hay estados completos de salud o de enfermedad, sino que ambas están en estrecha relación y nos proporciona aspectos más concretos para poder evaluar el estado de salud (la tolerancia) que puede ser a un nivel general o individual. En segundo término, indica a la salud como dinámica y variable, debido a que cambia de acuerdo con la época, las condiciones de vida y las relaciones de producción, y es social e individual. Por último, nos explica claramente porque el proceso salud-enfermedad es afectado por factores históricos y sociales.

Para finalizar, con este análisis del proceso salud enfermedad citaremos a Viniegra (1985) quien nos indica que "... es necesario luchar contra la idea de salud como logro individual, sólo puede ser una apropiación colectiva. La educación para la salud, la promoción, la prevención y el saneamiento ambiental sólo pueden lograrse a escala social con la movilización de la sociedad civil, son resultantes de esta movilización y no de sus condicionantes. De la misma manera, la vigencia social del concepto de salud como el bien vivir sólo puede ser viable si la sociedad en su conjunto se moviliza hacia esa dirección.

El bien vivir y el bien morir como apropiación social se refiere solo colateralmente a la satisfacción de bienes materiales -los mínimos del bienestar material son un supuesto del bien vivir que distan mucho de haberse logrado en una considerable proporción de los países del llamado tercer mundo-; aluden principalmente a cierto tipo de relaciones sociales donde las tendencias en conflicto alcancen un cierto equilibrio dentro de una desigualdad oscilante, con un transfondo de vigorosas movilizaciones y solidaridad.

La salud está determinada por una situación histórica de una sociedad dada..." (pags. 417-418).

A partir de esta descripción que hace Viniegra sobre el proceso salud-enfermedad podemos encontrar muchos aspectos para la definición del mencionado proceso. El autor parte desde el punto

de vista de una salud colectiva, en contraposición con el punto de vista individual (como en el caso de la OMS), en donde la comunidad es el factor central y es donde hay que darle mayor énfasis al sector salud. Además, considera aspectos como la educación para la salud, la promoción, la prevención y el saneamiento ambiental como aspectos importantes para el desarrollo de la salud; agrega nuevos elementos, al señalar el bien vivir y el bien morir, estos factores nos hablan de que se debe desarrollar mejor, tanto la comunidad como los individuos, y se debe preparar a la población para el bien morir. Hace hincapié a que la salud está determinada por las situaciones históricas y culturales de la sociedad.

En suma, con base a la revisión de las definiciones y descripciones del proceso salud-enfermedad se puede concluir que:

- a) El proceso salud-enfermedad es relativo.
- b) Este proceso presenta dos aspectos : subjetivo y objetivo.
- c) Es dinámico y variable.
- d) Es individual y social.
- e) Está determinado por las condiciones históricas de cada sociedad.
- f) Está determinado por factores sociales como: la estructura socioeconómica, con el sistema de producción-consumo, con el nivel de vida de las clases, grupos sociales e individuos, con las desigualdades sociales y con aspectos políticos.
- g) La salud es colectiva, no individual; y por lo tanto se debe estimular y considerar la participación activa de las comunidades.
- h) No se debe enfocar el proceso salud-enfermedad como una situación curativa, sino se debe impulsar y fomentar la educación para la salud, la promoción, la prevención y el saneamiento ambiental.
- i) Para una definición de salud-enfermedad, se debe considerar el bien vivir y el bien morir. El primero se refiere a que los individuos puedan desarrollar todas sus capacidades; y el segundo, nos habla de un proceso normal y que debe tomarse como tal.

2.2. FORMAS DE ORGANIZACION DE LOS NIVELES.

2.2.1. PRIMER NIVEL DE ATENCION

La forma en que se encuentran organizados los servicios de salud para la atención a la población es la siguiente: primer nivel de atención, segundo nivel y tercer nivel. A continuación se explicará cada uno de ellos.

- El primer nivel de atención es el inicio al sistema escalonado de atenciones, en donde llega toda la población (cobertura universal) y se resuelven el 80 % de los problemas de salud y enfermedad que presenta la población. El restante 20 % es enviado a los niveles de mayor especialización (San Martín y Pastor, 1984). La OMS la define como "...la atención primaria de salud es fundamentalmente asistencia médico-sanitaria-social, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del Sistema Nacional de Salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad..." (*ibidem*, pag. 187).

San Martín y Pastor (*op.cit.*) señalan las características que tiene el primer nivel de atención a la población, las cuales son las siguientes:

- Fácil de acceso para todos;
- Cobertura universal, debido a que se atiende a toda la población;
- Es la puerta de entrada al sistema de servicios de salud;
- Se proporcionan servicios y atención ambulatorias de tipo de medicina general y odontológica, servicios sanitarios y servicios sociales;
- Este nivel es general, no especializado;
- Este nivel necesita el apoyo y la conexión con los otros dos niveles de atención; y
- En el primer nivel se solucionan los problemas médicos, sanitarios y sociales de tipo general.

El primer nivel de atención se encuentra subdividido a su vez en tres subniveles: el subnivel primario, representa la parte más

amplia de la pirámide y está dirigido a las acciones de salud a la comunidad; corresponde a la autoatención de la salud, es decir, las medidas que la comunidad lleva a cabo para el cuidado de la salud. El segundo subnivel implica la participación de personal técnico y auxiliar adiestrado especialmente y que proviene de la misma comunidad. El tercer subnivel de atención, se encuentra el personal de tipo profesional en el que interviene el médico, el pasante y la enfermera (Soberón, 1983).

En el primer nivel de atención a la población se realizan las siguientes funciones:

Promoción de nutrición adecuada, incluyendo el consumo de agua libre de gérmenes;

Promoción del saneamiento básico: vivienda, agua, desechos, contaminación y otras;

Salud materno-infantil y planificación familiar;

Inmunizaciones;

Lucha contra las endemias locales;

Educación para la salud, específicamente para los problemas locales;

Tratamiento de urgencias y enfermedades corrientes;

Organización de la comunidad para la salud y para la participación;

Estar en permanente conexión con los niveles más especializados; y

Funcionamiento de un sistema de recolección de información epidemiológica.

En suma, el primer nivel de atención es la puerta de ingreso a los servicios de salud y su importancia se finca en el hecho de que atiende a toda la población (cobertura universal) dirigiendo sus actividades hacia los individuos, la familia y la comunidad. Además sirve de enlace con los niveles de especialización y tiene como funciones principales la de atender las necesidades de la comunidad mediante la prevención y la rehabilitación.

2.2.2. SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

En el segundo nivel de atención a la población se reciben todos los casos y problemas de salud que no se pueden resolver en

el primer nivel de atención dada su complejidad; generalmente en este nivel se atienden el 15 o 20 % de las demandas (San Martín y Pastor, 1984).

En este nivel existe la hospitalización con atención médica y de enfermería, para la medicina interna, cirugía general, obstetricia-ginecología, pediatría, psiquiatría general, odontología, laboratorios, rayos X, y otros como el gestor administrativo y estadísticos (*ibidem*). Se realizan actividades como la vigilancia epidemiológica, métodos complejos de planificación familiar, atención y rehabilitación de pacientes y formación de recursos humanos (Soberón, 1984).

El segundo nivel de atención tiene dos aspectos muy importantes: la conexión adecuada y permanente con el primer y tercer nivel y el apoyo técnico que debe prestar al primer nivel (San Martín y Pastor, 1984).

2.2.3. TERCER NIVEL DE ATENCION

En el tercer nivel de atención a la población se realizan los servicios de alta especialidad y se atienden del 3 al 5 % de los problemas totales de salud. En este nivel se efectúan actividades de atención a pacientes ambulatorios y hospitalizados en las subespecialidades médicas o quirúrgicas y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento altamente especializado; como por ejemplo, la sonografía, la medicina nuclear radio terapia y otras (Soberón, 1984). Además, se realizan actividades de investigación y docencia; también se encuentra una administración central del sistema quien está encargada de darle coherencia al sistema de servicios regionalizado y de la política nacional de salud (San Martín y Pastor, 1984).

2.3. ESTRUCTURA Y ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO.

2.3.1. CONFIGURACION DEL SECTOR SALUD

La Secretaria de Programación y Presupuestos diseñó el esquema del Sector Salud, el cual consta de tres ámbitos que están íntimamente relacionados que son: el ámbito administrativo, el

ámbito programático y el ámbito público y social (Soberón, 1983).

El ámbito administrativo constituye el sector salud y es donde se ubican las acciones del gobierno federal a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), quien ejerce las funciones de coordinador de sector, de sus centros, hospitales e institutos (Soberón, 1984).

El ámbito programático se basa en criterios de programación presupuestal y está integrado por el ámbito anterior, por el IMSS, el ISSSTE y el DIF (*ibidem*).

El ámbito público y social incluye a los dos ámbitos anteriores y también a organismos que no tienen como función principal impartir servicios de salud, pero cuentan con posibilidades para realizarlo, como son: DDF, Petróleos Mexicanos, Nacional Financiera, el Metro y otros (*ibidem*).

2.3.2. FUNCIONES DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

La Coordinación de los Servicios de Salud señala como funciones de las instituciones que prestan servicios de salud las siguientes: a) atención médica, b) asistencia social, c) salubridad y d) seguridad social. De estas funciones, la última no compete a la coordinación, pero consideran importante mencionarla para poderla deslindar de las otras tres (Soberón, 1983). A continuación se explicará cada una de ellas:

La atención médica es entendida como "...aquellas acciones que cuidan de la salud del individuo; el diagnóstico clínico, el tratamiento médico y quirúrgico, la rehabilitación médica y las acciones individuales de prevención, atención materno-infantil y planificación familiar..." (*ibidem*, pag.14).

La salubridad comprende las acciones referentes al cuidado de la salud colectiva e incluye la vigilancia epidemiológica, el control de enfermedades endémicas, el control de alimentos, bebidas y medicamentos, la educación para la salud, la vigilancia de la calidad del agua y de la eliminación de excretas y el saneamiento ambiental (*ibidem*).

La asistencia social, es considerada la categoría más amplia, a la cual comprende los servicios sociales que se prestan a los

desprotegidos físicos, mentales y sociales a través de servicios médicos, acciones educativas, de rehabilitación y acciones legales. Además, en la asistencia social se incluyen a todas las acciones tendientes a mejorar el bienestar y las condiciones de vida, como son las prestaciones para los derechohabientes, la capacitación, la recreación y el estímulo al deporte (*ibidem*).

Por último, a la seguridad social le corresponden diversas prestaciones y pensiones para los trabajadores, seguros por riesgos de trabajo, enfermedad y vejez, capacitación para el trabajo y financiamiento de servicios de atención médica (*ibidem*).

2.3.3. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.

En México hay un esquema básico para la atención a la salud de la población: los servicios proporcionados a la población abierta en forma de asistencia pública, los financiados por los seguros sociales a sus derechohabientes y los del sector privado (Soberón, 1984). A continuación se explicará cada uno de ellos.

Los servicios proporcionados a la población abierta en forma de asistencia pública son dirigidos a las personas que no están aseguradas por una relación laboral continua, y corresponde en términos generales, a individuos en situación económica baja (una buena proporción corresponde a los grupos marginados). Para ellos el gobierno ha establecido instituciones públicas que prestan servicios a la salud, entre los que se encuentra la SSA y los institutos que dependen de ella, el DDF y el DIF. Sin embargo, a pesar de que los servicios son dirigidos a los grupos marginados, cualquier persona de la población puede hacer uso de ellos (Soberón, 1983).

El segundo esquema corresponde a los servicios de salud financiados por los seguros sociales a sus derechohabientes. En donde encontramos que los trabajadores y sus familiares, como derivación de sus relaciones laborales, adquieren el derecho al cuidado de la salud; como en el caso de los derechohabientes de las instituciones de seguridad social, como el IMSS, el ISSSTE, la Nacional Financiera, la Lotería Nacional y otros (*ibidem*).

El sector privado, a pesar de que no se ha consolidado como un sistema coherente, es muy importante por ser un componente que

presta servicios de salud a un número considerable de la población que pueden pagar estos servicios mediante la oferta y la demanda. Este sector está constituido por individuos o grupos (*ibidem*).

2.4. PROGRAMAS DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS.

El desarrollo de recursos humanos para la salud consta de tres componentes: formación, planificación y gestión. El primero de ellos está bajo el control de las autoridades docentes y los restantes bajo la dependencia del sistema sanitario. Para favorecer la integración entre estos tres componentes la OMS (1985) señala que deben considerarse dos zonas problemáticas, las cuales son:

a) Una capacitación adecuada por parte de las universidades en lo que se refiere a las funciones que desempeña el personal de salud, esto basado en la atención primaria de la salud; y

b) La necesidad de mayor participación de las comunidades en las diferentes etapas del proceso de formación de recursos humanos para la salud.

Antes de iniciar con la explicación de los tres componentes de la formación de personal para la salud, es necesario ubicar éste proceso desde su perspectiva histórica para poder tener una visión más amplia del mismo.

2.4.1. BOSQUEJO HISTORICO DE LA FORMACION DE PERSONAL PARA EL SECTOR SALUD.

En la formación de personal de salud, específicamente en la medicina, se distinguen tres amplios periodos históricos: la asistencia individual, la asistencia comunitaria y la salud para todos. Este breve marco nos proporciona la evolución de las ideas principales y las transformaciones que se han producido en la formación de personal para la salud.

2.4.1.1. PERIODO DE LA ASISTENCIA INDIVIDUAL.

Esta época abarca del año de 1890 hasta el año 1945, su preocupación principal se centraba hacia la medicina curativa y no existía un sistema estructurado de formación de personal para el sector salud, el cual estaba concentrado en el del médico, quien

recibía apoyo de enfermeras y auxiliares para realizar servicios de asistencia sanitaria. Por lo que se refiere a la formación de personal, en las escuelas de medicina se le daba primordial importancia a los aspectos curativos. Sin embargo, a pesar de esta situación, en esta época, se dio un gran movimiento a la prevención por los descubrimientos de Koch y Pasteur (OMS, 1985).

2.4.1.2. PERIODO DE LA ASISTENCIA COMUNITARIA.

Este periodo se inicia alrededor del año de 1948 y tenía como principales intereses a todos los factores sociales de la salud, la medicina preventiva y la extensión de los servicios sanitarios para tener un cobertura más amplia. El sistema anterior basado exclusivamente en el médico fue cambiado por un sistema escalonado de dos niveles: en el primer nivel, el médico y la enfermera prestaban asistencia en hospitales y centros de salud; y en el segundo nivel, era atendido por personal auxiliar, el que prestaba sus servicios a comunidades cercanas por medio de unidades móviles. En cuanto a la formación de personal, aún cuando prevalecía todavía la medicina curativa, se le dio más importancia a los factores sociales y preventivas. Además, surgieron disciplinas como la epidemiología y las ciencias del comportamiento (OMS, 1985).

2.4.1.3. PERIODO DE SALUD PARA TODOS

Este periodo apenas se encuentra en su primera etapa, se inició en el año de 1977 y sus objetivos principales son: cobertura universal de las poblaciones con asistencia sanitaria básica, idoneidad y eficacia de los servicios para las necesidades sanitarias actuales y futuras, participación de la comunidad y cooperación intersectorial (OMS, 1985).

Estos objetivos de la salud para todos y los fundamentos del enfoque de la atención primaria están basados en un esquema triescalonado de servicios de salud, el cual se presenta de la siguiente manera: en el primer nivel se encuentra, la formación y empleo de agentes de salud de la comunidad u otras formas de intervención de la comunidad en actividades referentes a la salud;

en el segundo nivel se ubica, la preparación de personal de nivel medio encargado de la labor de la supervisión, apoyo técnico y formación continua de los agentes de salud de la comunidad; en el último nivel se encuentran los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud quienes realizan supervisión de los dos niveles anteriores. El enfoque de la salud para todos destaca el grado de cambio que es necesario para que los sistemas de salud y el personal sanitario se ajusten a estos objetivos (*ibidem*).

2.4.2. FORMACION DE PERSONAL PARA EL SECTOR SALUD.

A partir del bosquejo histórico del desarrollo de personal para el sector salud se puede observar que la etapa actual en la que nos encontramos es la de salud para todos con un enfoque en la atención primaria, y esta situación obviamente afecta a los programas de formación de recursos humanos para la salud, por esa razón, es importante definir a que se refiere la atención primaria.

La OMS (1985) en Alma Ata definió la atención primaria como "... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de sus etapas de su desarrollo con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud en el lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye un primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria..." (pag. 16).

En esta definición se puede observar que el objetivo principal de la atención primaria de la salud es la participación e intervención comprometida de la comunidad en todo el proceso

FALTA

PAGINA

35

importancia de la atención primaria de la salud.

c) A pesar de que las universidades desconocen las necesidades sanitarias, deben asumir la responsabilidad de participar en la transformación social.

d) El objetivo de la formación de personal para el sector salud es mejorar el sistema de salud.

Con base a toda estas deficiencias que presenta el proceso de formación de recursos humanos para la salud la OMS (op cit) considera conveniente realizar cambios en la educación; esto mediante la reorientación del actual personal de salud y la creación de nuevas categorías de agentes de la salud que requerirá elaboración y aplicación de nuevos programas de enseñanza, los cuales necesitarán de nuevas instituciones y centros comunitarios con maestros que sean capaces de adiestrar al alumno en la planificación, ejecución y evaluación de programas de salud orientado hacia las necesidades comunitarias.

Asimismo, es necesario mejorar el vínculo entre la formación y la planificación ya que es la clave para la adaptación y es el primer paso en el proceso educativo. Para la enseñanza de la salud es necesario la definición de objetivos de aprendizaje, los que deben estar basados en la identificación de capacidades, conocimientos y actitudes intelectuales, prácticas y de comunicación para el mejor desempeño del personal de sus funciones. Sin embargo, en la gran parte de los planes de estudio de las escuelas de las ciencias de la salud, en particular de la medicina, giran alrededor de la enseñanza de las habilidades diagnósticas y curativas que necesitan los pacientes con enfermedades agudas y crónicas, realizando la mayor parte del aprendizaje en hospitales del segundo o tercer nivel de atención. El enfoque que se le debe dar a los planes de estudio debe ser relacionado con la evaluación de los problemas de la comunidad y con el desarrollo de programas de atención primaria de salud, incluyendo la promoción de salud y la prevención de enfermedades.

Adicionalmente, la OMS señala que se debe mejorar los criterios de selección de personal, lo cual debe realizarse en forma conjunta por las comunidades, las autoridades sanitarias y la institución docente. Para poder lograr esto, es necesario

especificar las características que se desean del personal de salud, lo que requerirá una eficaz planificación de los recursos humanos de salud. Por lo que se refiere a los objetivos de la educación deben de permitir un nivel aceptable de rendimiento a los estudiantes y egresados de las ciencias de la salud. La evaluación de los objetivos debe determinar si quienes aprenden han alcanzado sus objetivos y en que medida, si los objetivos se ajustan a las necesidades del servicio de salud y a las demandas de la comunidad, si el plan de estudios y los métodos se ajustan a los objetivos y si los instrumentos de evaluación son válidos, apropiados y objetivos.

A partir de lo anterior, se puede desprender de que en la actualidad la formación de recursos humanos para la salud debe orientarse hacia la atención primaria, lo cual implica la evaluación de las necesidades de la comunidad, la elaboración y aplicación de programas dirigidos hacia a el bienestar de la comunidad, y la participación comprometida de la misma. En base a esto, surge una cuestión que es importante señalar; la carrera de Psicología en la ENEP Iztacala dentro de su plan de estudios contempla práctica de psicología social, la cual se realiza en las comunidades. Realmente esta práctica llevada a cabo en el último año de la carrera permite al egresado de psicología salir con las habilidades suficientes para poder desempeñar su labor en el sector salud, y más específicamente, realizar su trabajo en la atención primaria a la salud?. En este momento no se le dará respuesta a esta situación, la cual será retomada en el cuarto capítulo.

2.4.2.1. EDUCACION CONTINUA.

La educación continua es llevada a cabo dentro del sector salud y tiene como objetivos los de fomentar en el personal un mejor desempeño en el trabajo, aumentar la competitividad, fomentar actitudes más adecuadas en el trabajo y aumentar la productividad, todo esto mediante un sistema de programas educativos planificados de acuerdo a las necesidades del servicio (OMS, 1985).

Sin embargo, en la actualidad, los objetivos que pretenden la educación continua no se cumplen debido a que la mayoría de planes

no están planificados y son aplicados de forma fragmentaria; por lo que es conveniente establecer un sistema nacional de educación continua el cual proporcione a todas las categorías de personal de salud una continuación del aprendizaje realizado en toda su etapa de formación. Este sistema, debe contemplar a las personas, políticas, planes, funciones e instalaciones de varias instituciones y programas para que se trabajen en forma conjunta. En donde cada módulo sea de carácter sucesivo y progresivo y con objetivos específicos de aprendizaje. los que deben establecerse de acuerdo a las necesidades, con un enfoque de trabajo multidisciplinario y dirigidos a la resolución de problemas (*ibidem*).

