

31961  
2  
24

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA.**

**EL PSICÓLOGO EN LA ATENCIÓN A LA SALUD.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRO EN MODIFICACIÓN DE CONDUCTA**

**P R E S E N T A.**

**JORGE LUIS SALINAS RODRÍGUEZ.**

Los Reyes, Iztacala.

1995.



## **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 está 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.

## **AGRADECIMIENTOS.**

A mi madre Esperanza, cuyo apoyo y amor incondicional me han dado la fuerza para seguir adelante.

A mis hermanos: Arturo y Mario por su reconocimiento al esfuerzo del presente trabajo y principalmente a Juan por su comprensión, apoyo y aprecio.

A ti, Mónica Alcazar F., porque tu compañía, amor y apoyo fueron los estímulos que generaron la inquietud por cumplir con un deber por largo tiempo pospuesto, y finalmente aquí presente; a ti, toda mi admiración y gratitud por siempre.

A mi asesor y amigo Mtro. Victor M. Serrano por su ayuda y atinada dirección a la presente tesis, sin la cual no hubiera sido posible lograrla.

Al Mtro. Isaac Seligson por sus enseñanzas y apoyo como profesor de mis estudios de posgrado y sus aportaciones al presente trabajo.

A mi amigo el Dr. Hector E. González por su apoyo, estímulo y aportaciones para la culminación de esta tesis.

A los Maestros Arturo Silva y Leonardo Erazo por sus comentarios que me permitieron enriquecer este trabajo y hacer una reflexión más profunda del mismo.

A todos mis amigos, pero especialmente a Paty Landa, Carlos Serrano, Rocio, Karime, Carlos Manuel, Esperanza, Beto y Socorro, por su apoyo e interés en mi desarrollo, así como del presente trabajo.

# ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN. ....	i
<b>CAPITULO 1.</b>	
<b>LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y LAS CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA AL CAMPO DE LA SALUD. ....</b>	<b>1.</b>
1. CONDICIONES DE PRODUCCIÓN, PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD. ....	1.
1.1. LAS CONDICIONES DE SALUD EN MÉXICO: ALGUNOS INDICADORES Y TENDENCIAS EN EL PATRÓN EPIDEMIOLÓGICO Y LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD. ....	14.
2. LA INSCRIPCIÓN PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO EN EL CAMPO DE LA SALUD Y LAS CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA EN LA ATENCIÓN A LA SALUD. ....	20.
2.1. EL PSICÓLOGO EN LA EDUCACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD. ....	23.
2.2. LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL PSICÓLOGO EN AMBIENTES DE ATENCIÓN A LA SALUD. ....	31.
2.3. LA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA EN EL CAMPO DE LA SALUD BIOLÓGICA: LAS CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA AL CAMPO DE LA SALUD. ....	38.
2.3.1. LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA EN EL SISTEMA DE SALUD. ....	47.
2.3.2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD. ....	51.
2.3.3. MEDICINA CONDUCTUAL. ....	56.
2.3.4. PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA SALUD. ....	65.
2.3.5. PSICOLOGÍA DE LA SALUD: UNA APROXIMACIÓN DE LA TEORÍA DE CAMPO. ....	67.
3. ALGUNAS ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL PERIODO EPIDEMIOLÓGICO ACTUAL. ....	72.