2.4.3. PLANIFICACION DE PERSONAL PARA EL SECTOR SALUD.

La planificación de personal para la salud, según la OMS (1985), debe realizarse como parte de la planificación sanitaria dentro de las estrategias nacionales de la salud para todos y en coordinación entre el sector salud y las instituciones educativas y los programas de capacitación.

Para poder realizar la planificación de las necesidades del personal de salud deben considerarse los siguientes factores: necesidades cualitativas, niveles de capacidades, competencia y gama de tareas, composición de los equipos de salud y carácter complementario de las tareas y distribución del personal a través del país (*ibidem*).

Sin embargo, no existen normas internacionales que establezcan la dotación de personal para la salud; como por ejemplo, un número determinado de médicos y enfermeras por número de habitantes; no hay un modelo único de formación del equipo de salud en los diferentes niveles de asistencia. Esta situaciones, cada país debe especificarlas en base a sus propias necesidades de personal, lo que requerirá la elaboración de políticas y planes de formación de personal de salud (*ibidem*).

2.4.3.1. POLITICAS SOBRE LA FORMACION DE PERSONAL PARA EL SECTOR SALUD.

Fülöp y Roemere (in OMS, 1985) analizaron las políticas



internacionales de formación de personal para el sector salud, examinaron cuatro periodos: I del año 1948 a 1951; II del año 1952 al 1961; III del año 1962 al 1972 y IV del año 1973 al 1980. En estos periodos se encontraron 8 objetivos, los que a continuación se mencionarán:

Los tres primeros objetivos para la formación de personal de salud fueron; mayor cantidad, mejor calidad y equivalencia entre naciones. Estos objetivos se presentaron en los dos primeros periodos a causa de la Segunda Guerra Mundial y a la destrucción de varias ciudades que ocasionó que existiera una escasez de personal.

El tercer periodo tenía como objetivos la cobertura geográfica, la planificación de recursos de personal y la eficacia. También en este periodo se introdujo el objetivo de la idoneidad, el que influyó en la adaptación de los planes de estudio a las necesidades locales y en el establecimiento y desarrollo de departamentos de medicina social y preventiva en las escuelas de medicina. En base a la preocupación por la idoneidad se formó el concepto de desarrollo integrado de sistemas y recursos de personal de salud, esto sucedió durante todos los años del cuarto periodo. En la actualidad, la preocupación principal es la periferia donde trabaja el personal de salud en interacción con los individuos, con las familias y comunidades a quienes ha de atender.

2.4.3.2. FORMULACION DE POLITICAS

PARA LA FORMACION DE PERSONAL DEL SECTOR SALUD.

La política de formación de personal debe formularse dentro del contexto más amplio de las políticas nacionales de salud y de desarrollo social y económico; asimismo, se deben considerar las tradiciones, la historia, los valores y las aspiraciones del país (OMS, 1985).

La formulación de una política sanitaria y de formación de personal de salud, depende en gran medida de los siguientes factores: "...información variable y fiable; consultas y negociaciones intersectoriales; percepción; con evaluación crítica, de las necesidades, demandas y prioridades de las comunidades; un examen sistemático de las políticas, procedimiento

FALTA

PAGINA

40

ejecutarlos, así como de su vigilancia y evaluación con miras a modificar los planes existentes o preparar otros nuevos, según proceda, como parte de un ciclo permanente..." (OMS, 1985, pag. 61).

Con base a esta descripción podemos observar que el proceso de gestión se refiere a la ejecución, la vigilancia y la evaluación de las estrategias de desarrollo de recursos de personal de salud e influye en la formación y planificación de personal de salud, a la vez que es afectada por ellas. Si la gestión no es bien realizada, se desaprovecha el personal que fue costosamente formado.

La OMS (op cit) menciona que para el desarrollo de un sistema integrado y eficaz de gestión de recursos de personal de salud, se deben apoyar a los siguientes factores:

- a) El fortalecimiento de la infraestructura de gestión;
- b) El mejoramiento de los sistemas de administración de personal, que comprende lo siguiente: contratación, traslados, desarrollo de la profesión y educación continua;
- c) El desarrollo y el fortalecimiento de los programas de formación en relación a la gestión y supervisión, todo esto a nivel nacional; y
- d) Investigación sobre la formación de personal de salud, incluyendo análisis de políticas, análisis de tareas, papel de los incentivos y técnicas de elaboración de perfiles de rendimiento.

2.4.4.1. SISTEMA DE INFORMACION DEL PERSONAL DE SALUD.

El sistema de información de gestión de personal debe facilitar información sobre cada uno de los siguientes componentes:

- a) **Planificación;** se debe proporcionar información sobre las necesidades de personal, disponibilidad, perfiles laborales, abandonos y los resultados encontrados en la evaluación de las necesidades y recursos de la comunidad;
- b) **Formación;** en este respecto se debe proporcionar información sobre las necesidades de dotación de personal de las instituciones docentes, capacidades de producción, conjuntos posibles de estudiantes, abandono de los programas de formación,

disponibilidad de programas de educación continua y datos sobre la eficacia de la formación; y

c) Gestión; en donde se debe proporcionar la información sobre los registros de personal, que incluye información sobre nombramientos, traslados, permisos, ascensos y retiros; información para mejorar la motivación laboral (entre las que podemos mencionar a las tendencias en el despliegue de personal, utilización, expectativas del personal y otras); observación de la eficacia del personal, que incluye los datos sobre la productividad del personal, calidad de trabajo y actitudes de la comunidad respecto al personal (OMS, 1985).

De esta manera, quedan señalados los tres componentes necesarios para la formación de personal, los cuales los podemos resumir de la siguiente forma: "... en teoría, el subsistema de planificación determina las necesidades cualitativas y cuantitativas de recursos de personal, el subsistema de formación prepara el número y tipo especificado de personal, y el subsistema de gestión emplea y supervisa al personal formado, y proporciona retroacción para que los tres subsistemas puedan continuamente adaptarse a las cambiantes necesidades de sistema de salud eficaces..." (ibidem, pag. 28).

2.5. SITUACION ACTUAL DEL PROGRAMA DE FORMACION DE PERSONAL PARA EL SECTOR SALUD EN MEXICO.

El programa de formación de personal para la salud en México tiene los siguientes objetivos:

a) Actualizar y establecer los objetivos de la educación en la salud;

b) Determinar el número y tipo de personal necesarios para la aplicación de los programas, en base a el modelo de atención primaria;

c) Establecer los perfiles ocupacionales y educativos del personal de acuerdo con las necesidades de la población y a los programas de las instituciones médicas;

d) Impulsar la formación del personal orientada a la prevención, educación para la salud, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, rehabilitación y servicio de apoyo en el

area psicosocial;

e) Facilitar que los estudiantes pueden adiestrarse en el area clinica con un enfoque multidisciplinario;

f) Garantizar un un sistema efectivo de educación continua con el objeto de mejorar la calidad de los servicios;

g) Mantener actualizado un inventario nacional de instituciones formadoras de recursos humanos para la salud de los niveles técnicos, profesional y posgrado; y

h) Fomentar la investigación educativa, la formación y capacitación de docentes (Soberón, 1984).

Sin embargo, a pesar de que los objetivos del programa nacional de formación de recursos humanos para la salud son muy importantes, hasta el momento no se ha podido obtener grandes logros.

López (1986) considera que el sector salud en México se encuentra en crisis, porque existe una separación entre las instituciones educativas y el sector salud, en la formación y el ejercicio profesional. Asimismo, por la organización de los servicios de salud basadas en el médico como el responsable de las acciones ejecutadas y minimizando la importancia de otros profesionistas y técnicos de la salud. Esta situación ha propiciado que exista una hegemonía de la educación médica, lo que ha ocasionado que la enseñanza de otras profesiones, así como los estudios e investigación sobre este problema hayan quedado relegados.

Por su parte, Soberón (1984) señala que las deficiencias que presenta el programa de formación de personal para la salud son debidas a la falta de relación entre la planeación y el modelo de atención vigente en México; a que la definición del número, tipo y perfil para los distintos niveles de atención se ha realizado por cada institución de salud y no a nivel nacional; a la creación y crecimiento de escuelas de medicina, odontología y psicología con serias consecuencias de falta de preparación de los estudiantes, generándose problemas de subempleo y desempleo y a que el modelo de educación de la salud está dirigido a el trabajo en hospitales y con un enfoque a la medicina curativa, que ha ocasionado un desinterés en el trabajo de equipo con enfoque multidisciplinario.

Como se puede observar uno de los problemas que existe en la formación de recursos humanos para la salud es la desproporción que existe entre el personal formado y las necesidades del mismo en el sector salud. Soberón (1983) considera que este desequilibrio es originado por dos factores. El primero de ellos se refiere a la situación económica del país, debido a que no se puede incrementar los recursos destinados a la salud porque hay otras prioridades nacionales que resolver. El segundo es la llamada época de reproches mutuos entre las instituciones de salud y las instituciones educativas; en donde las primeras afirmaban que no se formaban ni la cantidad, ni el tipo de personal que requería el Sistema Nacional de Salud; las instituciones educativas contestaban que el sector salud no conocía sus necesidades.

Ahora bien, en México existen tres niveles educativos para la formación de personal de salud: técnico, profesional y postgrado. A continuación se describe brevemente cada nivel.

La formación de técnicos se realiza en los establecimientos de salud con acreditación o sin ella, esta última recibe poco apoyo del sector salud. Sin embargo, a pesar de que se requiere más personal técnico que profesional en el sector salud hay una mayor inscripción a la licenciatura que a las escuelas técnica (Soberón, 1984).

En cuanto a el nivel profesional tenemos que en 1981 la población de estudiantes en las ciencias de la salud correspondía a el 23.6 % del total de la licenciatura en el país, siendo la carrera de medicina la que mayor número de inscripciones tenía seguida de odontología y psicología. En cuanto a la distribución geográfica de los estudios de licenciatura se observa una concentración muy marcada, siendo el D.F. el que cuenta con mayor número de estudiantes, seguido por los estados de Jalisco, Veracruz, y Nuevo León (*ibidem*).

En cuanto a las instituciones educativas se ha presentado un crecimiento muy acelerado en el número de instituciones que imparten carreras relacionadas con la salud, siendo las áreas de psicología, medicina y trabajo social las que han presentado mayor aumento (*ibidem*).

La formación de recursos humanos para la salud en postgrado comprende tres niveles: especialización, maestría y doctorado (*ibidem*).

Por otro lado, la educación continua tiene como objetivo el adiestramiento y la capacitación del personal de salud, presenta las siguientes características: los programas están dirigidos al personal administrativo y secretarial; el personal profesional que recibe mayor número de cursos es el médico, después la enfermera y hasta el último se encuentran los técnicos y el odontólogo; los cursos están dirigidos a satisfacer ciertas necesidades de los grupos profesionales relacionados a aspiraciones laborales, de promoción social y a valores individuales, más que a las necesidades de salud de la comunidad (*ibidem*).

Soberón (1984) señala que debe haber una mejor coordinación entre las instituciones educativas y de salud, las que deben contemplar los siguientes aspectos: la orientación de la oferta y la demanda de servicios de salud y atención médica en diferentes regiones; la coherencia de las actividades educativas en los aspectos de requisitos de admisión, planes de estudio, internado, servicio social, residencia de posgrado y otorgamiento de grados académicos, requerimientos para la creación o racionalización de escuelas de medicina, odontología, enfermería y psicología, y la definición de perfiles funcionales del personal requerido para atender las necesidades de salud.

Para finalizar, Soberón (1983) nos menciona lo realizado hasta el momento por lo que se refiere a la atención primaria de la salud.

Para la formación de médicos en la atención primaria de salud, se han modificado los planes de estudio de la carrera de medicina intentando formar médicos especializados en medicina comunitaria. Además, el IMSS creó la residencia de medicina familiar, la SSA inició la residencia de atención primaria a la salud y la facultad de medicina de la UNAM modificó su plan de estudios considerando áreas de morfología, psicología, ambiental, salud pública y clínica, seminarios de integración y práctica comunitaria. En cuanto al servicio social se distribuyó a los egresados de medicina a las comunidades rurales.

Otro instrumento para alcanzar los objetivos de la atención primaria de la salud es la educación continua; esto es, el reciclaje periódico para actualizar conocimientos para la mejor aplicación y difusión de normas, procedimientos y programas en las distintas áreas de la salud.

En suma, como se mencionó anteriormente el programa de formación de personal para la salud tiene serias deficiencias, las que por supuesto afectan a los egresados de la carrera de psicología en Iztacala. Mostrándose como evidente que existe una hegemonía en el sector salud por parte de los médicos, lo que ha ocasionado que los demás profesionistas de salud, incluyendo al psicólogo, sean relegados, esta situación se analiza en el cuarto capítulo.

2.6. INVESTIGACION EN SALUD EN MEXICO.

La investigación en salud es uno de los recursos más importantes de apoyo a las actividades en este sector. En México, se realiza principalmente en el IMSS, SSA y el ISSSTE y en las instituciones de enseñanza superior, en la UNAM, la UAM y el IPN. Además, una buena parte de los proyectos de investigación se realizan en los institutos descentralizados como el de Nutrición, de Cardiología, de Neurología y de Neurocirugía, el de Psiquiatría y el Hospital Infantil (Soberón, 1984).

En la investigación en salud se encuentran tres áreas: biomédica, clínica y sociomédica. Las dos primeras se realizan en el individuo, y en la biomédica con frecuencia se utilizan órganos, tejidos o células. La investigación sociomédica se lleva a cabo en poblaciones y es denominada como la investigación en necesidades y en sistema de salud (Soberón, 1983).

En la investigación biomédica se realizan la mayor cantidad de proyectos seguido de la investigación clínica y la sociomédica respectivamente (Soberón, 1984).

Ahora bien, la investigación en salud en México no se ha escapado de las tendencias mundiales que han centrado sus estudios en los aspectos individuales del proceso salud-enfermedad más que a los aspectos colectivos del mismo proceso; es decir, hay mayores proyectos en las áreas biomédica y clínica lo que ha propiciado

que se tienda a analizar las formas como puede ser diagnosticadas las enfermedades o los métodos terapéuticos que puedan ser utilizados en contra de ellas. En poca medida se han dirigido los trabajos hacia la producción de conocimientos en ciencias básicas o sociales, hacia la exploración de los de los determinantes y la distribución de las enfermedades y de los servicios que se han organizado para prevenirla o tratarla. En suma, la investigación de las necesidades está separada de las necesidades de información que requerirá un cambio en la orientación de las acciones sanitario-asistenciales (López, 1986).

Esta hegemonía médica y biomédica que se presenta en la investigación en salud en México ha propiciado que la visión que se tiene de los problemas sea fragmentaria y que se relega a los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad (*ibidem*).

Ante esta problemática, el Sistema Nacional de Salud ha considerado las siguientes estrategias para la investigación en salud:

- a) Formular un inventario nacional actualizado sobre la investigación que se realizan en el campo de la salud.
- b) Ampliar y consolidar la infraestructura de información.
- c) Definir los problemas prioritarios de salud en el país.
- d) Fomentar la colaboración entre las instituciones de enseñanza superior y las de salud.
- e) Reforzar las relaciones intersectoriales.
- f) Fomentar la formación de personal para la salud.
- g) Establecer mecanismos para financiar y apoyar la investigación.
- h) Incrementar la participación de la iniciativa privada en apoyo a la investigación.
- i) Fortalecer los institutos nacionales de salud y organizar su participación.

3. FUNCIONES DEL PSICOLOGO EN EL SECTOR SALUD.

3.1. PANORAMA DE LA INVESTIGACION DE LA PSICOLOGIA SOCIAL EN AMERICA LATINA SOBRE SALUD.

Las investigaciones que se han realizado desde la perspectiva de la psicología social en América Latina sobre el proceso salud-enfermedad han sido estudiadas por García (1986) quien mediante una revisión bibliográfica de los años 1972 hasta 1982 nos señala los temas y los subtemas que se proponen en la bibliografía, los cuales son los siguientes:

Salud mental: aquí se han realizado estudios sobre los aspectos psicosociales del consumo de drogas, alcohol, de la delincuencia, del suicidio, de la distribución social de la morbilidad psiquiátrica y actitudes hacia la enfermedad mental.

Ciclo de vida: Este tema se ha subdividido en tres subtemas niñez, adolescencia y tercer edad.

Trabajo y salud: Se han realizado estudios que se refieren a los diferentes aspectos de las condiciones de la actividad laboral, su percepción por parte del trabajador y la relación con su estado de salud.

Enfermedades no transmisibles y estrés: Aquí se encuentran estudios psicosociales de las enfermedades como hipertensión, diabetes, úlcera, cáncer y estudios sobre el estrés emocional.

Enfermedades transmisibles: son estudios sobre las actitudes de la población hacia las mismas y la reacción psicológica de los enfermos.

Aspectos sociales de la morbilidad: Se encuentran estudios de la morbilidad mediante el uso de técnicas de investigación psicosocial.

Estos temas se subdividieron en los siguientes subtemas:

Aspectos psicosociales de la reproducción: Se refiere a estudios sobre la anticoncepción, el aborto y la percepción de las diferentes etapas del proceso reproductivo en la mujer.

Aspectos psicosociales de la sexualidad: son estudios relacionados a las respuestas sexuales y tratamiento de los trastornos de los mismos.

Hábitos nocivos: En este aspecto se han realizado estudios sobre el tabaquismo, obesidad y de los comportamientos

autodestructivos.

Familia y sociedad mujer y sociedad: Estos fueron seleccionados por su importancia en las condiciones que conforman el estado de salud y bienestar.

Por otro lado, dentro de la práctica médica se clasifican en los subtemas de conductas de la población hacia los servicios de salud, medicina primaria, educación sanitaria, profesiones de salud y análisis histórico.

Ahora bien, el análisis que realiza García (1986) sobre la producción investigativa nos menciona que hay más estudios sobre el tema ciclo de vida, con los aspectos de desarrollo y crecimiento, nutrición, accidentes en el niño, aspectos psicosociales de la adolescencia y tercera edad que representa el 24.5 % del total. Todos los países de latinoamérica han realizado estudios sobre este tema, y una gran parte de estos son sobre el desarrollo psicológico del niño.

En segundo lugar en la frecuencia de estudios, se encuentra el tema de las enfermedades no transmisibles y el estrés con un 19.2 %. La mayor parte de los países han realizado estudios a este respecto. El tema de salud mental ocupa el tercer lugar y también ha sido estudiado por todos los países. A continuación está el subtema de aspectos psicosociales de la reproducción el que tiene un número bajísimo de trabajos y sólo se han realizado estudios en Cuba y en México, aunque se está incrementando la atención sobre este aspecto. El siguiente subtema en orden de frecuencia es el de mujer y sociedad y familia y sociedad, los que han sido abordados por Brasil, México y Puerto Rico, El tema de trabajo y salud cuenta con un número pequeño de trabajos, los que han sido realizados en México, Brasil y Cuba.

A continuación está el subtema de sexualidad y su tratamiento, siendo Panamá el que mayor número de publicaciones tiene a este respecto. Los estudios referentes a los aspectos sociales de la morbilidad son realizados únicamente por psicólogos cubanos. En cuanto a los estudios sobre los hábitos nocivos y los comportamientos autodestructivos sólo se han realizado dos estudios un en México y el otro en Venezuela. Por último, el tema de las enfermedades transmisibles sólo cuenta con un trabajo que

fue elaborado en Venezuela.

Por lo que se refiere a los estudios sobre la práctica médica, los más frecuentes son aquellos relacionados a la conducta de la población hacia los servicios de salud, en donde un gran número de trabajos cubanos tratan sobre la evaluación de los servicios de salud que recibe la población y su motivación, estos han sido realizado en Brasil, Venezuela y Cuba. El subtema de profesiones de salud contiene estudios de Argentina, Cuba y Puerto Rico. El subtema de educación sanitaria incluye dos trabajos uno cubano y otro venezolano, sobre medicina primaria se encuentra un trabajo dominicano, misma cifra que presenta el subtema de análisis histórico, el cual fué realizado en Cuba (García, 1986).

Para finalizar, los trabajos realizados sobre la formación de recursos humanos únicamente se encuentran tres. Uno de ellos fue elaborado en Argentina el cual diseñó un instrumento para evaluar los conocimientos indispensables en el ciclo preclínico de la carrera de medicina y evalúa dos métodos docentes sobre la adquisición de información por parte de los estudiantes. El segundo es un estudio chileno sobre las motivaciones, valores y papel del médico joven. El último fue un estudio cubano que tenía como objeto conocer la experiencia de los estudiantes de medicina en una unidad de atención primaria (*ibidem*).

Con base a esta revisión, García (*op cit*) considera que el volumen de los trabajos revisados sobre el proceso salud enfermedad desde la perspectiva de la psicología social son casi insignificantes en comparación con los realizados por otras ciencias sociales, aunque se han ampliado los temas de trabajo como es el caso de las enfermedades crónicas, del estrés emocional, de los transtornos sexuales y de los comportamientos autodestructivos. Asimismo, señala que la investigación tiene un enfoque pragmático y que existe poca elaboración teórica y parece ausente un intento de valoración conceptual del proceso salud-enfermedad y de sus determinantes, así como una comprensión de las condiciones que propician las formas y funcionamientos que adopta la práctica médica de cada país, que es un aspecto muy importante para poder ubicar el lugar del papel de los procesos psicológicos y sociopsicológicos.

FALTA

PAGINA

51

prevención en vez de la curación (Rodríguez, 1984.)

Por su parte, San Martín y Pastor (1984) nos indican que la función del psicólogo en el sector salud es "... Fuera de la importancia del análisis psicológico en el estudio de las motivaciones, del comportamiento individual y social, el aspecto que le interesa más a la salud pública es la psicología del aprendizaje como fundamento de una educación científico sanitaria ..." (pag. 232).

La doctora Rodríguez (in Navarro, 1989) comenta que "... entre las principales causas de muerte en México figuran las enfermedades infecciosas, los pedecimientos crónico-degenerativos, los accidentes y la violencia. [Los psicólogos de la salud -aseguró cuentan con el bajage teórico y metodológico para colaborar en la atención de este tipo de problemas. De esta manera, el escenario de la psicología prevé dar respuestas a la necesidad en el campo de la salud...]" (pag. 21).

Por su parte, Urbina (in Navarro, 1989) director de la Facultad de Psicología, nos indica que "...El trabajo del psicólogo en el campo de la salud impone diversas limitaciones a la contribución que la psicología puede hacer en la materia; por ejemplo, la intervención de este profesional no puede ocurrir de una manera integral, y su articulación dentro de los equipos de trabajo deja mucho que desear. Las recientes aportaciones al cuidado de la salud, agregó, han confirmado que la promoción de ésta, así como la prevención y el tratamiento de enfermedades, puede lograrse con más éxito si se incorpora los avances científicos y las técnicas modernas de la psicología ..." (pag. 21).

(Para Fuentes y Torres (1983) "... La psicología aborda los problemas de los desórdenes y desviaciones mentales usando sus propios métodos. Se utilizan actualmente pruebas psicológicas muy sensibles) (Halstead, Reitan, Luria, etc.), para la identificación de alteraciones discretas de las funciones cognitivas en los niños y adolescentes farmacodependientes y en los ancianos. (Estas pruebas permiten la localización de defectos cerebrales, y usadas en conjunto con el análisis cualitativo del electroencefalograma y de los potenciales evocados por estímulos sensoriales, forman una

batería de instrumentos poderosos para la investigación neuropsicológica.

Otro método que ensancha el camino de la investigación en este campo de la psicología experimental, es la bioretroinformación, que tiene el valor como instrumento de investigación en el estudio de algunas disfunciones psicofisiológicas ..." (pag. 9).

Por otra parte, [el papel del psicólogo en el área de la administración de servicios de salud es muy amplia.] En base a la formación metodológica y de investigación del psicólogo le permite realizar aportaciones en el sector salud como la evaluación de programas, en el desarrollo de instrumentos de medición y de técnicas para validar socialmente sus instrumentos. Además, realiza actividades de selección y capacitación de personal (Rodríguez, 1984).

"...El manejo de personal, el uso de dinámicas de grupos y programación por objetivos, son herramientas y tecnologías que el psicólogo domina en mayor o en menor grado.] La psicología de la organización juega un importante papel. La psicología estudia al hombre en su contexto y entorno social. La psicología organizacional con sus amplias proyecciones e implicaciones tiene cabida importante dentro de la administración de servicios de salud.

El psicólogo ambiental también tiene una parte importante que jugar dentro de la administración, sobretodo en la búsqueda de diseños ambientales..." (ibidem, pag. 26).

➤ 3.3. LA PARTICIPACION DEL PSICOLOGO EN LA SALUD MENTAL.

La salud mental es definida como "... significa ausencia de psicopatología y en un sentido más amplio, despliegue óptimo de las potencialidades indispensables para el bienestar, la convivencia, el trabajo y la recreación..." (Norma Técnica 195, Artículo 3 del Diario Oficial, 1987, pag. 28). ←

En este campo se prestan los servicios en hospitales generales y de especialidad, el cual forma parte de la División de Medicina Interna y tiene como personal al psiquiatra, al psicólogo clínico, a la trabajadora social, a la enfermera y otros; corresponde al psiquiatra ser el responsable de la

prestación de servicios y de la coordinación de las actividades del equipo de trabajo (Diario Oficial, 1987).

Ahora bien, las actividades que se realizan son la de atención psiquiátrica, enseñanza y capacitación e investigación científica. La atención psiquiátrica es el conjunto de servicios que se proporcionan a los pacientes y a sus familiares con el objeto de promover y restaurar la salud de los pacientes, comprende las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación psicosocial (*ibidem*).

→ Las actividades preventivas extrahospitalarias son la educación y promoción de la salud mental y la detección y manejo oportuno de casos. Las actividades preventivas intrahospitalarias son:

a) Información y educación a los pacientes y familiares sobre las características de la enfermedad y su participación en el tratamiento y rehabilitación.

b) Promoción de la formación de grupos con objeto de autoayuda.

c) Detección y manejo oportuno de casos entre los familiares del paciente y personas relacionadas (*ibidem*).

Las actividades curativas se realizan en enfermos con trastornos mentales y comprende lo siguiente: Ingreso, elaboración de historia clínica, solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete, elaboración de nota de ingreso, revisión del caso por el psiquiatra, establecimiento de criterios de diagnóstico, pronóstico y terapéutico, elaboración de notas de revisión, visita médica, evaluación del estado clínico, diagnóstico en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, pronóstico y consignación de problemas clínicos pendientes, elaboración del plan terapéutico, cita a consulta externa para seguimiento o referencia a otra unidad de salud y elaboración de notas de egreso (*ibidem*).

Por último, el Diario Oficial (*op cit*) nos indica que las actividades de rehabilitación psicosocial se llevan a cabo en hospitales y en consulta externa, que son actividades recreativas, ocupacionales y psicoterapéutica.

A pesar de que la información del Diario Oficial es bastante

completa no nos especifica claramente la función del psicólogo en el campo de la salud mental; para ello retomaremos el punto de vista de Zimmerman y cols (1981) quienes mediante una investigación de campo realizada en 28 centros de salud mental que tenía como propósito conocer la organización y funcionamiento de los centros de salud mental que dan servicio a niños y adolescentes, así como el tipo de profesionistas que trabajan y sus funciones.

Los autores nos señalan que las actividades que se realizan son: asistencia (con un 79 %), docencia (82 %), investigación (75 %) y servicios del medio ambiente del paciente (39 %). En base a estos resultados consideran que los servicios que se ofrecen al medio ambiente del paciente son escasos, por lo que no se realizan labores de prevención y seguimiento.

En los centros hay departamentos de psicología clínica, psiquiatría y trabajo social. Los psiquiatras son los que se encargan de llevar a cabo el diagnóstico clínico y son los responsables de la supervisión del siguiente personal: psicólogos, trabajadoras sociales, médicos generales, enfermeras y maestros especializados. Los requisitos de ingreso para el psicólogo son ser pasante o titulado, sin tener importancia la experiencia; mientras que al psiquiatra se le exige la especialidad y dos o más años de experiencia.

Con base a esto Zimmerman y cols. (op cit) concluyen que "...Una consecuencia importante de que sea el psiquiatra el único profesionista a quien se le exija la especialidad como requisito para ingresar a los centros de salud mental, y de que no se cuente con una supervisión interdisciplinaria para su trabajo, así como de que sea este profesionista quien en la mayoría de los casos realice la supervisión de casi todo el equipo interdisciplinario, es que se fomenta una visión parcial de las funciones que deben y pueden realizar los demás profesionistas; y lo que es más grave aún, se fomenta una visión parcial y limitada del problema de la salud mental ..." (pag. 7).

Con base a todo lo anterior, se puede señalar que la función del psicólogo en el campo de la salud mental está subordinada a la visión de los psiquiatras. Las funciones que desempeña el

psicólogo en este campo de acción son las de asistencia, docencia, investigación y servicios en el medio ambiente del paciente.

3.4. FUNCIONES DEL PSICOLOGO CLINICO EN EL SECTOR SALUD.

La aplicación más amplia reconocida a la psicología en el sector salud es la psicología clínica y es la rama más extensa y antigua de la psicología relacionada con la salud (Holtzman, et al. 1988). La psicología clínica es definida como "... la aplicación de los principios y de las técnicas psicológicas a la solución de problemas que confrontan los individuos..." (Lagache, in Braunstein, 1978, pag. 386).

Ahora bien, la función que desempeña el psicólogo clínico en el sector salud varios autores nos las indican. Principiaremos con la CNEIP (in ENEP Zaragoza, UNAM, 1988) quienes nos indican que "... En el área clínica el psicólogo evalúa y diagnostica las circunstancias y factores que determinan el desajuste psicológico con respecto a las normas convencionales. Prescribe, recomienda y ejecuta estrategias de prevención, habilitación y rehabilitación de dichos casos mediante el diseño y la utilización de técnicas e instrumentos psicológicos.

El psicólogo clínico es por consiguiente un profesionalista dedicado a estudiar e intervenir en los problemas salud-enfermedad en el ámbito de la conducta. Está capacitado para realizar psicodiagnóstico y para proporcionar consejos psicológicos a personas o grupos con problemas de comportamiento (prevención y rehabilitación)..." (pag. 308).

La misma CNEIP nos especifica más claramente la función del psicólogo clínico:

- a) Realiza entrevistas psicológicas;
- b) Aplica exámenes psicotécnicos;
- c) Interpreta tanto test proyectivos, como pruebas psicométricas y cuestionarios de personalidad, actitudes, valores, intereses y otros;
- d) Integra reportes psicotécnicos;
- e) Diagnostica problemas de personalidad y trastornos de conducta;
- f) Utiliza técnicas psicoterapéuticas o de modificación de conducta para resolver los problemas detectados en el

psicodiagnóstico; y

g) Asesora y aconseja a personas que soliciten algún tipo de orientación psicológica con respecto a su trabajo, familia o grupos sociales

Para Holtzman y cols. (1988) la participación del psicólogo clínico en el sector salud es "... la psicoterapia, (individual, de grupos y familiar), con una gran variedad de orientaciones teóricas, consultas (por ejemplo, dentro de la industria y otras organizaciones), psicodiagnóstico, enseñanza e investigación, y administración educativa o de servicios de salud. En el sector público, se encuentran psicólogos clínicos en los servicios de salud pública, hospitales regionales y municipales, centros comunitarios de salud mental y consultorios de orientación infantil de diversos niveles..." (pag. 252).

Asimismo los autores consideran que la función del psicólogo clínico se han ampliado debido a "... las contribuciones reales y potenciales de la psicología a la salud física y mental han alentado a los psicólogos a ampliar su actividad mucho más allá de los ámbitos clínicos tradicionales, identificando grandes poblaciones consideradas particularmente susceptibles a ciertos problemas emocionales o de comportamiento y diseñando intervenciones para mitigar los riesgos definidos..." (pag. 253).

Por su parte, Amoros (1980) nos indica que las funciones del psicólogo clínico son "...En general, el diagnóstico, tratamiento e investigación de los problemas que se refieren al comportamiento humano. Su tarea principal, a mi modo de ver, es la de explicarse y comprender las razones que impulsan a los individuos a obrar como lo hacen, preveer cuál será su comportamiento y, en ciertos casos, encontrar el medio de modificar la conducta. Su campo es la patología de la personalidad, pero sin descuidar los recursos y potencialidades sanas del individuo..." (pag. 363).

Al igual que Holtzman y cols. el autor considera que la actividad del psicólogo clínico se ha ampliado en la actualidad, debido a que no sólo se trabaja en hospitales generales, psiquiátricos y neurológicos, sino también el psicólogo clínico desarrolla su labor en centros de higiene mental y social, orientación profesional, orientación infantil, servicios

especializados para niños y adultos con limitaciones físicas, sensoriales, mentales y de lenguaje. Es decir, en todo el servicio asistencial y de salud pública y privada.

Otros autores también nos remarcán la función del psicólogo clínico en el sector salud. Gomezjara, y cols. (1983) nos indican que el psicólogo realiza actividades de aplicación, clasificación, interpretación y reporte de las pruebas psicológicas que se aplican con fines de diagnóstico, el cual forma parte del diagnóstico integral. Asimismo, desempeña labores de psicoterapia individual y grupal, actividades recreativas y educativas, de investigación, de enseñanza, de capacitación y evaluación en general.

Por último, Velázquez (1989) nos menciona que "... los psicólogos clínicos se ocupan del diagnóstico y tratamiento de problemas emocionales y conductuales tales como enfermedades mentales, alcoholismo, adaptación matrimonial y otros..." (pag. 38).

3.5. PARTICIPACION DEL PSICOLOGO EN LOS NIVELES DE ATENCION.

El psicólogo en México ha participado en el segundo o tercer nivel de atención a la población en el sector salud. Sin embargo, se considera el psicólogo clínico puede participar en el primer nivel de atención (Coplamar, 1985).

Ahora bien, la participación del psicólogo en el tercer nivel de atención se realiza con un enfoque multidisciplinario. En el segundo nivel trabajan en ciertos departamentos de hospitales (psicodiagnóstico, rehabilitación y pediatría) formando parte en el trabajo de equipo y parece existir posibilidades de incrementar los campos de acción en cardiología, quemaduras, oncología, odontología y en trabajo con pacientes que padecen enfermedades incurables como la esclerosis múltiple (Holtzman, et al, 1988).

Por lo que se refiere a la intervención del psicólogo en el primer nivel de atención a la población, hay una serie de autores que nos proporcionan esta perspectiva.

Ortiz (1988) nos proporciona la función del psicólogo en los tres subniveles de atención primaria. En el primer nivel las acciones del psicólogo se dirigen a la reducción de trastornos

emocionales, afectivos y conductuales en la comunidad, a la detección temprana de focos de riesgo social que favorecen la presencia de problemas (como los factores económicos, sociales y otros). En el segundo subnivel se realizan actividades de detección temprana de problemas psicopatológicos o funcionales para su tratamiento oportuno. En el tercer subnivel se incluyen la atención de los aspectos residuales que quedan después de que un paciente ha sido dado de alta en un hospital; su objetivo es la rehabilitación social del individuo y su pronta recuperación en la vida productiva. En estos tres subniveles se desarrollan actividades de promoción y mantenimiento de la salud, mediante programas educativos que construyan una cultura médico-sanitaria y psico-sanitaria en la población.

Para Torres y Beltrán (1988) es importante que el psicólogo intervenga en el primer nivel de atención debido a que "... Como analista del comportamiento el objetivo primordial del psicólogo es identificar las condiciones históricas y situacionales de los factores cuya influencia trastoca la interacción entre el individuo y su entorno. En este sentido los psicólogos poseen las herramientas metodológicas necesarias para la investigación y la planeación de las estrategias de intervención a nivel de atención primaria en salud, mediante el análisis de patrones conductuales del individuo, así como el grado de conocimiento que este posee en relación a su salud. Así pues, puede señalarse, destacando la labor del profesional de psicología dentro del equipo multidisciplinario de salud, que el psicólogo puede abordar de manera objetiva y sistemática las interacciones particulares entre el individuo y su medio, y las posibles afecciones a la salud, derivadas de dichas interacciones, posibilitando así la orientación y el cambio de comportamiento, en dirección de una interacción individuo-medio, más favorable para la salud ..." (pag. 53).

Por su parte, Holtzman y cols. (1988) señalan que el psicólogo puede participar en la primer nivel de atención ayudando a otros profesionistas en este nivel y a pacientes; como por ejemplo, en pediatría el psicólogo puede incidir en problemas como encopresis, enuresis, hiperactividad, obesidad juvenil, problemas

de crianza de los niños, enfermedades crónicas y terminales y el cumplimiento de regímenes de tratamiento médico para trastornos como la diabetes.

En el Diario Oficial (1987) encontramos las actividades que se realizan en la atención primaria a la salud mental; hay que recordar que el psicólogo forma parte del equipo que presta servicios de salud mental. La atención primaria a la salud comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación psicosocial. Las actividades preventivas en salud mental abarcan la promoción, la educación y la detección y manejo oportuno de casos.

La promoción se refiere al fomento y mantenimiento de la participación de personas dentro del grupo social para realizar tareas colectivas en beneficio de la salud individual y de grupo; a la discusión dirigida de los problemas de salud mental de la comunidad; al apoyo de las actividades de los grupos de autoasistencia y al fomento de actividades educativas, recreativas y cívicas que mejoren la vida comunitaria (Diario Oficial, 1987).

La educación se proporciona por el personal de salud mental (incluido el psicólogo), y está orientada a la comunidad o a grupos específicos como maestros, padres, parejas y otros. El objetivo de estas actividades es promover la discusión en grupos sobre el desarrollo psicológico del niño y sus desviaciones, como retraso mental, problemas del adolescente y otros (*ibidem*).

La detección requiere la consulta médica que incluye el examen de las funciones cognitivas, afectivas y de relación; referencia por los maestros y agentes sociales y la aplicación de instrumentos psicológicos cuestionarios, entrevistas, entre otros (*ibidem*).

Las actividades curativas son: manejo y tratamiento de los casos más comunes, atención de casos urgentes y seguimiento de la evolución de los pacientes. Las actividades de rehabilitación psicosocial en los problemas de salud mental son: consejo psicológico individual, familiar y en grupo con el fin de orientar a los pacientes para la confrontación de sus problemas, actividades ocupacionales y recreativas (*ibidem*).

Otros autores que nos indican la función del psicólogo en la

primer nivel de atención, tenemos a Ramiro (1989) quien nos señala que "... la atención psicológica debe dirigirse hacia la promoción de una pedagogía que posibilite el ensayo de otros roles, la clarificación de los mecanismos de la relación interhumana y, en pocas palabras, hacia la posibilidad de asumirse y vivenciarse como parte de un grupo, como el emergente, el productor y el producto de la realidad grupal..." (pag. 334).

Por su parte Irigoyen y Parada (1988) consideran que "... La tarea del psicólogo clínico deberá dirigirse necesariamente a la implementación de estrategias de intervención que permitan de manera integral que el individuo regule su comportamiento colocándose a sí mismo en situaciones diferentes, cambiando su medio y su comportamiento de manera más adaptativa..." (pag. 45).

Los mismos autores nos mencionan que es importante fomentar la salud psicológica del individuo mediante la implementación de estrategias terapéuticas preventivas. Además, consideran necesario generar investigaciones que permitan un mejor entendimiento de las estrategias de autocontrol (preventivas) y desarrollar terapias de rehabilitación con estrategias de autocontrol para la creación de nuevos repertorios conductuales.

Por su parte, Sánchez (1989) nos señala que hay un grupo de actividades que el psicólogo de la salud puede desempeñar como la promoción de sistemas de adherencia terapéutica para los pacientes que están en un régimen. Añade, que hay formas de instruir, sino lo está construir y fortificar la estructura familiar, la estructura social inmediata del paciente que está en tratamiento. El autor considera que "... La promoción del apoyo comunitario y la promoción y la aceptación cognoscitiva, promueve un cambio de actitud a lo que está pasando, lo que puede hacer bastante más en la prevención, por eso me referiré al primer piso de la pirámide como la atención primaria, creo que a la pirámide hay que buscarle un primer piso, sino que hay que buscarle su planta baja, lo que propongo que esta planta baja sea la educación para la salud, la promoción de la salud en un plan verdadero de prevención primaria, es decir antes de que surjan los primeros signos de deterioro..." (pag. 25).

Por último, Ortiz (1988) nos indica las áreas específicas en

que el psicólogo puede realizar su función en los programas de atención primaria de la salud en los niveles de prevención y promoción, las cuales son las siguientes:

- Educación para la salud.
- Farmacodependencia.
- Alcoholismo y tabaquismo.
- Ocupación, desocupación y subocupación.
- Relaciones familiares y sociales,
- Violencia, accidentes y suicidio.
- Ocupación del tiempo libre.
- Impacto de los medios masivos de la comunicación, sobre hábitos de consumo y comportamiento social.
- Acceso y satisfacción de servicios públicos.
- Prostitución.
- Crecimiento y desarrollo.
- Problemas en el aprendizaje.
- Organización comunitaria.
- Preparación hacia la senectud.
- Epidemiología de las alteraciones emocionales, afectivas y conductuales, y
- Psicoterapia de problemas comunes.