<b>CAPITULO 2.</b> .....	79.
<b>EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO EN EL CAMPO DE LA SALUD: ESTADO ACTUAL, DETERMINANTES CONTEXTUALES Y DE LA RELACIÓN ENTRE DISCIPLINA Y PROFESIÓN.</b> .....	79.
1. CARACTERÍSTICAS DEL PAPEL ACTUAL DEL PSICÓLOGO EN EL CAMPO DE LA SALUD Y SUS DETERMINANTES CONTEXTUALES. ....	81.
2. LA NATURALEZA DE LA RELACIÓN ENTRE CIENCIA Y PROFESIÓN EN PSICOLOGÍA Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO ACTUAL DEL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL CAMPO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD. ....	95.
<b>CAPÍTULO 3.</b> .....	107.
<b>LA FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO PARA EL CAMPO DE LA SALUD.</b> .....	107.
1. TENDENCIAS EN LA FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS EN EL CAMPO DE LA SALUD. ....	109.
2. CONSIDERACIONES EN TORNO A LA FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS PARA EL CAMPO DE LA SALUD. ....	120.
2.1. LA NATURALEZA DE LAS APLICACIONES DE LA PSICOLOGÍA AL CAMPO DE LA SALUD. ....	121.
3. LA GENERACIÓN DE PSICÓLOGOS PARA EL CAMPO DE LA SALUD: UN MODELO PARA SU FORMACIÓN. ....	122.
4. UNA ESTRATEGIA GENERAL PARA LA FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS EN EL CAMPO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD A NIVEL PREGRADO. ....	126.
<b>CAPÍTULO 4.</b> .....	130.
<b>LA PROSPECTIVA DEL PSICÓLOGO EN EL CAMPO DE LA SALUD: UN ESTUDIO EXPLORATORIO DE SU INSERCIÓN PROFESIONAL.</b> .....	130.
OBJETIVO. ....	135.
MÉTODO. ....	136.
SUJETOS. ....	136.
MATERIAL. ....	138.
DISEÑO. ....	138.

<b>PROCEDIMIENTO. ....</b>	<b>139.</b>
<b>RESULTADOS. ....</b>	<b>142.</b>
<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS. ....</b>	<b>149.</b>
<b>LA FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS PARA EL CAMPO DE LA SALUD EN NUEVE CURRÍCULUMS DE PSICOLOGÍA. ....</b>	<b>155.</b>
<b>CONCLUSIONES GENERALES. ....</b>	<b>169.</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA. ....</b>	<b>177.</b>
<b>ANEXOS</b>	

## INTRODUCCIÓN.

Desde el primer taller en Jurica, en 1978, el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) consideró que la definición del perfil profesional del psicólogo no era algo que pudiera hacerse con base en los requerimientos puros de la disciplina, ya que esto conllevaría el riesgo de generar profesionistas cuya relevancia en el contexto de los problemas sociales y económicos fuera nula. Se requiere, por lo tanto, el análisis del perfil profesional del psicólogo en función de las necesidades más apremiantes del país; considerando, también, las condicionantes que emanan de la dinámica propia de los contextos laborales.

A la fecha, algunos estudios sobre el tema han llevado a cabo encuestas para determinar el perfil del psicólogo en relación a varios ámbitos de acción profesional específicos como el clínico, el laboral (por ejemplo, Grados, 1989) y la psicología social. De igual manera, se han hecho investigaciones para determinar los requerimientos profesionales que el psicólogo debe satisfacer en general (Acle, 1989) y la relación que existe entre su formación y el mercado de trabajo, también en general, (Martínez y Urbina, 1989; Girón, Urbina y Jurado, 1989).

También, la psicología como disciplina científica ha desarrollado un cuerpo de conocimientos y metodologías en torno a su objeto, definido conforme a diversas aproximaciones, que han permitido obtener un mejor acercamiento a la definición del quehacer profesional del psicólogo y no sólo con base en las demandas sociales.

De esta manera, es importante contemplar la formación de profesionales de la psicología conforme a las demandas del mercado laboral, pero es necesario subrayar que ésta debe ser dentro de las posibilidades, actuales y potenciales, que impone la naturaleza disciplinaria de la psicología. Así, es intrascendente la formación de psicólogos sólo con base en la naturaleza de la disciplina, como ya nos lo planteaba el CNEIP, pero también sólo con base en los requerimientos del mercado de trabajo, puesto que solamente se estaría formando a técnicos de escasa relevancia social.

La formación de profesionales para el mercado laboral ha sido un asunto de constante preocupación de instituciones educativas que se relaciona al surgimiento de nuevas demandas emanadas de campos de actividad profesional ya constituidos o también novedosos; los cuales, también, orientan e impulsan el desarrollo de la disciplina como ciencia. De esta manera, existe una constante definición y redefinición de los roles profesionales del psicólogo que, generalmente, ha obedecido a demandas sociales.

Tal es el caso del campo de la salud general, cuya característica epidemiológica se manifiesta en el incremento de enfermedades crónico-degenerativas (cáncer, diabetes, hipertensión, etcétera), accidentes y la existencia aún de enfermedades transmisibles, en las cuales juegan un papel importante los patrones de comportamiento, estilos de vida y condiciones materiales de existencia de la

población; ante tales condiciones, el modelo biomédico ha resultado insuficiente para satisfacer las necesidades reales de salud de la población. Debido a la necesidad de orientar los esfuerzos a la modificación de comportamientos y estilos de vida nocivos para la salud, la procuración de mejores condiciones de vida material y sanitaria, así como la extensión de la cobertura de servicios curativos a toda la población, se considera que debe haber cambios institucionales que den una respuesta más efectiva a lograr tales objetivos; considerándose que existe una transición también institucional.

Así, las condiciones epidemiológicas y la modificación institucional de los servicios de salud abren la posibilidad de la participación del psicólogo de manera más relevante que como un "auxiliar del médico" (Rodríguez, 1984), o de las acciones de atención a la salud en el campo, considerando que es un profesional orientado a la modificación de comportamientos y estilos de vida; además de que ha desarrollado estrategias y acciones que complementan al modelo biomédico y los servicios que se basan en él. Otro factor más que impulsa y permite a una redefinición del papel del psicólogo en el campo de la salud general son los desarrollos conceptuales y tecnológicos de la psicología como disciplina en el campo de la salud; los cuales han demostrado ser contribuciones relevantes para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, así como en la atención a la misma.

De esta manera, el objetivo del presente trabajo es explorar las posibilidades de inscripción profesional del psicólogo llevando a cabo actividades orientadas a satisfacer las necesidades reales de salud de la población y del sistema de salud, considerando las condicionantes profesionales del contexto, las características del periodo epidemiológico y las contribuciones de la psicología en el campo de la salud.

Así, se analiza las condicionantes socioeconómicas y culturales del proceso salud-enfermedad de la población y de la respuesta organizada de la sociedad ante tal proceso (la atención basada sobre el modelo médico). Se plantean las características del periodo epidemiológico por las que atraviesa el país y la orientación de los cambios institucionales que son necesarios en el sistema de salud para responder a dicha transición. Se encuentra que las condiciones de transición epidemiológica e institucional del país son propicias para la colaboración del psicólogo de manera más relevante en actividades que el modelo médico no atiende de manera suficiente: la prevención del riesgo o enfermedad y la promoción de la salud. Una revisión de la bibliografía manifiesta que las contribuciones de la psicología en el campo de la salud, principalmente, se han enfocado a los aspectos anteriores, pero también a mejorar el proceso de atención a la salud (por ejemplo, la adherencia terapéutica, el rol de enfermo, la educación de los pacientes, etcétera) y la organización de los servicios.

Considerando las características del periodo de transición epidemiológica e institucional, así como sus condicionantes estructurales, y conforme a las contribuciones de la psicología en el campo de la salud, se plantean varias estrategias y actividades con un enfoque de prevención del riesgo, la promoción de la salud y la organización de los servicios; las cuales, se considera, darán satisfacción a las necesidades reales de salud de la población. En tales estrategias y actividades, con el enfoque de prevención del riesgo, se enfatiza el trabajo interdisciplinario y

desprofesionalizado del psicólogo, por lo tanto siendo su participación de mayor relevancia al campo de la salud.

No obstante las contribuciones relevantes de la psicología para resolver mucho de la actual situación epidemiológica del país, el psicólogo como profesional ha tenido un papel irrelevante y subordinado a las necesidades de otros profesionales; tal condición no ha sido benéfica para la profesión psicológica y la salud de la población del país. De tal manera que, para encontrar opciones a dicha condición y el psicólogo pueda participar conforme a las propuestas planteadas en un enfoque de riesgo, analizamos las determinantes derivadas de la naturaleza del campo de la salud, las demandas de la profesión hegemónica, y, por otro lado, aquellas que son de la naturaleza de la relación entre ciencia y profesión de la misma psicología. Dicha relación, en gran medida, ha jugado un papel importante en las formas de ejercicio cerrado de la profesión, sujeta a las determinaciones de otras profesiones y las confusiones acerca de los fenómenos que legalmente corresponden al campo de acción del psicólogo. Por lo tanto, y en suma, se plantea el papel que actualmente juega el psicólogo en el campo de la salud general y se analiza las condicionantes que se derivan de su inscripción histórica en el campo, las del contexto y aquellas que surgen de la naturaleza de la relación entre ciencia y profesión para plantear algunas alternativas generales que permitan definir de manera más autónoma y relevante su actividad profesional.