3.6. FUNCIONES DEL PSICOLOGO EN EL SECTOR SALUD A PARTIR DE LA PERSPECTIVA DE LA ENEP IZTACALA.

La función del psicólogo en el sector salud también es descrita desde el punto de vista de la ENEP Iztacala. Este aspecto es muy importante para los objetivos del presente trabajo, ya que es de vital interés señalar lo que se piensa de la función del psicólogo en la salud desde la perspectiva de Iztacala.

Para iniciar este apartado consideraremos lo que nos indica Ribes (1980) en el plan de estudios de la carrera de psicología en la ENEP Iztacala "... Independientemente de la aportación de técnicas muy diversas dirigidas a la solución de problemas humanos, el papel del psicólogo como profesional de apoyo en el campo de la salud pública y en el de la productividad se ubica, paradójicamente, en el área de instrucción. Esto se explica porque tanto las funciones de desarrollo y rehabilitación, como las de prevención, son actividades educativas en el sentido amplio del

término.

En el área de salud pública aparte de las funciones de investigación y detección, que son prácticamente necesarias en cualquier área problema, destacan como funciones profesionales las de rehabilitación y prevención. La rehabilitación se centra en el trabajo institucional e individual, en donde el psicólogo, mediante el uso de técnicas específicas, "reeduca" para remediar las deficiencias propiciadas por un ambiente social desfavorable al desarrollo de la población. Este trabajo implica la programación de los ambientes institucionales y la realización de procedimientos clínicos cuyo objetivo es compensar las deficiencias de individuos o grupos..." (pag. 61).

Por su parte, Tirado (1982) nos menciona que "... un aporte que la psicología puede ofrecer a los servicios de salud está en todos los aspectos de la prevención, actuando como especialista en la transmisión de la información, sensibilización, motivación y comprensión. De la misma manera esto puede hacerse extensivo a los tratamientos en los que se requiere una participación y respuesta de tipo complejo por parte del paciente..." (pag. 268).

Para Cardenás (1982) nos indica que las funciones del psicólogo en el sector salud son: "... Diseñaría encuestas, analizaría estudios de la comunidad y programaría planes de acción ..." (pag. 183).

~~X~~ Por otro lado, León (1982) realizó un trabajo de investigación que tenía como objetivo de informar las actividades educativas del psicólogo en tres instituciones de salud (ISSSTE, DIF E IMSS). Encontrando los siguientes resultados:

En el ISSSTE el psicólogo participa en actividades de selección de personal mediante la aplicación de pruebas psicométricas, capacitación de personal, implementando programas de información acerca de las funciones a desempeñar de todos los niveles de personal del sector salud. Además, el autor menciona que existe la posibilidad de aplicación de programas sobre cambio de actitudes, reclutamiento, motivación, y entrenamiento en general. Asimismo, el psicólogo realiza actividades de habilitación, prevención y desarrollo; sin embargo, existe un desconocimiento del papel del psicólogo por parte de la población.

En el DIF el psicólogo tiene sus áreas laborales en los campos de la rehabilitación, de la enseñanza y de la alimentación. Por lo que respecta a la función que el psicólogo realiza en la esfera educativa van dirigidas al diseño de programas de capacitación de personal voluntario para actividades de educación no formal en preescolares.

En el IMSS el psicólogo está inserto en tres subdirecciones: en el área médica actúa como psicólogo clínico donde realiza actividades de diagnóstico y tratamiento; en las guarderías apoya a la programación de actividades que mejoren el bienestar y el desarrollo del niño y elabora programas de apoyo para los padres; y en el área administrativa, realiza actividades de selección y capacitación de personal.

3.7. LA PSICOLOGIA DE LA SALUD Y LAS FUNCIONES DEL PSICOLOGO DE LA SALUD.

La psicología de la salud es una nueva rama de la psicología, surge debido a los nuevos avances en atención a la salud los que refuerzan el creciente convencimiento de que tanto la promoción de la salud como la prevención y el tratamiento de las enfermedades puede enriquecerse con los conocimientos científicos y técnicos de la psicología. Asimismo, surge por que se considera que la enfermedad no es causada únicamente por agentes patógenos, sino que una buena parte de las enfermedades proviene del comportamiento de las personas, como el hábito de fumar cigarros, el abuso de drogas y alcohol, el exceso en el comer, el consumo excesivo de sal, la falta de ejercicio, la negligencia en el uso del cinturón de seguridad, en la búsqueda de atención médica y en los estilos de vida de gran estrés, son algunos factores del comportamiento que causan enfermedades graves (Holtzman, et al. 1988).

La psicología de la salud se ocupa de "... la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado y del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud. Comprende además el estudio de factores del comportamiento que afectan el tratamiento de emergencia y la recuperación de la enfermedad física..." (ibidem, pag. 248).

Salud

Psicología de la Salud

Comunitario

base a lo anterior, se desprende que las funciones del psicólogo de la salud son la prevención, el cuidado de la salud, la promoción en el desarrollo de estilos de vida, habilidades y competencias que favorezcan a la salud; todo ello desde un punto de vista comunitario (*ibidem*) (Costa y López, 1986).

3.8. LAS FUNCIONES DEL PSICOLOGO EN EL SECTOR SALUD EN BASE A LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA.

Los orígenes de la psicología comunitaria provienen de la dinámica de grupos y su organización, y de los procesos de toma de decisiones, se considera a Kurt Lewin y otros psicólogos como los pioneros de la psicología comunitaria. Una de las premisas más importantes de la psicología comunitaria es que muchos problemas pueden resolverse de la mejor manera posible en el ámbito comunitario y tiene como principal objetivo extender las formas en que la gente participa en la vida de la comunidad mediante las estructuras de mediación como la iglesia, la familia, el vecindario y otras, este enfoque más amplio sobre las comunidades es muy importante para promover una mejor atención a la salud y para fomentar la promoción de la salud en diferentes ámbitos sociales (Holtzman, et al, 1988).

Y
Comunitario

A pesar de que la psicología comunitaria es un campo relativamente nuevo, se han realizado progresos importantes en el sector salud. Algunos de los ámbitos en donde el psicólogo comunitario ha desempeñado su labor son : en la ayuda a los ciudadanos a abordar los problemas complejos de sus comunidades, en el desarrollo de procedimientos para la participación sistemática de los ciudadanos en la toma de decisiones, en la evaluación de las necesidades en salud mental de las comunidades, en el desarrollo de métodos de evaluación y procedimientos para promover el cambio en los ámbitos comunitarios, así como los instrumentos para medir los diversos aspectos de la disposición de una colectividad hacia la acción social, en la organización de los ciudadanos para enfrentar problemas nacionales a nivel local y se han establecido grupos de autoayuda para aprovechar los recursos locales (*ibidem*).

Por lo tanto, el psicólogo comunitario considera factores como los recursos de una comunidad que pueden aprovecharse para

promover la salud y el bienestar del individuo y de la comunidad, también toma en cuenta los factores del comportamiento que llevan a la enfermedad; todo esto con el objetivo de elaborar programas de acción social para el mejoramiento de la salud. Las funciones del psicólogo comunitario en el sector salud son: "... estudia los recursos de la comunidad, evalúa las necesidades de sus miembros, busca asistente y proveedores de atención de salud nativos, examina los agentes tóxicos y las fuentes de estrés intenso en el ambiente, y ayuda a los líderes comunales a establecer un programa de intervención o de acción social dirigidos al mejoramiento de la calidad de vida para toda la comunidad ..." (ibidem, pag. 249).

Según Costa y López (1986) señalan que el enfoque de la psicología se ha dirigido hacia lo clínico e individual, por lo que debe el psicólogo de la salud orientar su labor con un énfasis comunitario, en donde pueda desarrollar estrategias de cambio comunitario y programas específicos de entrenamiento en una gran variedad de contextos como son: entrenamiento a padres en habilidades de crianza y a miembros de la comunidad con objeto de mejorar el funcionamiento comunitario. Los autores consideran que la forma más adecuada de abordar la psicología comunitaria en la salud es el modelo de competencia, el que presenta dos objetivos: a) promover la competencia individual, y b) desarrollar comunidades y organizaciones competentes. Para el logro de estos objetivos se cuenta con la optimización de las destrezas, habilidades y recursos personales de la gente a los sectores de mayor vulnerabilidad, con la optimización de leyes y sistema de las redes de apoyo natural en su función de apoyo para el ajuste y para el cuidado de la salud, tanto comunitario como individual, enfrentándose a los problemas y a los riesgos de la vida y el desarrollo comunitario, con la optimización del sistema de apoyo profesional y garantizar que a la población a la que se dirige el modelo tenga su estado de salud profesionalmente controlado logrando que la gente haga uso de los servicios con frecuencia para prevenir la enfermedad y promocionar la salud.

Los programas de los modelos de competencia basados en la dimensión ecológica de la psicología comunitaria tienen los siguientes objetivos:

a) Identificar y cambiar contextos de alto riesgo en unidades de cuidados intensivos, cárceles, servicios quirúrgicos y otros.

b) Optimizar las redes de apoyo social.

c) Desarrollar contextos alternativos a las instituciones y al ajuste de las personas.

d) Promover la participación y el desarrollo comunitario (Costa y López, 1986).

Ahora bien, con respecto a las funciones que realiza el psicólogo comunitario en la salud, los autores consideran que deben dirigirse hacia la prevención, el cuidado de la salud y su promoción, el desarrollo de estilos de vida, habilidades y competencias favorecedoras a la salud, con énfasis especial a los aspectos comunitarios.

Por su parte, Marín (in Calderón, 1989) señala que para el papel del psicólogo comunitario en el sector salud deben incluirse tres factores: la evaluación de las necesidades en el medio ambiente, el diseño de intervención y la evaluación sistemática de los resultados de la intervención.

Calderón (*op cit*) nos explica más claramente cual es la función del psicólogo comunitario en el sector salud. Por principio de cuentas el psicólogo comunitario ha realizado un papel de participante conceptualizador, debido a que proporciona ayuda a los líderes de la comunidad a analizar y esclarecer los problemas de la comunidad; también ha participado como consultor de asuntos de la comunidad en donde brinda consejos a las personas de la comunidad sobre su trabajo, intentando influir en el cuidado y el tratamiento de la salud comunitaria; como transmisor de habilidades, en donde capacita a las personas de la comunidad sobre determinadas habilidades, asimismo enseña a su equipo de trabajo habilidades y métodos de modo que puedan por sí mismos llevar los a la práctica (desprofesionalización); como analista de los sistemas sociales, en donde trabaja en la comunidad buscando sus orígenes, el lugar que ocupa sus miembros en las relaciones de producción y las condiciones que dieron lugar a su surgimiento como comunidad, estudia además los factores políticos, sociales culturales y económicos y su interacción en la sociedad en un momento histórico determinado; y el psicólogo comunitario ha

desempeñando labores de agente de cambio, ayudando a la comunidad a la toma de consciencia, autodeterminación y autogestión mediante la motivación y socialización.

Por último, Silverman (1980) nos menciona que el objetivo principal de la psicología comunitaria en la salud es la promoción de la salud mental para todos los segmentos de la sociedad, considerando que cada uno de estos segmentos presenta una problemática diferente los programas de prevención y tratamiento deben estar adecuados a las condiciones de cada grupo.

El mismo autor nos señala que las funciones del psicólogo comunitario en la salud se dirigen a dos tipos de prevención: prevención primaria, en donde la función del psicólogo se orienta a reducir problemas psicológicos mediante la investigación del desarrollo del niño durante su etapa formativa y a través de proporcionarles ayuda para formar resistencia para el estrés, la que posteriormente le permitirá manejar mejor los problemas de frustración ansiedad y miedo. El psicólogo comunitario también realiza la prevención primaria aconsejando a los padres o maestros en los problemas de la educación del niño y educando a los jóvenes y sus familiares en el abuso de drogas, de alcohol y otros problemas. Las funciones del psicólogo comunitario en la prevención secundaria son la identificar y tratar problemas psicológicos menores antes de que lleguen a ser más serios.

3.9. LAS FUNCIONES DEL PSICOLOGO EN EL SECTOR SALUD EN CUBA.

Cuba es el único país del mundo que ha logrado integrar plenamente la práctica psicológica a los servicios de salud en todas las áreas de especialización de la medicina y en los diferentes niveles de atención a la población de su sistema (primero, segundo y tercer nivel), con posibilidades no sólo de práctica asistencial, sino también en las áreas de investigación y formación de recursos humanos para la salud (García, 1986).

Las funciones básicas que desempeña el psicólogo de la salud en Cuba son "... proveer asistencia técnica mediante el empleo de métodos científicos en el análisis de las necesidades, metas y características de los miembros comunitarios; planificar, poner en marcha y evaluar programas comunitarios, y ayudar a los ciudadanos

y a sus líderes a tratar problemas de las comunidades..." (Holtzman, et al, 1988, pag. 275).

Mitjans y Febles (1983) nos mencionan que en Cuba se consideran como aspecto fundamental la prevención, más que los aspectos curativos. El psicólogo que trabaja en el área de la salud aborda (de manera interdisciplinaria, generalmente) una amplia gama de problemas que no sólo se circunscriben al diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales; los psicólogos de la salud participan activamente en el programa de atención integral a la mujer contribuyendo a la mejor evolución del embarazo, el parto y la lactancia, así como la atención al recién nacido y a los niños de bajo peso, patológicos y desnutridos.

Además, los autores señalan que el psicólogo de la salud presta atención a los pacientes que padecen enfermedades crónicas y que están relacionadas con alteraciones psicológicas, así como con los enfermos en proceso de rehabilitación, los impedidos físicos y otros. Por lo que se refiere a la investigación, está orientada al estudio y establecimiento de nuevos procedimientos y técnicas diagnósticas y al origen, prevención y tratamiento de los problemas psíquicos más frecuentes.

Continúan mencionando los autores que los psicólogos clínicos con enfoque comunitario promueven actividades educativas con la población y de orientación a los dirigentes de las organizaciones, también prestan asesoría a dirigentes de organismos y empresas en la investigación de los factores psicosociales que afectan en la labor productiva, para el desenvolvimiento más favorable para la promoción y conservación de la salud del trabajador y en cuanto a la elevación de la calidad de los servicios y al esclarecimiento de factores psicológicos y sociales involucrados en los problemas de salud.

Por su parte, Knapp (1983) nos indica que la participación del psicólogo clínico se realiza en las siguientes áreas: planes de atención comunitaria, atención materno infantil, las tareas de rehabilitación con los enfermos mentales e impedidos físicos, investigación y docencia en el área de la salud, prevención, tratamiento y reeducación de las conductas antisociales, el

trabajo con instituciones infantiles especializadas, orientación psicológica a padres y maestros, educación para la salud, terapia y orientación sexual y otras más.

Como puede observarse, la participación del psicólogo en el sector salud en Cuba es muy importante, ya que él mismo se encuentra ubicado en los tres niveles de atención a la población, realiza labores de investigación y formación de recursos humanos; y sus funciones están orientadas a la prevención de la salud, más que a la curación, aunque también puede realizar esta labor.

3.10. PERSPECTIVAS DE LA FUNCION DEL PSICOLOGO EN EL SECTOR SALUD.

Como puede observarse en el transcurso del presente capítulo los diferentes autores citados nos proporcionan una perspectiva, que desde su concepción, el psicólogo puede o realiza determinada labor. Es indudable que la función del psicólogo en el sector salud aún no se ha llevado de acuerdo con las capacidades que este profesional de la salud tiene, exceptuando en algunos países como Cuba. En México, el papel del psicólogo en el sector salud ha estado reducido, principalmente, a ser un auxiliar del médico, a la aplicación de pruebas psicométricas, y a otras funciones de poca relevancia. Sin embargo, con el programa mundial de salud para todos en el año 2000 se abre una perspectiva más amplia para el desarrollo de los psicólogos en el sector salud; apesar de ello, este profesionista ve reducido su campo de acción, dado que se prevee que para el año 2000 haya un psicólogo clínico por cada 15,000 habitantes. Esta situación nos permite suponer que aún, por lo que a la formación de recursos humanos para la salud (en especial de psicólogos), difícilmente se cumpla para el año citado. Es importante recordar, que la función principal de todos los profesionistas de la salud debe ser encaminada a aspectos de prevención y promoción de la salud con un enfoque comunitario y que la formación académica debería ser encaminada hacia ese aspecto. Ahora bien, a continuación se señalan la opinión de algunos autores con respecto a las perspectivas de las funciones del psicólogo en el sector salud.

Iniciemos con Valderrama y cols. (1983) quienes consideran que hay una necesidad patente de una mayor intervención del

psicólogo en los programas del sector salud y que exista cuando menos un psicólogo en cada centro de salud; esta situación se puede realizar, según los autores, con una mejor capacitación en el manejo de las técnicas cognitivo-conductuales que les permitan involucrarse en equipos interdisciplinarios. Asimismo, mencionan que se debe reorientar la práctica del psicólogo, de la práctica privada hacia la pública mediante la socialización de su actividad y el psicólogo debe intervenir en todos los niveles del sector salud y generar estrategias que tengan repercusiones claras y definidas.

Por su parte, Rodríguez (1984) señala que las perspectivas para el psicólogo dentro del sector salud son muy amplias. Dentro del área de la atención médica el ejercicio profesional para el psicólogo es un hecho, debido a que realiza la aplicación de pruebas de psicodiagnóstico y empieza a destacar en el área de rehabilitación de personas con daño cerebral, hemiplejías, parálisis y otras disfunciones. Adicionalmente, nos indica que "... existen nuevas aplicaciones de la psicología en otros países, se ha incidido en el diseño de ambientes propedeúticos dentro de instituciones de atención médica. En otros trabajos se reporta que el rediseño de ambientes y la programación de actividades o rutinas, reduce significativamente la tasa de mortalidad infantil en unidades de cuidado intensivo pediátrico.

Con el empleo de técnicas de persuasión y de relajación, también se han logrado avances en el terreno de la pediatría, especialmente en la preparación de niños para la intervención quirúrgica, esto resulta en una recuperación más rápida y reduce aquellos problemas emocionales que pueden resultar por el shock o el trauma de la intervención quirúrgica. En este campo la investigación y actividad profesional se deben continuar, pues aquí el psicólogo ambiental establecerá la oportunidad de contribuir de una manera muy diferente a la tradicionalmente curativa o de intervención. La posibilidad de arreglo ambiental y de manejo de contingencias sociales permitirá que se puedan abrir nuevas fronteras para la psicología..." (pag. 25).

Para Holtzman y cols, (1988) el panorama del psicólogo en el sector salud es muy amplio, por lo que ellos señalan que "... el

programa mundial a mediano plazo de la OMS sobre salud mental para el periodo 1984-1989 cita cuatro actividades principales en las que los psicólogos pueden desempeñar un papel central: el desarrollo de políticas de salud mental y la promoción, coordinación y evaluación y apoyo de programas en todo el mundo; el aumento de la comprensión y utilización de factores psicosociales en la promoción de la salud y el desarrollo humano; la prevención y control del alcoholismo y la drogadicción, y la prevención y tratamiento de trastornos mentales y neurológicos ..." (pag. 276).

Ahora bien, por lo que se refiere a la formación de psicólogos de la salud en el país, actualmente se inició un posgrado en la Facultad de Psicología de la UNAM, el cual intenta formar psicólogos altamente calificados para diseñar, aplicar, validar a nivel individual, familiar y comunitario, técnicas y procedimientos psicológicos para: la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, la identificación de los correlatos etiológicos y de diagnóstico de la salud-enfermedad y sus disfunciones relacionadas (Rodríguez, 1989).

Este nuevo programa parte de la concepción y fundamentos de la psicología de la salud, e intenta capacitar de acuerdo con el modelo psicológico de atención primaria a la salud, con énfasis a la acción comunitaria y sus acciones de trabajo son:

- a) Anticiparse al daño.
- b) Abordaje grupal y comunitario mediante la detección de patógenos conductuales que favorezcan la incidencia y evolución de la enfermedad.
- c) Atención integral al individuo, grupo y comunidad.
- d) Atención programada a la salud de la población.
- e) Utilización y movilización de los recursos comunitario para la salud (*ibidem*).

Como puede observarse las perspectivas de ampliar el campo del psicólogo en el sector salud son bastante amplias, todo estriba en delimitar claramente los campo de acción y las funciones del psicólogo.

ANALISIS CRITICO DEL PERFIL PROFESIONAL DEL PSICOLOGO EN EL CAMPO DE LA SALUD.