Por otro lado, con base en las estrategias propuestas para satisfacer las necesidades reales de salud de la población, enfatizando un enfoque de prevención del riesgo y promoción de la salud, se diseñó un modelo para la formación de psicólogos para el campo de la salud, principalmente en el nivel de pregrado (licenciatura). Para el planteamiento de dicho modelo se consideró la tendencia en la formación de psicólogos de la salud y la naturaleza de la disciplina; dado el énfasis en la formación de psicólogos en el nivel pregrado, se plantea una estrategia general para ofrecer experiencias formativas sistemáticas en el campo y una forma de vinculación entre instituciones formadoras y de salud.

Considerando que la inscripción profesional del psicólogo en el campo de la salud, llevando a cabo actividades de las estrategias planteadas, depende en gran medida de la receptividad de los profesionales que lo gobiernan (el equipo de salud y personal normativo en la Secretaría de Salud) se llevó a cabo un estudio exploratorio de la misma. En dicho estudio exploratorio se sondeo el grado en que es aceptada la participación del psicólogo en actividades preventivas, de promoción de la salud y de organización de los servicios de salud en diversos ámbitos y se analiza las tendencias de respuesta conforme a variables como: la profesión, la ocupación, la experiencia, el lugar de adscripción y otros. La determinación de las áreas prioritarias de inscripción profesional del psicólogo en el campo de la salud, conforme a los profesionales del mismo, permitirá establecer prospectivamente aquellas actividades que provocarán menor conflicto, mayor aceptación -constituyéndose en frentes de entrada-, asimismo actividades prioritarias en las que es necesario incidir tempranamente y algunas percepciones o estereotipos que pueden limitar profesionalmente al psicólogo o la instrumentación de cualquier vinculación formal entre Universidad y el Sector Salud

Para finalizar, considerando que las contribuciones de la psicología al campo de la salud son demasiado alentadoras para suponer que se tiene en el país la capacidad para instrumentar estrategias de prevención del riesgo y promoción de la salud, así como de reorganización de los servicios, se analizan ocho planes de estudio de Universidades del país y que, en conjunto, forman a cerca del 70 por ciento de profesionales de la psicología para determinar si se está formando a psicólogos con posibilidades reales de llevar a cabo tales propuestas. Dicho análisis se hizo comparando los contenidos curriculares con los expuestos en el modelo que propusimos para la formación de psicólogos y considerando la información obtenida en las visitas respectivas a cada Universidad o Escuela.

Se concluye en relación a los ámbitos de mayor posibilidad de inserción del psicólogo en el campo de la atención a la salud de acuerdo a centros de salud, hospitales y oficinas normativas, profesionales y otras variables que influyen en el grado de aceptación o rechazo de la actividad o contribución del psicólogo. Sin embargo, también, se propone una alternativa "interdisciplinaria" de inserción del psicólogo en la atención a la salud que intenta romper con las limitaciones que impone la lógica de la actual oferta de servicios de salud y considerando la contribución de la psicología y otras ciencias sociales. Asimismo, se concluye en relación a la formación actual de psicólogos para el campo de la salud en el nivel pregrado inscribiendo su práctica profesional conforme a las estrategias propuestas que enfatizan la prevención del riesgo y la actividad interdisciplinaria.

## CAPITULO I.

### LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y LAS CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA AL CAMPO DE LA SALUD.

#### 1. CONDICIONES DE PRODUCCIÓN, PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD.

La crisis actual que enfrentan los países latinoamericanos ha acentuado las contradicciones sociales imperantes en nuestras sociedades subdesarrolladas. Las dificultades que enfrentan nuestros países para resolver los problemas socioeconómicos de la mayoría de la población muestra el fracaso de políticas estatales inscritas en un modelo de desarrollo dependiente; caracterizado por formaciones socioeconómicas sujetas a las necesidades y dinámica de otros países y el anclaje a una relación de intercambio internacional que subordina aún más las posibilidades de su desarrollo a las de países hegemónicos.

De esta manera, debemos considerar que el análisis de la crisis económica de nuestros países latinoamericanos debe ubicarse dentro de la dinámica del capitalismo internacional. El endeudamiento de los países de América Latina se ha convertido en una carga pesada en el ámbito económico y se manifiesta en diversos fenómenos de la vida social, política, cultural y de salud. Además, encontramos una gran concentración de la riqueza en un reducido porcentaje de la población mientras que la mayoría enfrenta serios problemas como el desempleo y subempleo, altas tasas de inflación, baja capacidad adquisitiva de las clases trabajadoras, etcétera. Todo esto se traduce en un hecho concreto: la mayoría de la población de nuestros países enfrenta condiciones de trabajo y de vida cada vez más deterioradas. Además, se encuentran problemas como la escasez e insalubridad de la vivienda, alimentación deficiente, e insuficiente acceso a los niveles medio y superior de la educación. Los accidentes laborales siguen aumentando en términos relativos y absolutos; las enfermedades de la pobreza continúan entre la población de escasos recursos, algunas, que ya se habían controlado, han vuelto a aparecer a la vez que se han incrementado las llamadas "enfermedades del desarrollo" (Rojas, 1990).

Sin duda, los fenómenos socioeconómicos están relacionados de manera importante con los problemas de salud de la población del mundo, sobre todo con las clases trabajadoras.

Es conocida de sobra la manera en como nuestro sistema productivo es una realidad no tan satisfactoria para muchos y que se manifiesta objetivamente en las condiciones de vida y de trabajo de las clases populares, que cada vez se encuentran más deterioradas en Latinoamérica. Esta situación incide directamente en la salud de las clases bajas, generándose una patología de la pobreza y daños a la salud ocasionados por las condiciones inadecuadas en las que se realiza el proceso productivo.

En el caso de México, el modelo de desarrollo económico adoptado, e íntimamente ligado con el proceso de salud-enfermedad de la población, tiene características distintivas que conviene señalar para determinar su influencia en la salud y la organización para su atención. Principalmente, estamos ante un modelo que enfatiza los procesos de industrialización, a través del cual nuestro país se integra al sistema capitalista mundial. Sin embargo, por determinadas características históricas que devienen de la época de la Colonia, cuando México se incorpora de manera dependiente al capitalismo internacional, nuestro país adquiere una configuración socioeconómica especial, como sucede con el resto de los países latinoamericanos: ser una economía dependiente de un bloque económico más amplio, poderoso y desarrollado. Esta situación de dependencia económica y tecnológica con respecto al capitalismo internacional influye en la estructura y organización social, afectando la vida económica, política, social y cultural, así como la salud y bienestar general de la población del país. No solamente se obedece a las necesidades de reproducción de países desarrollados de la economía internacional, sino que implica la adopción de modelos de desarrollo que están divorciados de las necesidades sociales de la población, limitando el autodesarrollo y la solución creativa de los problemas del país.

Otra de las características importantes del modelo de desarrollo de México, como sucede con todos los países Latinoamericanos, es la intervención de los países desarrollados en la economía y organización social, lo cual lleva a la concentración de los procesos de industrialización en aquellas zonas que disponen de los medios necesarios para satisfacer los requerimientos de la acumulación de capital. Por ejemplo, materias primas, medios de transporte, vías de comunicación, fuerza de trabajo abundante y barata, etcétera. Esto ha conducido a generar y mantener un desequilibrio interno que se expresa en la concentración de las actividades económicas, políticas, culturales y de los servicios médicos en aquellas zonas donde más se desarrolla el capital; lo cual, entonces, ha contribuido a la migración del campo a la ciudad de gran cantidad de fuerza de trabajo, al crecimiento incontrolable de la ciudad -dando surgimiento a zonas llamadas "cinturones de miseria" con deficiencia de servicios básicos que se vuelven foco de enfermedades y contagio. Las ciudades se convierten, en forma cada vez más rápida, en lugares perjudiciales para la salud de la población debido a los procesos de industrialización, urbanización y emigración campo-ciudad desordenadas o de difícil control. Tal situación origina también, por un lado, una creciente contaminación y, por otro, un desempleo o subempleo cada vez mayor por la incapacidad de las estructuras urbanas de absorber toda la fuerza de trabajo proveniente del campo y del crecimiento natural de las ciudades.