En el presente capítulo se realiza el análisis de la relación entre las habilidades propuestas para el psicólogo egresado de Iztacala -y el ejercicio profesional del mismo en el campo de la salud. Para poder elaborar éste análisis se parte de aspectos más generales para gradualmente llegar al objetivo del presente trabajo. Cabe señalar que debido a la relación tan estrecha entre los aspectos que se van a analizar, en algunos momentos puede verse repetitivo. Para iniciare este capítulo a continuación se proporcionan datos demográficos los que nos permitirán conocer mas ampliamente la problemática actual de esta carrera.

La carrera de psicología en nuestro país ha presentado un crecimiento bastante acelerado en poco tiempo; en este sentido, Rodríguez (1984) nos indica que el número de escuelas que imparten la carrera de psicología ha evolucionado de 5 en 1964 a 10 en 1968, 14 en 1970, 31 en 1975, 46 en 1979, 62 en 1982 y 82 en 1987 (este último dato no los proporcionan Rivera y Urbina, 1989). La distribución geográfica donde se ubican estas escuelas tenemos que en el Distrito Federal y el Estado de México hay el 25 % del total, seguido por el Estado de Tamaulipas con un 12 %, Sinaloa el 7 % y con un 5 % los siguientes Estados: Coahuila, Jalisco, Nuevo León y Veracruz. De estas escuelas el 67 % son privadas, el 24 % son públicas autónomas y el 9 % públicas estatales (Rivera y Urbina, 1989).

En cuanto ala matrícula total de psicología, encontramos que en el periodo de 1964 (en donde había 80 alumnos) tuvo un crecimiento constante hasta el año de 1972 (en donde había un poco más de 2000 estudiantes); sin embargo, entre los años de 1973 a 1987 el crecimiento fue desmedido, en especial entre el lapso de 1973 a 1976, cuando la matrícula de la Facultad de Psicología ocupó el primer lugar de crecimiento en la UNAM con un aumento de estudiantes del 126 %. Este crecimiento de la matrícula nacional tuvo una correspondencia directa con el crecimiento del número de instituciones que incorporaron la licenciatura en psicología; llegando a un aumento de cinco veces la población escolar, la que posteriormente llegó a una etapa de crecimiento constante, pero

moderado, desde 1981 hasta 1987; en este año hay una matrícula de 28,866 estudiantes de la carrera de psicología (*ibidem*).

Entre las escuelas con población estudiantil más alta de la carrera de psicología están: la Facultad de Psicología de la UNAM con 2927, la Universidad Autónoma de Puebla con 2796, la Universidad de Guadalajara con 1780, la ENEP Iztacala con 1635 y otras más. De los egresados en el periodo de 1977 a 1988 fueron 29,523 psicólogos que representan el 13 % respecto a la matrícula registrada en ese mismo lapso de tiempo. La matrícula total de la licenciatura en psicología en 1987, las siguientes instituciones presentan el número más alto de egresados por año: la Facultad de Psicología de la UNAM con el 14 %, las ENEP'S Iztacala con un 9 % y Zaragoza con un 6 %, la Universidad Autónoma de Nuevo León con un 5 % y otras (*ibidem*).

[Esta serie de datos nos muestra una perspectiva más amplia de los señalamientos que realizan la OMS (1985) y Soberón (1984) quienes consideran que la formación de personal para el sector salud, en este caso de psicólogos, ha presentado un aumento considerable de personal de salud, pero este aumento no ha satisfecho las necesidades básicas en este sector.] En el caso de la psicología es bien patente esta situación, puesto que el número de escuelas en 1964 era de 5 y en 1987 de 82; asimismo, muestra un incremento de la matrícula estudiantil de 80 en 1964 a 28,866 estudiantes en 1987; y lo que es más grave aún, el grado de eficiencia es (esto es, el número de ingresos en relación con los egresados) es muy bajo dado que representa el 13 % del total.

Adicionalmente, se perciben dos situaciones: la primera se refiere a que si el número de escuelas que imparten la licenciatura en psicología son mayores las privadas (67 % del total), en teoría el nivel de eficiencia debería ser mayor que las escuelas públicas autónomas o públicas estatales; sin embargo, este hecho no ha ocurrido así ya que el mayor grado de eficiencia lo muestran las escuelas públicas autónomas. La segunda se refiere a que la distribución geográficas de las escuelas de psicología se concentran más en la zona metropolitana (D.F., Estado de México, Guadalajara y Nuevo León). En cuanto a si la formación de los psicólogos cubre las necesidades del sector salud

será analizado posteriormente.

Ahondando en lo mencionado en el párrafo anterior, Rivera y Urbina (1989) nos indican que "...la enseñanza de la psicología en México se inicia formalmente hace aproximadamente 50 años, pero no es sino hasta la década de los sesentas cuando se incorpora plenamente como licenciatura en el plano nacional, mostrando desde entonces, un crecimiento muy acelerado que se refleja en el aumento de las instituciones que imparten la carrera y en el crecimiento de la matrícula, así como en la diversificación de las áreas de aproximación teórica y de las modalidades de enseñanza.

Sin embargo, al no partir esta expansión de lineamientos y orientaciones generales en el terreno educacional, se ha generado como consecuencia, que el desarrollo de la psicología presente actualmente una desigualdad, tanto en formación académica, de los psicólogos, como en la concepción y enfoque de la propia área..." (pags. 51 y 52).

Ahora bien, la psicología tiene varias áreas de estudio, y para poder delimitar de manera más específica, la problemática del psicólogo en el sector salud mencionaremos los datos que nos proporciona Rodríguez (in Navarro, 1989). La autora nos señala que en las instituciones del sector salud del país trabajan solamente 1491 psicólogos (que como puede verse es un número muy reducido en comparación a el número de egresados), la mayoría de los cuales -73.4 %- se concentran en la zona metropolitana del D.F., Guadalajara, Monterrey y Puebla, mientras que menos de 10 profesionistas de la psicología prestan sus servicios en otras entidades. La institución que contrata mayor número de psicólogos es la SSA, seguida por el DIF, el IMSS y el ISSSTE; el 46 % de los psicólogos del sector salud se dedican fundamentalmente a la prestación de servicios personales, 26 % a los servicios no personales y el 28 % restante a servicios no psicológicos.

Estos datos nos reafirman lo señalado en párrafos anteriores, la formación de psicólogos no cubre las necesidades del sector salud, ya que es imposible considerar que sean capaces de enfrentar toda la problemática en este sector. A continuación pasaremos a analizar si las habilidades del psicólogo corresponden a las necesidades del sector salud.

EL perfil ocupacional del psicólogo en el sector salud se circunscribe a dos categorías: el pasante y el profesionalista, ambos están catalogados como grupo de profesionistas. Los requisitos de ingreso para el pasante son: la carta de pasante, experiencia en el puesto, examen psicométrico y de conocimientos. Las funciones que desempeña son: colaborar en la aplicación de exámenes psicométricos y de aptitudes para el personal de nuevo ingreso y participar en el psicodiagnóstico de padecimientos específicos (Rodríguez, 1984).

Los requisitos para el personal titulado son: el título registrado, comprobante de experiencia profesional, examen de conocimientos ; en el caso del IMSS y el ISSSTE se les pide que tengan amplio conocimiento de la ley y reglamento de seguridad social y del contrato colectivo de trabajo. Las funciones para las que se les contrata incluyen estudios psicológicos y de aptitudes, participación en el tratamiento médico en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de tipo neuropsiquiátrico.

Como puede observarse el perfil ocupacional del psicólogo en el sector salud es bastante limitado; por principio de cuentas, a pesar de que el pasante y el titulado son considerados como profesionistas, las diferencias entre las funciones del primero al segundo son mínimas, el pasante únicamente participa como auxiliar en la aplicación de pruebas psicométricas y proyectivas a personal de nuevo ingreso y apoya en el psicodiagnóstico de un problema determinado. Las funciones del psicólogo titulado son un poco más amplias dado que puede participar en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de un enfermo de tipo neuropsiquiátrico.

Sin embargo, la participación del psicólogo en el sector salud se ve reducida a la de auxiliar del médico, a la evaluación mediante la aplicación de pruebas psicométricas, y en general a aspectos curativos. Analicemos cada una de estas tres situaciones.

Desde el surgimiento de la psicología como profesión, la función del psicólogo en la salud se vió orientada a impartir consejos a enfermos con daño médico, situación que determinó de manera fundamental el que se considere en la actualidad al psicólogo como un subprofesional médico. El psicólogo no ha podido eliminar ese lastre histórico; por un lado, porque en el seno de

la psicología existe una gran cantidad de orientaciones teóricas (gestalt, psicoanálisis, conductismo y otras) que brinda una gran cantidad de interpretaciones para un mismo problema, lo que ha impedido que exista una unificación de criterios y su consecuente efecto hacia el ejercicio profesional del psicólogo. Por otro lado, el sector salud delega a el médico el eje central, lo que ha propiciado que los demás profesionistas de la salud sean relegados a un segundo plano, fragmentando el complejo proceso de salud-enfermedad a la visión del médico, con énfasis a la medicina curativa e individual.

Asimismo, el que al psicólogo en el sector salud se dedique a la aplicación de pruebas psicométricas y a actividades curativas, también tiene un correlato histórico; que es la inclusión de psiquiatras y psicoanalistas en las escuelas de psicología, lo que transformó el perfil ocupacional del psicólogo a el área clínica (esto es, a los aspectos curativos) e influyó para que se le diera mayor énfasis a la aplicación de Tests y pruebas proyectivas. Con respecto a estas últimas, es indudable que son una buena herramienta útil par poder realizar una evaluación, pero también existen otras herramientas que el psicólogo puede y debe utilizar en el sector salud, como son: observación, entrevistas, encuestas, cuestionarios y otras que usadas en conjunto dan mayor validez a la evaluación, por lo que no se debe centrar únicamente a la aplicación de pruebas psicométricas.

Por otro lado, hay varios autores que nos señalan y amplian las funciones del psicólogo en el sector salud. Iniciaremos con Rodríguez (1984) quien nos menciona que la participación del psicólogo se sitúa en diferentes perspectivas: el papel tradicional que ha venido desempeñando (auxiliar del médico en las enfermedades mentales); las posibilidades que genera el desarrollo de la psicología como ciencia, <las que fomentan la participación del psicólogo en actividades que requieren rehabilitación, organización, interacción de grupos y formación de recursos humanos para la salud,> aunque sigue vigente el carácter de auxiliar en la curación; por último, la participación del psicólogo a partir de la redefinición del concepto de salud, lo que presupone que la salud es un resultado de la interacción

armónica en su medio físico y socioeconómico, en donde el enfoque principal se dirige a la prevención.

Por su parte, Urbina (in Navarro, 1989) considera que la función del psicólogo se debe orientar a la prevención y promoción de la salud. Para San Martín y Pastor (1984) el aspecto que le interesa a la salud pública es la psicología del aprendizaje como base de una educación científica y sanitaria. Zimmerman y cols. (1981) nos indican que las funciones que realiza el psicólogo en la salud son: asistencia, docencia, investigación y servicios del medio ambiente del paciente.

Otros autores como Gomezjara y cols. (1983) a pesar de mencionar las actividades tradicionales del psicólogo en el sector salud, nos indican algunas actividades adicionales para este profesionalista como el fomento de actividades recreativas, de capacitación y educacionales. Para Amoros (1980), los aspectos de fomentar los recursos y posibilidades sanas del individuo son situaciones que psicólogo puede realizar en el sector salud.

En suma, la participación del psicólogo en el sector salud es más amplia que el perfil ocupacional que indica el mismo, aunque se observa que la inclusión del psicólogo en este sector presenta como aspecto central las labores tradicionales que son la evaluación mediante la aplicación de pruebas psicométricas y de aptitudes, la de auxiliar del médico y el énfasis de las funciones curativas en contraposición de los aspectos preventivos.

Por otro lado, los campos en que los psicólogos han desempeñado su labor dentro del sector salud son el área clínica y de salud mental, solo el hecho de ubicar casi exclusivamente la función del psicólogo en esas dos áreas limita su campo de acción y lo orienta a ser un subprofesional médico y a la rehabilitación de los déficits conductuales o psicopatológicos. A continuación cada uno de ellos por separado.

La psicología clínica es la aplicación más basta reconocida a la psicología en el sector salud y es la rama más extensa y antigua de la psicología relacionada con la salud (Holtzman, et al, 1988). Lagache (in Braunstein, 1978) nos proporciona la definición de esta rama de la psicología "... la aplicación de los principios de las técnicas psicológicas a la solución de los

Topo
de
y
S.
Salud



IZT.

Psicólogo
C/In

problemas que confrontan los individuos..." (pag. 386).

La función del psicólogo clínico según CNEIP (in Zaragoza, UNAM, 1988) es la de estudiar e intervenir los problemas de salud-enfermedad en lo relacionado con la conducta; este profesionalista puede realizar psicodiagnósticos y proporcionar consejos psicológicos a personas o grupos con problemas de comportamiento (prevención y rehabilitación). Holtzman y cols. (1988) nos amplía más las funciones del psicólogo clínico en el sector salud, los que realizan psicoterapia individual, grupal o familiar (esto con una gran variedad de orientaciones teóricas), consultas, psicodiagnóstica, enseñanza e investigación y administración educativa o de servicios de salud.

La psicología clínica es la rama de la psicología que tiene más aplicación en el sector salud, esta situación nos lleva a señalar que la orientación de la psicología a los aspectos clínicos fue influida por la inclusión de psiquiatras y psicoanalistas en las escuelas de psicología, lo que transformó el perfil ocupacional de los psicólogos de la docencia a la clínica, la que presenta una tendencia hacia los factores curativos. Para comprender esta situación, consideremos la definición que nos marca Lagache de la psicología clínica, en donde podemos observar que los principios y técnicas psicológicas se aplican a los individuos que presentan un problema, esto es, una énfasis casi exclusivo a la curación de un problema. Asimismo, si vemos lo que nos indica la CNEIP y Holtzman y col. que realiza el psicólogo clínico detectamos como una de las funciones principales de este profesional de la salud al psicodiagnóstico y a la impartir consejos a enfermos con problemas médicos, esto está dirigido hacia un aspecto curativo más que preventivo. En este sentido, hay que tener cuidado con lo que señala la CNEIP pues de alguna forma nos remarca los aspectos preventivos; a este respecto la psicología clínica tiene medidas preventivas para una "enfermedad" ya ocurrida en el paciente, más no tiene políticas de prevención.

Ahora bien, las funciones del psicólogo clínico en el sector salud que nos indica Holtzman y col. son mucho más amplias que las que considera la CNEIP, puesto que los primeros indican a la enseñanza e investigación y administración de los servicios de

salud que los segundos no consideran. Esta situación es preocupante dado que la CNEIP, que juega un papel importante en la enseñanza de la psicología en México, limita la labor del psicólogo clínico a unos cuantos aspectos y omite la importancia de la investigación y la enseñanza, lo cual podría suponer un estancamiento de la psicología como ciencia.

Sin embargo, a pesar de que el campo de la psicología clínica ha sido orientado a los aspectos tradicionales (curativos) en la actualidad, en otros países del mundo, la actividad del psicólogo clínico se ha ampliado hacia la identificación de grandes poblaciones en las que tienen mayor posibilidad de la presentación de problemas emocionales o de conducta (población en riesgo), diseñando intervenciones para reducir los riesgos definidos (Holtzman, *et al*, 1988). Asimismo, se ha ampliado el campo del psicólogo clínico de los hospitales generales, psiquiátricos y neurológicos en los cuales estaba incluido; a los centros de higiene mental y social, orientación profesional, orientación infantil, servicios especializados para niños y adultos con desventajas físicas, sensoriales, mentales y de lenguaje; esto es, a todo el servicio asistencial y de salud pública y privada (Amoros, 1980).

Por su parte, la inserción del psicólogo en el campo de la salud mental no difiere mucho de la situación del psicólogo clínico. La salud mental es definida como "...significa ausencia de psicopatología y en un sentido más amplio, despliegue óptimo de las potencialidades indispensables para el bienestar, la convivencia, el trabajo y la recreación ...: (Norma Técnica 195, Artículo 3 del Diario Oficial, 1987, pag. 28).

El personal que está a cargo de proporcionar servicios de salud mental son el psiquiatra, psicólogo clínico, trabajadora social, médicos generales, enfermeras y maestros especializados, corresponde a el psiquiatra ser el responsable de la prestación de servicios y de la coordinación de las actividades del equipo de trabajo (Diario Oficial, 1987 y Zimmerman, *et al*, 1981).

La atención psiquiátrica es entendida como el conjunto de servicios que se proporcionan a los pacientes y a sus familiares para fomentar y restablecer la salud del los pacientes; las

actividades que se realizan en los servicios de salud mental son las de enseñanza, capacitación, investigación científica y atención psiquiátrica que comprende actividades de prevención (educación y promoción de la salud mental y detección y manejo oportuno de casos), curativas (dirigidas a la rehabilitación de enfermos mentales) y rehabilitación social (se refiere a actividades recreativas, ocupacionales y psicoterapéuticas). Aun cuando no se especifica claramente cuales son las funciones del psicólogo, entendemos que estas actividades que nos indica el Diario Oficial (1987) las puede realizar este profesionista.

Zimmerman y cols. (1981) nos señalan que las actividades que realizan los psicólogos en los centros de salud mental que proporcionan servicio a niños y a adolescentes son: asistencia, docencia, investigación y servicios del medio ambiente del paciente.

Como puede ser visto la inserción del psicólogo en el campo de la salud mental muestra serias limitaciones. Por principio de cuentas, la definición de la salud mental inicia con los aspectos negativos (ausencia de psicopatología) , lo que nos da entender que lo principal es que no se presente algún problema, en vez de fomentar y enseñar habilidades sociales; lo que implica que el énfasis más fuerte es el curativo. La segunda parte de la definición intenta transformar los aspectos antes mencionados, pero realmente no lo hace de una manera muy clara; ya que considera al despliegue óptimo de las habilidades indispensables (cuáles ?) para el bienestar. Esto nos pone de relieve que no está bien establecido el concepto de salud mental porque no especifica que se entiende por bienestar, lo que representa un grado muy alto de subjetividad; asimismo, no indica que potencialidades deben ser optimizadas para el mejor desarrollo de las personas. Considero que es más pertinente especificar que tipo de habilidades son necesarias para un mejor desarrollo personal y comunitario, entre ellas podemos encontrar a los factores económicos, se seguridad laboral, familiar y comunitaria, vivienda, alimentación completa y balanceada recreativos, educativos, el desarrollo de la personalidad integra vista de los puntos intelectual, afectivo, emocional, sexual y otros.

}
Salud
Mental
Seg
Este

Otra de las situaciones que se presenta al psicólogo en el campo de la salud mental es la hegemonía de los psiquiatras, los que al ser los responsables de la organización, administración y supervisión del equipo de trabajo, tiene como consecuencia de que la salud mental sea vista de una forma parcial y orientada a los aspectos curativos e individuales. El que el psiquiatra sea el eje sobre el que gira la salud mental propicia que se relegue y se transforme la actividad de todos los profesionistas en este sector; en el caso del psicólogo la problemática se agudiza más, ya que de alguna forma la labor del psiquiatra y del psicólogo son similares, pero la concepción y la forma de intervención difieren completamente; pues mientras los primeros, a través de su formación médica, tienen establecido específicamente los síntomas y a partir de ellos determinar la enfermedad, es el tipo de medicamento que le van a recetar al paciente. Por su parte, el psicólogo de ninguna manera su intervención puede ser a través de medicamentos, más bien evalúa, elabora, aplica un programa remedial para dar respuesta a la problemática, así como da un seguimiento.

Para reforzar lo citado en el párrafo anterior mencionaremos lo que nos señalan dos autores, Zimmerman y cols (1981) indican que una de las consecuencias de que el psiquiatra sea el responsable de la supervisión del trabajo de los centros de salud mental es que se fomenta una visión parcial de las funciones que deben y pueden realizar los demás profesionistas; y lo más grave es que fomenta una visión parcial y limitada de la salud mental. Por su parte, García (1986) considera que el predominio del modelo psiquiátrico, hegemónico para la práctica psicológica de la salud hace difícil las incursiones a otras áreas de la medicina. Asimismo, en las escuelas de psicología es notoria la ausencia de temáticas relacionadas con la salud pública, existiendo un énfasis casi exclusivo a la salud mental.

Por lo que se refiere a las funciones del psicólogo en la salud mental, el Diario Oficial (1987) nos ofrece una perspectiva amplia de lo que se debe realizar en este campo, las cuales son enseñanza, investigación, promoción, prevención y educación para la salud. Es cierto que no especifica las funciones del psicólogo

en particular, lo que nos hace suponer que este profesionalista desempeña las actividades antes mencionadas (aunque cabe aclarar que esto se hace de una forma teórica y no práctica); sin embargo, hay dos factores que interfieren en el desarrollo del psicólogo en la salud mental: una de ellas es que se considera exclusivamente al psicólogo clínico y la otra es la hegemonía del psiquiatra, ambas situaciones ya han sido analizadas.