La crisis económica, así, ha conducido a que otros sectores de la población, concretamente las llamadas clases medias, enfrenten condiciones de trabajo y de vida cada vez más difíciles, situación que origina el incremento de problemas de salud. El desempleo o inseguridad en el trabajo, el subempleo, la explotación infantil, la inflación, la alimentación insuficiente e inadecuada, la vivienda insalubre y sin los servicios necesarios, la contaminación ambiental, las condiciones de trabajo enajenantes, el transporte inseguro, etcétera, generan un campo propicio para que surjan mayor número de enfermedades infecciosas y parasitarias, más accidentes y suicidios, alcoholismo, desnutrición; problemas dermatológicos, oftalmológicos y auditivos (por la contaminación ambiental), estrés, agresividad, hipertensión, y otros, todo lo cual conforma la patología urbana.

En relación a los trabajadores del campo y ejidatarios, las condiciones de trabajo y de vida son cada vez más difíciles debido a que ellos resienten, al igual que el proletariado urbano, los efectos de la crisis que vive el país. Por ejemplo, los asalariados del campo (los cuales se incrementarán como producto de las modificaciones recientes al 27 Constitucional) están sujetos a grandes cargas de trabajo, con baja remuneración, condiciones de vida insalubres y sin tener acceso al sistema de seguridad social.

La desnutrición, la fatiga, las enfermedades infecciosas y parasitarias y las condiciones inadecuadas de vida y de trabajo dificultan la reproducción de la fuerza de trabajo, originando un envejecimiento prematuro. El uso no controlado de pesticidas genera diversos problemas de salud poco estudiados, los cuales aunados a la presencia de accidentes, y a la existencia de fauna agresiva, afectan a la salud del trabajador del campo.

Millones de personas carecen de servicios médicos institucionales y de otros servicios básicos para mejorar su nivel de vida, que, junto con deficiencias económicas, son factores que expulsan a los campesinos hacia la ciudad y hacia otros países, principalmente Estados Unidos (Rojas, 1990).

Así, se puede decir que la forma como los grupos sociales producen y se reproducen (condiciones de vida, trabajo, consumo, etcétera), determina cómo y de qué se enferman, con qué gravedad y frecuencia, su expectativa de vida, el acceso oportuno y adecuado a los servicios médicos, y de qué mueren. Desgraciadamente, las características del desarrollo urbano, enmarcado dentro de una formación socioeconómica precaria y desigual, limitan a la mayoría de la población, compuesta por las clases trabajadoras y diversos estratos sociales pobres, el acceso a bienes y servicios adecuados y suficientes para evitar o retrasar la presencia de varias enfermedades, tanto infecciosas como crónico-degenerativas (diabetes, cáncer, cirrosis hepática y otras).

Por lo tanto, puede decirse que el modo de producción, consumo y distribución de nuestra formación socioeconómica dependiente repercute en diversos órdenes de la sociedad, creando serios problemas que no pueden encontrar solución dentro de la estructura y organización social existentes en nuestro país. Los problemas ocasionados tanto por la dinámica de las relaciones de producción e intercambio internacional como por las características particulares que tal dinámica ha conformado en la formación socioeconómica de México influyen, de manera directa o indirecta, mediata o inmediata, en la problemática de salud de la población. Se tiende a generar cuadros de enfermedad que son producto de determinadas relaciones sociales de producción que mantienen a los individuos en una sociedad capitalista dependiente como la nuestra, para apropiarse de la naturaleza y producir los medios de vida para su subsistencia. Sin embargo, esto no es más que la concreción particular en nuestro país de una tendencia creciente a configurarse a nivel internacional cuadros de enfermedades típicas de las demandas de un modelo de producción cuyo interés principal es la reproducción del capital dentro de un marco de competencia nacional e internacional que también lleva al deterioro del ambiente y, por lo tanto, a condiciones de enfermedad. También, la forma de organización social y la naturaleza del consumo que se derivan de tal modelo de producción generan las condiciones para producir y mantener en la población prácticas mas o menos homogeneizadas que generan hábitos relacionados con patologías orgánicas y psicológicas, así como la adquisición de valores y creencias poco favorables a la pre-