La opinión de Zimmerman y cols. es más específica sobre la participación del psicólogo en los centros de salud mental, ellos nos señalan que la labor se orienta a la docencia, asistencia, investigación y servicios del medio ambiente del paciente. Sin embargo, los autores consideran que hay muy poca participación de este profesionalista en la prevención y el seguimiento, lo que nos demuestra que el énfasis principal al que se dirige el psicólogo es el de la rehabilitación.

Por otro lado, sobre la participación del psicólogo en los niveles de atención en México tenemos que Coplamar (1985) lo ubica en el segundo o tercer nivel de atención y únicamente como psicólogo clínico; esto es, el psicólogo es tomado en cuenta como un especialista cuya función principal es la curación y dirigida a una persona o grupo familiar. Asimismo, Coplamar nos indica que para el año 2000 el psicólogo debe ser atendido en el primer nivel de atención y atendiendo a 15,000 habitantes por cada uno de estos profesionistas, obviamente el psicólogo considerado es el psicólogo clínico. Indudablemente la inserción del psicólogo en los tres niveles de atención a la población es importante; sin embargo, el señalamiento de Coplamar es bastante limitado porque solo menciona al psicólogo clínico y no a otras áreas de la propia psicología. Asimismo, es imposible concebir que un solo psicólogo sea capaz de dar respuesta a las necesidades de 15,000 habitantes, ya que la población de México es heterogénea por lo que es difícil planear y aplicar programas de prevención y atención a la población tan diferente.

Para poder comprender las funciones y los campos de acción del psicólogo en el primer nivel de atención a la población retomaremos a una serie de autores. Iniciaremos con Ortiz (1988) quien nos especifica la función del psicólogo en los tres

subniveles del primer nivel de atención; en el primer subnivel las actividades del psicólogo están orientadas a la disminución de trastornos emocionales, afectivos y de conducta de la comunidad, la detección temprana de focos de riesgo social que propicien la presentación de problemas. En el segundo subnivel se realizan acciones de detección temprana de problemas psicopatológicos para su tratamiento oportuno. En el tercer subnivel se efectúa la rehabilitación social de un paciente médico para su pronta recuperación en su vida productiva, en estos tres subniveles se realizan labores de promoción y mantenimiento de la salud a través de programas educativos.

El Diario Oficial (1987) indica que las funciones del psicólogo, y de otros profesinistas de la salud, en el primer nivel de atención a la salud mental son preventivas, las que incluyen la promoción, educación para la salud, la detección y manejo oportuno de casos, las actividades curativas y de rehabilitación psicosocial. Por su parte, Irigoyen y Parada (1988) consideran que la función del psicólogo en el primer nivel de atención debe orientarse a la implementación de técnicas terapéuticas preventivas, a la investigación que permita un mejor entendimiento de las estrategias de autocontrol (preventivas) y a desarrollar terapias de rehabilitación con estrategias de autocontrol para la creación de nuevos repertorios conductuales.

Para Sánchez (1989) la intervención del psicólogo en el primer nivel de atención debe fundamentarse en la educación y promoción de la salud en un plano verdadero de prevención primaria. Holtzman y col. (1988) y Costa y López (1988) indican que las funciones del psicólogo en la salud son la prevención, el cuidado de la salud, la promoción en el desarrollo de estilos de vida, habilidades y competencias que favorezcan a la salud esto a nivel comunitario.

Por último, Torres y Beltrán (1989) señalan que los psicólogos poseen herramientas metodológicas necesarias para la investigación y la planeación de estrategias de intervención a nivel de atención primaria de la salud esto a través del análisis de patrones conductuales del individuo y el grado de conocimiento que este posee en relación a la salud.

FALTA

PAGINA

85

dependencia socio cultural de los centros de dominación externa, que nos lleva a adoptar sus modelos teóricos y aplicados en el desenvolvimiento de nuestra praxis profesional. Dependencia e imitación caracterizan de una u otra manera el quehacer del psicólogo clínico, configurándose un fenómeno de alienación profesional que se evidencia en los siguientes hechos:

a) Una orientación a dirigir nuestros servicios a satisfacer necesidades de una minoría de la población con elevados recursos económicos.

b) Un continuismo en la problemática de temáticas clínicas norteamericanas y europeas, en menoscabo o enajenación de nuestra propia realidad y de las particularidades que adoptan en nuestro medio las formas y grados de salud mental.

c) La realización en nuestro ámbito de enojosas y prejuiciadas rivalidades doctrinarias como la suscitada entre la orientación conductual y la terapéutica psicodinámica, que son expresiones del espíritu individualista y competitivo de otras latitudes y que nos llevan a imitar no sólo conceptos y procedimientos, sino también actitudes y sentimientos ajenos

d) Una actitud de sometimiento a otras profesiones, especialmente médicas, con los que estamos permitiendo desviaciones de nuestro propio objeto de estudio y desfigurando nuestros particulares procedimientos y metodologías. De esta manera se ha distorsionado el proceso de identidad profesional del psicólogo clínico, obligándolo a tomar prestado modelos de trabajo ajenos que solo conducen a un estatus de auxiliar y a una imagen de inmadurez profesional ..." (pag. 364).

Por otro lado, dada la inserción del psicólogo en el campo de la salud, recientemente han surgido nuevas especialidades como parte de una tendencia creciente a las intervenciones preventivas a nivel comunitario. Dos de estas nuevas especialidades son: la psicología de la salud que está estrechamente asociada con la medicina conductual, que se ocupa principalmente de los aspectos preventivos y promocionales en la atención a la salud; y la psicología comunitaria, que es un producto de la investigación acción social del desarrollo comunitario (Holtzman, et al, 1988).

La psicología de la salud ha sido definida como "... el

conjunto de contribuciones de la disciplina psicologica en los científico y lo profesional dirigidos a la: promoción y mantenimiento de la salud; la prevención y tratamiento de la enfermedad y de las disfunciones de los correlatos etiológicos y de diagnósticos de la salud y de la enfermedad y de las disfunciones relacionadas; el análisis y el mejoramiento de los sistemas de salud y la formulación de políticas de salud..."(CAPA división 38, 1981, in Rodríguez, 1989).

Esta disciplina surge del convencimiento de que buena parte de lo que se percibe como enfermedad en gran medida proviene del comportamiento de las personas más que solamente de agentes patógenos biológicos. El hábito de fumar, el abuso de las drogas y el alcohol, el exceso en el comer, el consumo excesivo de sal, la falta de ejercicio, la negligencia en la búsqueda de atención médica, así como los estilos de vida de gran estrés, son algunos de los factores que causan enfermedades graves (Holtzman, *et al*, 1988).

Bajo esta circunstancias, los psicólogos de la salud han considerado lo siguiente:

"...a) Una disciplina de las ciencias de la salud es insufiente para resolver los problemas relacionados con el cuidado general de la misma.

b) En las enfermedades crónico e infecto contagiosas se encuentran factores conductuales y sociales que favorecen el origen, la evolución y el mantenimiento de estos padecimientos y,

c) Estos factores conductuales sociales, también juegas un papel importante y decisivo en la etiología y mantenimiento de muchos transtornos de tipo funcional adictivo y adaptativo..." (Rodríguez, 1989, pag. 228).

Las funciones que realiza el psicólogo de la salud con enfoque en la atención primaria a la salud son: la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y de diagnóstico de la salud y de la enfermedad y sus disfunciones relacionadas, el análisis y mejoramiento del sistema de salud y la participación en la investigación epidemiológica conductual y la intervención buscando la valoración de procedimientos que permiten

la generación de nuevos conocimientos y tecnologías para este nivel de atención (*ibidem*).

Por su parte, la psicología comunitaria, a pesar de que aún se encuentra en pleno desarrollo, ha realizado progresos importantes en la salud. El psicólogo comunitario considera factores como los recursos autóctonos en la comunidad que puedan aprovecharse para promover la salud y el desarrollo del individuo de la comunidad, así como factores del comportamiento que conducen a la enfermedad; todo ello con objeto de elaborar programas de acción social para el mejoramiento de la salud comunitaria e individual. El psicólogo comunitario, utilizando un enfoque pragmático, estudia los recursos de la comunidad, evalúa las necesidades de sus miembros, busca asistentes y proveedores de atención de salud náticos, examina los agentes tóxicos y las fuentes de estrés intenso en el ambiente y ayuda a los líderes de la comunidad a establecer programas de intervención o de acción social dirigidos al mejoramiento de la calidad de vida de los miembros de toda la comunidad (Holtzman, *et al*, 1988).

Cuando se habla de la psicología comunitaria en relación a la salud, mención aparte merece la psicología cubana, ya que Cuba es el único país del mundo que ha logrado integrar completamente la práctica psicológica a los servicios de salud en todas las áreas de especialización de la medicina y en los diferentes niveles de atención a la población de su sistema, con posibilidades no sólo de práctica asistencial, sino también en las áreas de formación de recursos para la salud e investigación (García, 1986).

Obviamente, el psicólogo cubano es el que más ha trabajado con un enfoque hacia la atención primaria a la salud comunitaria, por tal motivo con la perspectiva de la psicología cubana ampliaremos más sobre la función del psicólogo en este nivel de atención.

Mitjans y Febles (1983) nos señala que en Cuba se consideran como aspecto fundamental la prevención y el psicólogo de la salud aborda de manera interdisciplinaria una amplia gama de problemas; como por ejemplo, participa en el programa de atención integral de la mujer contribuyendo a la mejor evolución del embarazo, el parto y la lactancia, en la atención del recién nacido y a los niños de

bajo peso, patológicos y desnutridos. Los psicólogos clínicos con enfoque comunitario promueven actividades educativas con la población y de orientación a los dirigentes de las organizaciones, prestan asesoría a dirigentes de organismos y empresas en la investigación de factores psicosociales que afectan en la labor productiva, para el desenvolvimiento más favorable para la promoción y conservación de la salud del trabajador y en cuanto a la elevación de la calidad de los servicios y al esclarecimiento de factores psicológicos y sociales involucrados en los problemas de salud. La investigación, está orientada al estudio y al establecimiento de nuevos procedimientos y técnicas diagnósticas y al origen, prevención y tratamiento de los problemas psíquicos más frecuentes.

Por su parte, Holtzman y col (1986) nos proporcionan su punto de vista al respecto de la función del psicólogo de la salud en Cuba "...proveer asistencia técnica mediante el empleo de métodos científicos en el análisis de las necesidades, metas y características de los miembros comunitarios; planificar, poner en marcha y evaluar programas comunitarios y ayudar a los ciudadanos y a sus líderes a tratar problemas de las comunidades..." (pag. 275).

Knapp (1983) nos menciona los campos donde el psicólogo de la salud en Cuba realiza su labor: planes de atención comunitaria, atención materno infantil, las tareas de rehabilitación con los enfermos mentales e impedidos físicos, investigación y docencia en el área de la salud, prevención, tratamiento y reeducación de las conductas antisociales, el trabajo con instituciones infantiles especializadas, orientación psicológica a padres y maestros, terapia y orientación sexual y otras más.

Con base a todo lo escrito en el presente capítulo, tenemos que la función tradicional del psicólogo se ha dirigido al campo de la psicología clínica, a la salud mental y al psicodiagnóstico mediante la aplicación de pruebas psicométricas y proyectivas. En contraposición de esto, otras áreas de la psicología, de la salud, comunitaria, experimental y psicofisiología, han puesto al descubierto nuevas relaciones entre los procesos psicológicos y los fisiológicos.

Por lo que considero que la participación del psicólogo en el campo de la salud no puede circunscribirse únicamente a las áreas de la clínica, ni a la de salud mental, ni limitar la actividad de este profesional a el segundo o tercer nivel de atención a la población, ni que se considere solamente al psicólogo clínico para formar parte del equipo de la atención primaria, ni ser un subprofesional médico, ni que su labor profesional se dirija como aspecto central a la rehabilitación, a la aplicación de pruebas psicométricas e individual.

El psicólogo de la salud debe ser tomado en cuenta en el primer nivel de atención, ya que tiene el adiestramiento en métodos científicos y sociales; además, tiene las herramientas metodológicas necesarias para la investigación y planeación de estrategias de intervención a este nivel y con un enfoque al trabajo interdisciplinario.

Las funciones del psicólogo en el campo de la salud son múltiples, ya que el puede planificar, diagnosticar y evaluar las necesidades de la comunidad, elaborar y aplicar programas de atención comunitaria adiestrar al personal profesional y no profesional sobre algunas de las técnicas que puedan ayudar a mejorar la salud comunitaria, todo esto con enfoque hacia los aspectos de prevención, promoción, mantenimiento y educación a la salud.

Además, la labor del psicólogo en la salud no sólo puede ser circunscrita a la asistencia, sino que también puede y debe realizar actividades de docencia, investigación, para producir nuevos procedimientos y técnicas tanto para la rehabilitación como para la prevención de la salud, de formación de recursos para la salud, de planeación y de organización de los servicios de salud y en actividades que requieran la interacción de grupos.

Las áreas en las que el psicólogo puede participar son: educación para la salud, ocupación del tiempo libre, impacto de los medios masivos de la comunicación, sobre hábitos de consumo y comportamiento social, acceso y satisfacción de los servicios de salud, crecimiento y desarrollo, organización comunitaria, preparación hacia la senectud, atención materno-infantil, rehabilitación de enfermos mentales e impedidos físicos, terapia y

orientación sexual, todo esto lo puede realizar en todo el servicio asistencial y de salud pública y privada.

Los campos en los que los psicólogos han proporcionado avances para su participación en el sector salud son: la psicología clínica y la salud mental, las que ya han sido tratadas en el presente capítulo, la psicología organizacional con sus amplias proyecciones e implicaciones tiene un aporte importante dentro de la administración de servicios de salud; la psicología ambiental que también juega un papel primordial en la administración y en la búsqueda de diseños ambientales; la psicofisiología y la psicología experimental, las que han permitido que el psicólogo realice investigación aplicada con objeto de desarrollar nuevas técnicas de intervención para el tratamiento de diferentes padecimientos; la neuropsicología que ha mostrado avances en la prevención de ansiedad y de angustia; la psicooncología que da la atención al paciente crónico degenerativo; la psicología de la salud con estrecha relación a la medicina conductual que se ocupan de los aspectos preventivos y promocionales de la salud; la psicología comunitaria que se ha desarrollado a partir de las investigaciones sobre acción social y el desarrollo comunitario; y la psicología educativa que presenta los fundamentos de la psicología del aprendizaje para fomentar una educación científico-sanitaria.

Por otra parte, sobre los programas de formación de recursos humanos para la salud, en la actualidad, a nivel mundial existe una preocupación por parte de la OMS para tratar de proporcionar salud para toda la población en el año 2000. Para poder realizar este objetivo se cuenta con la llamada atención primaria a la salud; la que tiene como propósitos principales la cobertura universal de las poblaciones con asistencia sanitaria, idoneidad y eficacia de los servicios para las necesidades sanitarias y futuras contando con una plena participación de la comunidad. Las funciones básicas que requiere la atención primaria de la salud, para todo el personal, son la prevención, promoción, saneamiento y educación para la salud a nivel comunitario (OMS, 1985).

La OMS (*op cit*) considera que para la formación de recursos humanos para la salud con enfoque a la atención primaria presenta

FALTAN

PAGINAS

92-93

salud.

e) Se observa una centralización de psicólogos en las zona metropolitana, D.F., Estado de México, Guadalajara, Nuevo León y Puebla. Esto nos lleva a señalar que si uno de los propósitos fundamentales de la atención primaria es la cobertura universal, es decir, que toda la población tenga acceso y satisfacción de sus necesidades de salud, el psicólogo no lo puede realizar porque únicamente labora en la zona metropolitana.

f) Uno más de los requisitos de la atención primaria es el enfoque comunitario, el psicólogo a pesar de contar con la metodología de las ciencias sociales, su participación en el sector salud se ha limitado a los individuos, y en el mejor de los casos a un grupo familiar, por lo que sobre este requisito aún no lo cubre completamente, aunque está en plena etapa de demostrar su valía. y

g) Dada la escasez de psicólogos en las instituciones del sector salud, una gran cantidad de estos profesionistas se han desarrollado plenamente en el sector privado, el cual tiene una orientación hacia la rehabilitación de un problema determinado a nivel individual, en contraposición de los aspectos preventivos a nivel comunitario que necesita la atención primaria.

Lo señalado anteriormente, da respuesta a la gran mayoría de deficiencia que marcan tanto la OMS como Soberón y López, pero es pertinente ahondar más sobre la falta de coordinación entre el los planificadores y los formadores de personal, así como de las políticas de formación de personal para la salud.

El subsistema de planificación es el que está encargado de determinar las necesidades cualitativas y cuantitativas de recursos de personal; mientras que el subsistema de formación (universidades) es el encargado el número y tipo de personal. Sin embargo, ambos subsistemas se encuentran en completa desarticulación por las siguientes cuestiones:

a) Se ha incrementado el número de escuelas y de estudiantes de la carreras de las ciencias de la salud, pero esto no ha sido acorde a las necesidades de prevención, promoción, saneamiento y educación para la salud a nivel comunitario, por lo que se observa claramente que las universidades no forman el número, tipo y

El campo en el que el psicólogo puede desempeñar las funciones de prevención, promoción y de la salud con énfasis a la atención primaria son: educación para la salud, farmacodependencia, alcoholismo y tabaquismo, ocupación, desocupación y subocupación, relaciones familiares y sociales, violencia, accidentes y suicidio, ocupación del tiempo libre, impacto de los medios masivos de comunicación sobre hábitos de consumo y de comportamiento social, acceso y satisfacción de servicios públicos, prostitución, crecimiento y desarrollo, problemas en el aprendizaje, organización comunitaria, preparación hacia la senectud, epidemiología de la alteraciones emocionales, afectivas y conductuales y psicoterapia de problemas comunes (Ortiz, 1988).

Para Holtzman y cols. (1988) el psicólogo puede participar en el primer nivel de atención ayudando a otros profesionistas y sus pacientes; por ejemplo, en pediatría, el psicólogo puede incidir en problemas como encopresis, eneuresis, hiperactividad, obesidad juvenil, problemas de crianza de los niños, enfermedades crónicas y terminales y el cumplimiento de regímenes de tratamiento médico para transtornos como diabetes.

Con base a lo anterior, podemos señalar que la función del psicólogo debe ser orientada hacia la promoción, prevención, mantenimiento y educación de la salud todo ello desde una perspectiva comunitaria; esto nos permite comprender la limitante que implica que el psicólogo sea incluido en el segundo o tercer nivel de atención a la población, lo que conlleva a considerar al psicólogo como un especialista que sirve de apoyo a los médicos para resolver los problemas que ellos no pueden solucionar y a que este enfoque sea dirigido a los aspectos curativos e individuales, y en el mejor de los casos a un grupo familiar. Ante esta situación, surgen como disciplinas que pueden transformar la visión tradicional del psicólogo la psicología de la salud y la psicología comunitaria, las que se verán un poco más adelante.

En suma, toda la problemática que ha presentado la participación del psicólogo en el sector salud, es sintetizada por Amoros (1980) quien nos indica que "...La psicología clínica en el Perú, al igual que otras profesiones, sufre los efectos de la

perfil de personal para la salud, ni el este sector especifica claramente sus necesidades de personal.

b) EL modelo de educación de la salud está dirigido al trabajo individual y con énfasis a la medicina curativa, lo que se contrapone a las necesidades actuales del sistema nacional de la salud.

c) La organización de los servicios de salud está basada en el médico, lo que propicia que se minimice la actividad de otros profesionistas de la salud y que se transforme las funciones de los demás profesionales; este aspecto nos lleva a reafirmar que los planificadores al darle mayor importancia a uno de los profesionales de salud, la orientación principal en la atención primaria no se puede cumplir, debido a que cada personal de la salud tiene determinada función que cumplir y si no se fomenta el trabajo multidisciplinario se reduce la amplitud de un problema a la percepción del médico.

d) La falta de coordinación entre los planificadores y los formadores en nuestro país se agudizó con la llamada época de reproches mutos, en donde los primeros consideraban que las universidades no formaban el número, tipo y perfil de personal necesario para satisfacer las necesidades del sector salud, a lo que los formadores les contestaban que ellos no conocían ni sus necesidades.

Al no existir buena vinculación entre los planificadores y los formadores de personal de salud, no solo nos pone de manifiesto que este personal no sale capacitado para desempeñar las labores primordiales del sector salud, sino nos permite considerar que quizá en otras áreas suceda una situación parecida; esto es, que la formación profesional (del psicólogo) no corresponda a su ejercicio profesional y que esta formación no esté dirigida a satisfacer las necesidades del país.