vección de la enfermedad y la adquisición de comportamientos de salud. Así, por ejemplo, la práctica de comportamientos autodestructivos (alcoholismo, tabaquismo, mala alimentación y otros) están, en buena medida, moduladas por las condiciones de producción -por ejemplo, el estrés derivado de las demandas laborales-, las posibilidades de consumo (el acceso a satisfactores con base en el salario, las barreras a un ejercicio diversificado y estimulante del tiempo libre), entre otros. No obstante, debemos recordar que la expresión colectiva de la salud y la enfermedad no constituye un simple reflejo mecánico de los hechos estructurales de la sociedad. Estos se suman a las características de la naturaleza, intocada y transformada, que están presentes en un ámbito específico y concreto, así como a la dinámica social y a los patrones de comportamiento socioculturales de ella surgidos; de tal manera, entonces, existen múltiples niveles que deben conformar su análisis y su abordaje práctico.

Como señala Navarro (1983), es innegable que las condiciones adversas en la salud de los individuos son el resultado de las condiciones de vida y trabajo en formaciones socioeconómicas subdesarrolladas cuyo principal interés es la producción de bienes y servicios que permitan alcanzar altas tasas de ganancia a bajos costos, con un uso intensivo de mano de obra barata y poca inversión en la conservación del medio ambiente. Sin embargo, es importante considerar que las condiciones de su vivienda, el tipo de alimentación, los niveles educativos, el acceso real a los servicios médicos, están determinados por la posición que el individuo ocupa en la sociedad y, más concretamente, en el proceso de trabajo.

La situación que enfrentan las clases de bajos recursos y en la pobreza extrema es cada vez más difícil ya que, por un lado, las condiciones de empleo y de trabajo las impone el modo de producción centrada en el capital y, por lo tanto, está sujeto a las exigencias del mismo; por el otro, las condiciones de vida adversas generan diversos daños a la salud de tales clases al no permitirle contar con los elementos básicos (alimentación, vivienda, servicios) para la reproducción de su fuerza de trabajo. El grado de avance en el desarrollo socioeconómico de un país establece la estructura de su perfil epidemiológico; y, en el nuestro, tal avance es pobre e inequitativo, manifestándose en un perfil que tiende a ser alarmante a pesar de los esfuerzos que se han hecho en materia de salud.

Las consideraciones anteriores muestran, sin lugar a dudas, un panorama crítico para lograr la meta que en el campo de la salud nuestro país se comprometió a alcanzar en la Reunión Internacional celebrada en Alma Ata, URSS, en 1978: "Salud para todos en el año 2000". Debemos considerar que la crisis económica y los niveles altos de exigencia laboral con bajo nivel de consumo desgasta a la población y agrava ciertos problemas específicos de salud; por ejemplo, la alimentación se relaciona a la desnutrición y problemas gastrointestinales, el deterioro del medio ambiente, debido a la explotación irracional de los recursos, es un hecho que se manifiesta en enfermedades cardiopulmonares y diversos cánceres e infecciones, lo cual incrementará la demanda de atención. También, puede pronosticarse que la pérdida de empleos y de ingresos contribuye a una variedad de trastornos mentales que culminan a veces en asaltos, homicidios y suicidios que tendrán un impacto desfavorable en la tasa de morbilidad y mortalidad, así como en la insuficiencia de los servicios para lograr la cobertura planeada.