Asimismo, nos plantea una problemática bastante seria; si no existe coordinación entre los planificadores y los formadores de personal de salud, y si consideramos que para la formación de cualquier profesional se "invierten" una gran cantidad de recursos económicos, a los cuales no se le van a obtener provecho, para qué se forma tanta cantidad de personal?, qué fin persigue? o acaso

las políticas de formación de personal para la salud son esas?. Esta serie de planteamientos nos llevan a señalar que la formación de personal para satisfacer las necesidades de la atención primaria en nuestro país se encuentran en proceso.

Por último, sobre la hegemonía médica en el sector salud y su efecto en el perfil ocupacional del psicólogo han sido tratadas ampliamente en el desarrollo del presente capítulo.

Ahora bien, la investigación en salud, a pesar de ser uno de los recursos más importantes para el desarrollo del sector salud muestra una hegemonía médica; ya que se consideran como áreas de investigación a la biomédica, clínica y sociomédica. Las dos primeras se dirigen al individuo y la biomédica con frecuencia se utilizan células, órganos o tejidos; mientras que la sociomédica está dirigida a poblaciones y es conocida como la investigación de necesidades y en sistema de salud

De estas tres áreas de investigación, en donde se realiza el mayor número de proyectos es en la biomédica, seguida de la clínica y la sociomédica, esto nos indica que los estudios se han orientado a los aspectos individuales y curativos del proceso salud-enfermedad que a la producción de conocimientos en ciencias básicas y sociales hacia la exploración de los determinantes y la distribución de las enfermedades y de los servicios que se han organizado para prevenir o tratarla.

En el caso de la producción investigativa de la psicología social en México sobre salud muestra serios problemas. Uno de ellos es que la investigación de la psicología en la salud se realiza, en mayor medida, en el Instituto Nacional de Psiquiatría; si consideramos que el psicólogo está en un nivel inferior que el psiquiatra nos permite señalar que la producción investigativa del psicólogo está subordinada a la concepción del psiquiatra del proceso salud-enfermedad, que como fue vista anteriormente, tiene un enfoque hacia los aspectos curativos e individuales. Para reforzar esta situación a continuación presentamos las áreas que el psicólogo ha investigado.

Pick (1988) nos indica que la mayoría de las investigaciones que han realizado los psicólogos en el campo de la salud se han desarrollado en las áreas de conductas adictivas; una parte de

estos estudios han sido sobre la epidemiología, la prevalencia y el uso del alcohol y las drogas en diversas poblaciones. Asimismo, se han realizado estudios sobre el medio social y personal de los adictos al alcohol y las drogas; una mínima parte han investigado la predicción de tasa de mortalidad y sobre cómo mejorar los servicios de salud de los hospitales mexicanos.

Adicionalmente, la investigación de la psicología social en nuestro país no ha realizado investigaciones sobre la práctica médica, sobre la evaluación de los servicios de salud que recibe la población y su motivación, sobre profesiones de salud, sobre educación sanitaria y sobre la formación de recursos humanos para la salud.

La problemática de la investigación de la psicología social en salud nos es mencionada por García (1986) quien considera que la investigación tiene un enfoque pragmático, con poca elaboración teórica y parece no existir un intento de valoración conceptual del proceso salud-enfermedad y de sus determinantes, así como una comprensión de las condiciones que propician las formas y funcionamiento que adopta la práctica médica, este es un aspecto muy importante para poder ubicar el lugar del papel de los procesos psicológicos y sociopsicológicos.

En suma, la problemática que muestra la investigación de la psicología social en salud en México es que se orienta a los aspectos curativos y con una carente valoración del concepto de salud-enfermedad. Por estas situaciones, es necesario generar mayor número de investigaciones en dos formas: por un lado, aquella que es indispensable para el desarrollo propio de la psicología, la que permitirá nuevas áreas de inserción del psicólogo en el campo de la salud; por otro lado, la investigación reforzará el ejercicio profesional del psicólogo con la creación de nuevas técnicas y procedimientos con enfoque a la atención primaria de la salud a nivel comunitario. Asimismo, es necesario una reconceptualización constante de la definición de salud-enfermedad para poder responder a las necesidades cambiantes de este proceso y la apertura de la de investigación hacia aspectos como la formación de recursos humanos para la salud, educación sanitaria, profesiones de salud y otras.

Con base a todo lo desarrollado en el presente capítulo, nos permite adentrarnos a el análisis de la formación profesional del psicólogo egresado de Iztacala en su ejercicio profesional en el sector salud.

Para iniciar este aspecto, comenzaremos con el análisis del plan de estudios de la carrera de psicología en Iztacala, señalando el surgimiento de esta escuela.

La ENEP Iztacala inició sus labores en el año de 1975 impartiendo las carreras de biología, medicina, odontología, psicología y enfermería (esta última a nivel técnico). La aprobación por el H. Consejo Universitario de la creación de las ENEP's fue con el inicio de Soberón en el año de 1974, a causa de la centralización de la educación profesional en la Ciudad Universitaria y a la fuerte expansión de la zona norte y noroeste que generó una demanda de esos puntos.

Con este breve bosquejo del surgimiento de la ENEP's podemos realizar algunas reflexiones. Si fue aprobada la creación de las ENEP's en 1974, cómo fue posible que en el mismo año abriera sus puertas la ENEP Cuatitlán (ahora facultad)? Cómo en tan pocos meses se realizó la infraestructura de la ENEP Iztacala?

A estas preguntas les podemos dar respuesta con lo que señalan Monroy y Vilorio (1987) quienes consideran que para la creación de las ENEP's no estaban involucrados únicamente criterios de descentralización geográfica, sino también se buscaba un control político, una eficientización académica y una refuncionalización administrativa.

Ahora bien, en específico, el surgimiento del plan de estudios de la carrera de psicología en Iztacala (esto fue en 1976), se basa en la búsqueda de una identidad propia de los psicólogos y en las experiencias adquiridas en el proyecto científico y profesional del Departamento de Psicología de la Universidad Veracruzana, las que se continuaron en el Departamento de Análisis Experimental de la Conducta, de la Facultad de Psicología de la UNAM.

El surgimiento del nuevo plan de estudios de la carrera de psicología y la creación de las ENEP's nos lleva a considerar algunas situaciones. El modelo de Iztacala no pretendería además

de la modernización educativa y la búsqueda de una identidad profesional propia para el psicólogo, un control político y una efficientización académica? Por qué se eligió a una sola orientación teórica (Análisis experimental de la conducta) para la formación de psicólogos en Iztacala? Realmente, el fundamentar la preparación profesional del psicólogo de Iztacala satisface las necesidades de este profesionista para su ejercicio profesional en el sector salud? La primera de estas preguntas la dejaremos como reflexión y las otras dos las iremos contestando en el transcurso del presente capítulo. Ahora bien, por lo que se refiere al análisis de la formación profesional del psicólogo egresado de la ENEP Iztacala, comenzaremos con mencionar la definición de psicología desde la perspectiva de Iztacala. Ribes (1980) nos indica que

"...La psicología es una ciencia natural experimental cuyo objeto de estudio es el comportamiento de los organismos individuales. Como profesión se dirige fundamentalmente a resolver problemas en que interviene, como dimensión fundamental, el comportamiento humano, ya sea individual o de pequeños grupos, aún cuando su acción se expande a grupos más numerosos..." (pag. 58).

~~La definición en que se basa el currículo de psicología de Iztacala, a mi parecer, es bastante incompleta por varias razones: la primera se refiere a que la psicología no puede ser entendida como una ciencia natural (o ciencia básica); la segunda es que al definir a la psicología como el estudio del comportamiento de los organismos individuales, no delimita claramente el objeto de estudio de esta disciplina, ya que otras áreas del conocimiento también tienen como objeto de estudio a los organismos (como por ejemplo, la biología). Por último, la concepción de hombre que considera el plan de estudios es como un ser mecánico, el que puede ser objeto de estudio a partir de su comportamiento, el cual es observable, medible y cuantificable, por lo que en un sinúmero de veces delega la importancia de factores afectivos y cognitivos que no pueden observarse a simple vista.~~

Para poder reforzar lo mencionado en el párrafo anterior, retomaremos el punto de vista de Bleger (1985) quien nos indica que la psicología estudia a los seres humanos, pero esto no delimita ni configura su campo de operación, debido a que otras

ciencias se ocupan del hombre y lo enfocan como objeto de estudio (como la historia, la sociología y otras). Para la delimitación del objeto de estudio para cada una de las ciencias existen dos caminos: considerar que cada una toma parte del objeto para su estudio; o bien que cada una de ellas enfoque al fenómeno de una manera exclusiva y privada, el autor considera que este último camino es el más indicado.

La psicología, según Bleger, estudia a los seres humanos con un enfoque particular que responde a la necesidad de atender determinado plano de su organización como seres vivos. El hecho de que la psicología comparte el objeto de estudio con otras ciencias, ha propiciado definir su objeto de estudio como alma, mente, conciencia o psiquismo; lo que ha ocasionado dejar a un lado los fenómenos concretos y olvidando que estas son entidades abstractas. Es decir, no existe la mente, el alma, la conciencia o la psique, más bien hay fenómenos psicológicos o mentales, pero el atributo no debe ser transformado en objeto ni substancia.

Con base a esto, el autor señala que la psicología estudia, o debe estudiar, seres humanos reales y concretos. Si la psicología estudia al hombre se halla implicada una determinada concepción del mismo. El autor menciona nueve características del ser humano:

a) Pertenece a la naturaleza humana.

b) Es un ser concreto, dado que pertenece a una determinada cultura, clase social, grupo étnico, religioso y esta pertenencia no es casual, sino que integra sus ser y personalidad. Por lo que no se debe estudiar la conciencia en abstracto, sino debe considerarse al individuo o grupo en condiciones concretas y un momento determinado.

c) Es un ser social, solo por el cual es ser humano y el conjunto de sus relaciones sociales es lo que define al ser humano en su personalidad.

d) Es un ser histórico, ya que es producto del desarrollo en el cual surgen nuevas formas de vida de interacción.

e) Porque el medio ambiente del ser humano es un ambiente social, del que provienen los estímulos fundamentales para la organización de sus cualidades psicológicas.

f) Porque no puede conocerse la condición de ser humano por

pura reflexión, el conocimiento que se alcanza está socialmente condicionado.

g) Porque el hombre es el único de los seres vivos que puede pensarse a sí mismo como objeto, utilizar el pensamiento, concebir símbolos universales, crear un lenguaje, prever y planificar su acción, utilizar instrumentos y técnicas que modifican su propia naturaleza.

h) Que la producción de esos medios de subsistencia crea la matriz fundamental de todas las relaciones humanas.

Como puede observarse el punto de vista de Bleger en relación con el de Ribes difieren completamente. Por un lado, este último considera a la psicología como una ciencia que comparte la metodología de las ciencias básicas-experimentales y de las ciencias sociales, limitando su objeto de estudio al comportamiento, el que debe ser observable, medible y cuantificable y dirigido a los organismos individuales, viendo a el hombre como un ser mecánico. Por el otro, Bleger, nos amplía más la definición de psicología, dado que la considera como una ciencia social y en la que no debe existir términos de alma, mente o psique que dificultad el accionar de esta ciencia y transforma su objeto de estudio que es el hombre y más concretamente los fenómenos psicológicos.

Por su parte, al inicio del surgimiento de la ENEP Iztacala la carrera de psicología tenía el plan de estudios vigente en la Facultad de Psicología de la UNAM, un año después se implementó el nuevo plan de estudio de la citada carrera, lo que trajo consigo varios cambios; por un lado, tanto en los docentes como en los estudiantes era palpable la falta de preparación y conocimiento de este nuevo modelo, en el caso de los docentes, en términos generales, la mayoría de ellos tenía poca experiencia en la docencia y eran pasantes. Esta situación poco a poco se ha ido disminuyendo; por otro lado, no se contaba con la infraestructura mínima necesaria para el desarrollo de esta carrera.

El modelo de psicología de Iztacala considera tres módulos: teórico, experimental y aplicado. El módulo teórico intenta proporcionar al estudiante toda la información necesaria como apoyo a los otros dos módulos. El módulo experimental incluye un

conjunto de actividades de laboratorio que van de lo simple a lo complejo; esto es, de la observación de la conducta animal en situaciones libres hasta el análisis cuantitativo de episodios sociales y verbales con humanos. El módulo aplicado tiene dos funciones: garantizar el entrenamiento práctico de los futuros profesionales y permite evaluar la pertinencia de los contenidos de los dos módulos restantes (Ribes, 1980).

En teoría, considero que el planteamiento del plan de estudios es adecuado, la enseñanza de la psicología en México, anteriormente, estaba plagada de especulaciones filosóficas y con una importancia muy fuerte hacia los aspectos informativos en contraposición de los formativos; asimismo, la falta de una identidad propia para el psicólogo era o es uno de los factores que impedían el desarrollo de este profesionista. Estos aspectos, en un inicio fueron una contribución positiva del modelo de Iztacala.

Sin embargo, a pesar de que la teoría señala una estrecha vinculación entre los tres módulos, desde mi perspectiva, tal interrelación no se presenta en la práctica. Por principio de cuentas, el que en los dos primeros años vaya encaminada la formación profesional del psicólogo de Iztacala hacia el aprendizaje de la conducta animal, reduce mucho el tiempo de la enseñanza-aprendizaje de las áreas de la psicología: social, clínica, rehabilitación y educativa. Esta situación nos lleva a indicar que dado que se ocupan cuatro semestres a la capacitación de los conceptos básicos en la conducta animales, se supone que ellos puede servir de base para la extrapolación de conocimientos (de la conducta animal a la conducta de los humanos). Para mí, es muy limitado extrapolar los principios de la conducta animal a la conducta de los seres humanos, porque el nivel de complejidad del ser humano es más elevado y porque en él intervienen factores como los sociales, culturales, históricos, políticos, económicos y otros.

Asimismo, el reducir el tiempo de aprendizaje del hombre, cuando en el quinto semestre se enfrenta el estudiante a la práctica de educativa o rehabilitación no cuenta con los conocimientos mínimos para poder sacarle todo ese provecho a el

módulo aplicado. Adicionalmente, la citada vinculación entre la teoría y la práctica, para mí, no se presenta porque se le da mayor importancia a los aspectos científicos de la psicología conductual.

Otro de los factores que afecta el desarrollo profesional del psicólogo de Iztacala es que se considere a la psicología conductual como eje central (y único) de la formación de este profesionista. Por un lado, el basar la formación profesional del psicólogo en una corriente teórica, y utilizar sus herramientas metodológicas e ideológicas, las cuales responden a las necesidades de otro país, nos pone en desventaja porque no se está adecuando a las condiciones históricas, políticas, ideológicas, sociales y económicas de nuestro país. Por otro lado, la formación profesional del psicólogo egresado de Iztacala está orientada a dos aspectos: a la investigación científica (principalmente más centrada en las ciencias básicas) y a la aplicación de las mismas técnicas (tecnocratismo) a cualquier situación problema, a pesar de que se considera que la técnica de intervención debe adecuarse a las condiciones de cada conducta problema, la esencia es la misma (E^D-R-E^R más los factores disposicionales).

Uno más de los factores a los que se orienta la preparación profesional del psicólogo es la de dirigir su trabajo a los aspectos individuales ($N = 1$) más que a los sociales. Esto nos lleva a pensar que la psicología de Iztacala está orientada más a los aspectos curativos e individuales que a los preventivos y sociales; a pesar de que el modelo de Iztacala cuenta con la psicología social (teórica y práctica), es menor la proporción que se le da a la preparación de las áreas sociales que a la enseñanza de la conducta en animales. La formación profesional de los psicólogos de Iztacala está dirigida a los factores individuales, de rehabilitación, de investigación (conducta animal), de aplicación de similares técnicas a diferentes problemas y deja a un lado la importancia de los factores sociales, históricos, ideológicos y las necesidades reales del país.

Sin embargo, a pesar de lo señalado anteriormente, la psicología en Iztacala presenta varias ventajas. La primera de ellas, para mí la más importante, es que se fomenta la capacidad

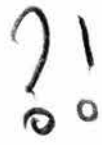


de crítica, análisis y elaboración de programas en todas las áreas que se consideran de la psicología de Iztacala, lo que es ocasionado por el tipo de enseñanza que se imparte, en donde el alumno no es un ser introvertido ni receptivo y el maestro es el único que sabe, sino que el estudiante juega un papel activo en el proceso de enseñanza-aprendizaje, en donde él puede participar, exponer, investigar, idear y criticar, mientras que la función del maestro es la de orientar, canalizar e informar las inquietudes del estudiante. Asimismo, el incluir el módulo aplicado en la formación del psicólogo de Iztacala, permite enfrentarse a la situación real de su ejercicio profesional, aunque en este aspecto considero que sería importante evaluar y cambiar las condiciones en que se presentan las prácticas profesionales.

Por lo que se refiere a la formación profesional del psicólogo de Iztacala y su ejercicio profesional en el sector salud, encontramos que el currículo de Iztacala se basa en algunos datos del Plan de Salud de 1974 con el objeto de ubicar la actividad profesional del psicólogo en el contexto de la realidad nacional. Con base a estos datos se desprenden dos áreas de prioridad social: la producción de bienes y satisfactores primarios y programas de salud pública a nivel preventivo e institucional (Ribes, 1980).

El currículo de psicología de Iztacala debe ajustarse a la formación del psicólogo capacitado no solo para la resolución de problemas concretos (en las áreas de prioritarias), sino también debe proveer que los egresados sean capaces de diseñar e implementar tecnologías nuevas para enfrentar la problemática social en forma creativa (*ibidem*).

El psicólogo, al dirigirse a las áreas de salud pública y de productividad, constituye un profesional de apoyo a otros profesionistas (médicos, ingenieros y otros). La participación del psicólogo se enmarca en la formación, aprovechamiento y planeación de recursos humanos, y la prevención y rehabilitación. La participación del psicólogo en las áreas de salud pública y de productividad se ubican en el área de instrucción, esto porque las funciones de desarrollo, prevención y rehabilitación son tareas educativas en el sentido amplio del término (*ibidem*).



En específico las funciones del psicólogo en la salud pública son: investigación, rehabilitación, detección y prevención. La rehabilitación es entendida como "...se centra en el trabajo institucional e individual, donde el psicólogo, mediante el uso de técnicas específicas, **reeduca**" para remediar las deficiencias propiciadas por un ambiente social desfavorable al desarrollo de la población. Este trabajo implica la programación de los ambientes institucionales y la realización de los procedimientos clínicos cuyo objetivo es compensar las deficiencias de individuos o grupos ..." (Ribes, 1980, pag. 61).

El aspecto preventivo es entendido como "...el psicólogo aporta una tecnología de la instrucción masiva, a nivel de la comunidad, misma que permite la evitación de problemas de la salud, a través de la participación activa y consciente de los distintos miembros de la comunidad (*ibidem*, pag. 61).

Esta es la perspectiva que tiene la psicología de Iztacala en lo referente al ejercicio profesional del psicólogo en el campo de la salud. Para poder realizar este análisis, se dividirá en dos aspectos: el ejercicio tradicional del psicólogo en el sector salud y las funciones del psicólogo en la atención primaria a la salud, ambas situaciones en relación al currículo de psicología de Iztacala. Antes de iniciar este análisis es necesario proporcionar algunos datos sobre el ejercicio profesional del psicólogo en el campo de la salud.

Contreras y cols (s/f) realizaron una investigación con el objeto de analizar las funciones profesionales que el psicólogo educativo desarrolla en su práctica cotidiana, con el fin de proporcionar elementos que retroalimente los planes y programas de estudio de las diferentes instituciones que forman psicólogos. Tomaron una muestra de 400 egresados de la carrera de psicología de Iztacala; de los datos más relevantes que nos indican las autoras tenemos que las áreas de trabajo donde este profesionista efectúa su labor son: instrucción con un 46 %, salud pública con un 23 %, producción 22 %, ventas de productos y servicios con un 7% y ecología y vivienda con un 5 %.

Las funciones que desempeñan los psicólogos, las autoras mencionan que la orientación escolar, familiar y vocacional es la

actividad que más realizan los egresados, seguida por las siguientes labores: capacitación, evaluación y diagnóstico, terapia clínica y de aprendizaje, docencia, planeación y administración, investigación, divulgación y difusión. Por lo que se refiere a los elementos que más contribuyeron a la formación profesional de los egresados se encuentran tres de las cuatro áreas del módulo aplicado: psicología clínica con un 22 %, desarrollo y educación y educación especial y rehabilitación ambas con un 20 %. Mientras que las áreas que menos contribuyeron a la formación profesional del psicólogo de Iztacala están psicología experimental, psicología social teórica y métodos cuantitativos.

Por su parte, Monroy y Vilorio (1987) realizaron el seguimiento de egresados de la carrera de psicología de la ENEP Iztacala de las generaciones 75-78 hasta la 83-86, encontrando que el ejercicio profesional del psicólogo se ha centrado, en mayor medida, en la iniciativa privada. Por lo que se refiere a las áreas de la carrera que proporcionan al egresado más apoyo para su desempeño laboral son: clínica con un 29 %, educativa 21 %, educación especial 20 %, social 20 % y experimental 2 %. Las habilidades que proporciona la carrera de psicología en Iztacala, nos indican que el 31.14 % obtuvo habilidades de evaluación, el 43.04 % de programación y el 24.38 % de investigación.

Terán y cols. (1988) elaboraron el seguimiento de egresados de psicología de Iztacala de las generaciones 80-83 y 81-84 y nos presentan datos interesantes del psicólogo en el campo de la salud. En la salud pública el psicólogo labora en el DIF realizando labores de diagnóstico y rehabilitación; el puesto que ocupan es el de coordinador o de psicólogo clínico. Asimismo, el psicólogo egresado de Iztacala trabaja en clínicas de especialidades, institutos pedagógicos para problemas de lenguaje y casa hogar; las funciones que desempeña son las de rehabilitación y atención a pacientes, teniendo un puesto como psicólogo clínico.

Por último, León (1982) realizó un trabajo de investigación para ver las actividades educativas del psicólogo en las instituciones de salud. Este trabajo a pesar de no ser específico de los psicólogos egresados de Iztacala nos muestra datos

significativos). Las funciones que realiza el psicólogo en el campo de la salud son: selección de personal mediante la aplicación de pruebas psicométricas y proyectivas, capacitación de personal implementando programas de información acerca de las funciones a desempeñar de todos los niveles del sector salud, enseñanza, diseño de programas de capacitación de personal, diagnóstico y tratamiento (esto último en el área médica).

Esta serie de datos nos ponen de relieve el panorama del psicólogo egresado de Iztacala en su ejercicio profesional en el sector salud. Como puede observarse, las funciones que desempeña el psicólogo de Iztacala son las de rehabilitación, atención del paciente y evaluación mediante la aplicación de pruebas psicométricas y proyectivas. Asimismo, tenemos que la ubicación del psicólogo de Iztacala en la rama de salud, según Contreras y cols. (s/f) es de el 23 % cantidad que muestra un buen nivel de participación del psicólogo en el área de la salud; sin embargo, Monroy y Viloria (1987), nos indican que la mayor inserción de este profesionista en la salud es mediante la iniciativa privada por lo que, como se mencionó anteriormente, las funciones se orientan más hacia los aspectos curativos e individuales.

Asimismo, Contreras y cols (s/f) indican que las áreas que han proporcionado mayor elementos a los egresados de psicología para su ejercicio profesional son tres módulos: clínica, educación especial y rehabilitación y educación y desarrollo. A partir de esto, podemos mencionar que excluyendo el área de educación y desarrollo, las otras dos áreas presentan un carácter primordialmente con énfasis a los aspectos curativos y no a los preventivos. Aún cuando el área de educación y desarrollo si nos proporciona herramientas metodológicas para el enfoque a la atención primaria de la salud, necesita el apoyo de las áreas teórico y práctica de la psicología social. Sin embargo, estas áreas han sido las que menos consistencia teórica y práctica han presentado, lo que ha propiciado que el psicólogo de Iztacala no cuente con el bagaje teórico y práctico necesario para la atención primaria a la salud.

Ahora bien, las funciones terminales que indica el plan de estudios de psicología en Iztacala para el campo de la salud

(formación, planeación y aprovechamiento de recursos humanos, prevención, detección, investigación y rehabilitación), no corresponden al ejercicio profesional del psicólogo, ya que en la teoría el psicólogo de Iztacala está capacitado para la investigación, formación de recursos para la salud y prevención; lo que no sucede en su ejercicio profesional ya que la labor del psicólogo en el sector salud se ha dirigido sólo a dos funciones que indica el plan de estudios que son la de rehabilitación y de detección.

Además, a pesar de que el modelo de psicología de Iztacala y el ejercicio profesional del psicólogo en el campo de la salud considere a la detección (evaluación), no implica que sea la misma forma de realizar dicha actividad; ya que en el campo de la salud el psicólogo aplica la evaluación mediante la aplicación de pruebas psicométricas y proyectivas, mientras que la formación de este profesionista en Iztacala no se considera esta forma para diagnosticar, más bien se utilizan otros instrumentos como la entrevista, cuestionario, observaciones y otras. Esta diferencia que existe entre ambas nos permite vislumbrar que el psicólogo de Iztacala no cuenta con los repertorios necesarios para su ejercicio en el campo de la salud; aunque cabe aclarar, que si bien las pruebas psicométricas pueden ser una herramienta muy útil para la evaluación de las características de la personalidad, no es la única técnica que se debe utilizar, porque hay otras que también nos proporcionan información confiable.

El modelo de Iztacala se basa en los datos del plan nacional de salud de 1974 con el objeto de poder ubicar la actividad del psicólogo en las necesidades reales del país. Asimismo, señala que el psicólogo en el campo de la salud es un auxiliar de otros profesionistas (en este caso el médico), colocando las funciones del psicólogo en el área de instrucción.

Al basarse el plan de estudios de psicología de Iztacala en las necesidades del sector salud, en teoría, el psicólogo debería estar capacitado para poder realizar su ejercicio profesional de una manera adecuada; sin embargo, en la práctica no sucede así, ya que el psicólogo de Iztacala se dedica a labores curativas, de evaluación e individuales, en contraposición de los requerimientos

que considera el modelo de Iztacala, como son las funciones de planeación, aprovechamiento y formación de recursos humanos para la salud que no se cumple durante el desarrollo del ejercicio profesional, e incluso este rubro no es cubierto por estos profesionales formados en el país, la aplicación de la prevención apenas está en una etapa inicial y la investigación básicamente se ha dirigido a el análisis de los factores que afectan a el alcoholismo y a la farmacodependencia, en vez de crear nuevos métodos y procedimientos que puedan ayudar al mejor entendimiento del proceso salud-enfermedad y al desarrollar las capacidades de la sociedad.

Asimismo, el considerar al psicólogo como un auxiliar de otros profesionistas (en este caso del médico), tal parece que nos continua remarcando que la función del psicólogo está supeditada a la visión del médico. En este sentido, pienso que no es una de las intenciones del modelo de Iztacala, pero sería conveniente señalar que el psicólogo puede y debe realizar un trabajo preventivo a nivel comunitario, en donde trabajará de manera interdisciplinaria y su punto de vista será tan válido como el de cualquier profesionista de la salud.

Por lo que se refiere el hecho de incluir las funciones de prevención, detección y rehabilitación en el área de instrucción, no estoy tan de acuerdo el considerar a estas labores en un sentido educativo únicamente; para mí el aspecto es más bien social, ya que las funciones señaladas anteriormente, tienen que caer necesariamente en aspectos políticos, económicos, sociales, culturales y otros. Además, el indicar que la prevención se dirige a la evitación de problemas de salud, la limita considerablemente, ya que no se toma en cuenta que más que evitar se debe fomentar las habilidades sociales y que la labor del psicólogo se debe orientar a que la propia comunidad sea autogestiva, en donde sea capaz de conocer su realidad (en salud) y que puedan comprender y transformar las condiciones que impiden el buen desarrollo de la salud comunitaria e individual.

Para finalizar el presente capítulo nos resta analizar las funciones del psicólogo en la atención primaria a la salud en relación al modelo de Iztacala. En este sentido, tenemos que a

pesar de que en la teoría ambas propuestas son muy parecidas en la realidad no sucede así, veamos porque.

El psicólogo de Iztacala durante el cuarto año lleva a cabo una práctica comunitaria, a partir del quinto semestre hasta el último toma los módulos de psicología social. De esta forma tenemos que el psicólogo egresado de esta institución debería tener los requisitos indispensables para la atención primaria a la salud que son: prevención, promoción, saneamiento y educación para la salud a nivel comunitario.

Sin embargo, la función del psicólogo de Iztacala no ha cubierto las necesidades de la atención primaria por las siguientes razones:

a) El ejercicio profesional del psicólogo de Iztacala en el campo de la salud se ha orientado a los aspectos curativos, de diagnóstico e individuales.

b) El psicólogo de Iztacala en su ejercicio profesional en la salud ha desempeñado las labores de psicólogo clínico y se ha ubicado, en mayor medida, en la iniciativa privada.

c) El hecho de que se contemple dentro del currículo de psicología de Iztacala a la psicología social, no implica que el psicólogo tenga la capacidad de enfrentar las necesidades de la atención primaria; esto es debido a que el énfasis de esta área va dirigido a la aplicación de las mismas técnicas en diferentes problemas (tecnicismo), a labores no específicas para la atención primaria y por la falta de identidad propia y unificación de criterios en la misma, por lo que no se realizan labores de prevención.

d) El concepto de prevención es entendido de dos maneras diferentes. Por un lado, el modelo de Iztacala considera a la prevención como una instrucción masiva (a nivel comunitario) que permita la evitación de problemas de salud mediante la participación activa de los miembros de la comunidad. Por otro lado, en el sector salud la prevención es entendida como el despliegue óptimo de las capacidades comunitarias, con el objeto de desarrollar mejor la salud comunitaria y la evitación de problemas de salud mediante la detección de focos de riesgo que propicien la presencia de problemas de salud, así como su intervención en

dichos focos de riesgos. Asimismo, la participación activa y comprometida de la comunidad, con el objeto de que ellos mismos sean capaces de diagnosticar, prevenir y elaborar programas de intervención con objeto de mejorar la salud comunitaria e individual, aunque también se puede encontrar el apoyo de profesionistas o técnicos de la salud.

e) El que en el seno de la psicología existan una gran variedad de orientaciones teóricas, ha impedido la unificación del perfil ocupacional del psicólogo en el campo de la salud, lo que también ha afectado a la participación del psicólogo de Iztacala en el primer nivel de atención a la salud.

f) En el sector salud no se ha especificado, de manera nacional, el perfil del psicólogo (como de otros profesionistas) necesario para cubrir las necesidades de atención primaria; y cuando se ha hecho, se considera exclusivamente al psicólogo clínico, el que presenta un carácter curativo que de prevención y omite la importancia de otras áreas de la psicología (de la salud, comunitaria y otras).

g) Porque el ejercicio profesional del psicólogo en el sector salud ha estado condicionado a el punto de vista parcial y fragmentado del médico, el que no ha permitido el trabajo interdisciplinario y dirigir la labor de todo el personal de la salud a los aspectos curativos e individuales.

h) Porque el desarrollo de la investigación de la psicología social en el campo de la salud ha estado fragmentado por la hegemonía del médico y porque los propios psicólogos han buscado, de manera parcial, el desarrollo de líneas de investigación más adecuadas para su mejor ubicación en el campo de la salud.

En suma, considero importante realizar una evaluación constante y profunda del modelo de psicología en Iztacala, ya que si en un inicio éste modelo presentó varias ventajas que los otros planes de estudio de la carrera de psicología, en la actualidad, se han quedado obsoletos algunos conceptos y otros no se ubican a las condiciones adecuadas del ejercicio profesional del psicólogo, así como no responden correctamente a las necesidades reales de nuestro país. Por eso nos permitimos preguntarnos hacia dónde se dirige la psicología de Iztacala ?.

BIBLIOGRAFIA

- 1) AMOROS, V. "Acerca del Psicólogo Clínico". Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 12 (2), 1980, pp. 363-369.
- 2) BRAUNSTEIN, N.A. Psicología , Ideología y Ciencia. Siglo XXI Editores S.A., 4a ed., México, 1978, pags. 385-403.
- 3) CALDERON, G. El Trabajo del Psicólogo en Comunidad y en Salud Pública. UNAM-ENPE Iztacala, 1989, pp. 102.
- 4) CARDENAS, C." Relaciones Intercarrera". En VI Jornadas de Enseñanza-Aprendizaje en el Area de la Salud. UNAM-ENEP Iztacala, 1982, pp. 179-183.
- 5) CENEIP. "Definición del Quehacer Profesional del Psicólogo". Jornadas I y II de San Luis Potosí, 1984. En Historia de la Ciencia y la Psicología Módulos I, II, III y IV Seminario Primer Semestre, UNAM-ENEP ZARAGOZA, 1988, pp. 307-313.
- 6) CONTRERAS, G., COVARRUBIAS, P. y DESATNIK, O. "La Función del Psicólogo Educativo". ENEP Iztacala-UNAM, s/f, pp. 1-7.
- 7) COPLAMAR. Necesidades Esenciales en México Situación Actual y Perspectivas en el Año 2000. Siglo XXI Editores S.A., 3a ed., México, 1985, pp. 452.
- 8) COSTA, M. y LOPEZ, E. Salud Comunitaria. Ed. Martínez Roca, Barcelona, España, 1986.
- 9) DIARIO OFICIAL DE MEXICO. 21-Agosto-1987. "Secretaria de Salud". pp. 29-31.
- 10) FLOREAL, F. y ACEBAL, E. Medicina de la Comunidad, Medicina Preventiva y Medicina Social. Ed. Interamericana, Buenos Aires, Argentina, 1980, pags. 1-44.
- 11) FUENTES, R. DE LA y TORRES, J. "La Investigación en el Campo de la Psiquiatría en México". Revista de Salud Mental, Vol. 6 (3), 1983, pp. 3-15.
- 12) GARCIA, L. "La Contribución de la Psicología Social a la Investigación en Salud". En Ciencias Sociales y Salud en América Latina: Tendencias y Perspectivas. Comp. Everardo Duarte Nunes, OPS-CIESU, Montevideo, Uruguay, 1986, pp. 197-230.
- 13) GOMEZJARA, F.; AVILA, R. y MORALES, M. Salud Comunitaria: Teoría y Práctica. Ed. Nueva Sociología, México, 1983, pp.

- 14) HOLTZMAN, H.; EVANS, R.; KENNEDY, S. e ISCOE, I. "Contribuciones de la Psicología al Mejoramiento de la Salud y de la Atención de la Salud". Boletín de la Oficina Panamericana, Vol. 105 (3), 1988, pp. 245-282.
- 15) IRIGOYEN, J. y PARADA, G. "Consideraciones Sobre una Estrategia Preventiva en Psicología Clínica". Revista de Psicología y Salud. Universidad Veracruzana, No 1, 1988, pp. 42-77.
- 16) KNAPP, E. "Algunas Cuestiones de la Psicología Clínica". Revista Cubana de Psicología, Vol. I (1), 1983, pp. 145-150.
- 17) LEON, A. "La Esfera Educativa en las Instituciones de Salud". En Jornadas de Enseñanza-Aprendizaje en el Area de la Salud. UNAM-ENEP Iztacala, 1982, s/p.
- 18) LOPEZ, A. La Salud Desigual en México Salud y Sociedad. Siglo XXI Editores, 6a. ed., México, 1986, pp. 142-167.
- 19) MILLAN, P. "La Psicología Mexicana una Profesión en Crisis". En Revista de Educación Superior, No. 43, 1982, ANUIES, México, pp. 51-91.
- 20) MITJANS, A. y FEBLES, M. "La Función del Psicólogo Social en Cuba". Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, Vol. 24 (1), 1983, pp. 5-19.
- 21) MONROY, R. y VILORIA, E. Seguimiento de Egresados de la Carrera de Psicología. UNAM-ENEP Iztacala, 1987, pp. 73.
- 22) MOURET, E. y RIBES, E. "Panorámica de la Enseñanza de la Psicología en México". Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol III ,No. 2 (6), 1977, pp. 8-20.
- 23) NAVARRO, A. "Es Preciso Verificar la Labor del Psicólogo en el Area de la Salud ". Gaceta UNAM , UNAM, No. 2414, 1989, Sep (28-29), pag. 21.
- 24) ORTIZ, F. La Atención Médica en México. UNAM, s/f, pp. 320.
- 25) ORTIZ, G. "El Psicólogo en la Atención Primaria de la Salud Mental". Revista de Psicología y Salud. Universidad Veracruzana, No. 1, 1988, pp. 36-38.
- 26) PALMA, J. El Método de Investigación-Acción como Propuesta Pedagógica Alternativa en la Formación de Profesores Investigadores en Educación Superior. El Caso de la UNAM.

UNAM-ENEP Iztacala, 1988, pp. 162.

- 27) PICK, S. "La Investigación en Psicología Social en México". *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 18 (3), 1988, pp. 351-366.
- 28) RAMIRO, J. "Principios de la Determinación Psicológica para la Salud Materno-Infantil". En La Atención Primaria de la Salud Desde la Perspectiva Universitaria México a Diez Años de Alma Ata. Unión de Universidades de América Latina, México, 1989, pp. 332-335.
- 29) RIBES, E. Enseñaza Ejercicio e Investigación en Psicología Un Modelo Integral. Editorial Trillas, México, 1980, pp. 324.
- 30) RIVERA, R. y URBINA, J. "Estadísticas Básicas sobre la Formación de Psicólogos en México". En El Psicólogo: Formación, Ejercicio Profesional y Protectiva. Comp. Javier Urbina Soria. UNAM, México, 1989, pp. 31-57.
- 31) RODRIGUEZ, G. "La Participación del Psicólogo en el Sector Salud". *Revista Mexicana de Psicología*, Vol. 1 (1), 1984, pp. 22-26.
- 32) RODRIGUEZ, G. "Formación de Recursos Humanos para la Atención Primaria de Salud". En La Atención Primaria de la Salud Desde la Perspectiva Universitaria México a Diez Años de Alma Ata. Unión de Universidades de América Latina, México, 1989, pp. 225-232.
- 33) SANCHEZ, S. "Panorámica y Proyecciones de la Atención Primaria de Salud". En La Atención Primaria de la Salud Desde la Perspectiva Universitaria México a Diez Años de Alma Ata. Unión de Universidades de América Latina, México, 1989, pp. 17-27.
- 34) SAN MARTIN, H. La Crisis Mundial de la Salud Problemas Actuales de Planificación, Organización y Gestión de los Servicios de Salud. Ed. Ciencias 3, Madrid, España, 2a ed., 1985, pp. 784.
- 35) SAN MARTIN, H. y PASTOR, V. Salud Comunitaria Teoría y Práctica. Ediciones Diaz de Santos S.A., Madrid, España, 1984, pp. 355.
- 36) SILVERMAN, R. Psychology Brief Edition. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliff, New Jersey, USA, 2a edición, 1980, pags.

429-435.

- 37) SOBERON, G. "El Proceso de Integración de los Servicios de Salud". Salud Pública de México, Vol 35 (1), 1983, pp. 11-20.
- 38) SOBERON, G. Hacia un Sistema Nacional de Salud. UNAM, México, 1984, pp. 444.
- 39) SUAREZ, D. "El Psicólogo en la Comunidad Terapéutica". Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, Vol. 19 (1), 1978, pp. 95-101.
- 40) TERRIS, M. La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. Comp. Ignacio Almada Bay y Daniel López Acuña. Siglo XXI Editores, México, 3a ed., 1987, pp. 255.
- 41) TERAN, M.; ROSAS, S. y MENDOZA, B. Seguimiento de Egresados de la Generación 1980-1983 y 1981-1984, de la Carrera de Psicología en la ENEP Iztacala. UNAM-ENEP Iztacala, 1988, pp. 110.
- 42) TIRADO, F. "Relación Intercarrera". En VI Jornadas de Enseñanza-Aprendizaje en el Area de la Salud. UNAM-ENEP Iztacala, 1982, pp. 266-269.
- 43) TORRES, I. y BELTRAN, F. "Aproximación Metodológica del Psicólogo en la Atención Primaria en Salud". Revista Sonorense de Psicología, Universidad de Sonora, Vol 2 (1), 1988, pp. 52-56.
- 44) VALDERRAMA, P.; RIVERO, F. Y DOMINGUEZ, B. "Una Propuesta de Entrenamiento en Terapia Cognitivo-Conductual y su Uso para la Solución de Problemas de Relevancia Social". Salud Mental, Vol. 6 (4), 1983, pp. 20-23.
- 45) VELAZQUEZ, J. "Qué es la Psicología y qué puede Hacer para Nosotros?". Escuela la Revista del Maestro, No. 28, 1989, pp. 34-37.
- 46) VINIEGRA, L. "Hacia un Concepto de Salud Colectiva". Salud Pública de México, Vol. 27 (5), 1985, pp. 410-418.
- 47) ZIMMERMAN, R.; MORALES, C.; BUENDIA, A y SAAD, E. "Los Servicios de Salud Mental en el Valle de México". Salud Mental, Vol 4 (2), 1981, pp. 4-7.