La crisis que hoy viven los países Latinoamericanos, incluido nuestro país, se manifiesta con todas sus consecuencias en millones de individuos que por estar

desempleados o subempleados están expuestos a padecer enfermedades más graves y con mayor frecuencia. Por lo tanto, se observa una forma clasista de enfermar ya que la patología de la pobreza (enfermedades infecciosas y parasitarias) la sufren principalmente las clases sociales desprotegidas; también, su posición subordinada en la estructura de clases en la formación socioeconómica repercute negativamente en la posibilidad real de contar con servicios médicos oportunos y adecuados. Los sectores pobres de la sociedad no tienen acceso a la medicina privada y a la atención médica que les proporcionan las instituciones de asistencia pública pues éstas resultan insuficientes ya que, como revelan las estadísticas, dichas instituciones cuentan con menos recursos por persona para atender los problemas de salud de la población no sujeta al régimen de la seguridad (Rojas, 1990; López, 1986).

De esta manera, tampoco la atención a la salud en nuestro país ha sido capaz de constituirse en una respuesta social organizada eficaz ante las necesidades de salud de la población ya que la cobertura de los servicios de salud es deficiente para la población abierta (aquella que no tiene accesos a servicios de salud del IMSS, ISSSTE o PEMEX, etcétera) y la calidad de los servicios es mala en todas las instituciones del sector salud. La distribución de los recursos financieros es desigual, lo que le da, entonces, un sentido desigual al proceso salud enfermedad. Por ejemplo, Rojas (1990) señala que el informe de la extinta Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP) sobre la distribución para 1988 de los recursos del sector Salud, muestra una vez más que el acceso y calidad de los servicios médicos están en función de las posiciones que ocupan los individuos en la estructura social y, por consiguiente, del papel que cumplen en la sociedad mexicana. Menciona que "...De acuerdo con el documento de la SPP, del gasto público para 1988 se destinaron 6.7 billones de pesos a los "servicios de salud". De estos recursos, 4.4 billones se destinaron al IMSS para atender a 33.8 millones de derechohabientes (130 mil pesos por persona); al ISSSTE le corresponden 770 mil millones de pesos para atender a 7.6 millones de derechohabientes (100 mil pesos por persona), y para la Secretaría de Salud, Programa IMSS-COPLAMAR y los servicios médico del DDF se destinaron 1.5 billones de pesos para la atención de 28.4 millones de personas (54 mil pesos por cada una)" (Rojas, 1990, pag. 139). Aunque en teoría quedan sin cobertura de servicios cerca de 40 millones de personas, las cuales tendrían que ser atendidas por la Secretaría de Salud, la capacidad de ésta sólo alcanza para cubrir al 15 por ciento de la población total (cerca de 10 millones) (López, 1986), quedándose sin cobertura entre 25 y 30 millones por lo tanto; muchas de ellas acudirán a la medicina tradicional y la automedicación, en el mejor de los casos, con posibles consecuencias en su salud que tendrán que ser atendidas en el sector a un mayor costo. Como podemos notar, existe una gran desigualdad en cuanto a la oferta de los servicios de salud, debido a que el sector tiene como compromiso atender a la mayor cantidad de individuos de la población con la menor cantidad de recursos para aplicarlas a acciones médicas (servicios personales); y, también, se encarga casi del 100 por ciento de las acciones de salud pública (servicios no personales), como saneamiento y vigilancia epidemiológica, etcétera, con el mismo presupuesto.

También, las diferencias entre el campo y la ciudad manifiestan una distribución desigual de los recursos materiales de salud, existen muy pocos centros de salud para atender a la población rural -en 1986 sólo 2600 comunidades de las 97653 contaban con servicios de salud profesionales (UnomásUno, 1978; citado por López, 1986)- concentrándose el mayor número de camas por cada 1000 habitantes en las urbes. López (1986) menciona también que existe un mayor número de unidades de segundo y

tercer nivel (hospitales e institutos) que de unidades de atención primaria, las cuales, debido al perfil epidemiológico, deberían ser mayoritarias; también, señala, que es cuestionable el estado en que se encuentran las unidades y equipos censables por cada 1000 habitantes, considerándose que en el medio rural sus condiciones son, en mayor proporción, deplorables. Los recursos materiales para la salud están básicamente concentrados en las instituciones de seguridad social y las urbes, resaltándose entonces las desigualdades, las enormes multiplicidades de esfuerzo institucionales, la concentración urbana de las instalaciones y la escasez de muchos tipos de infraestructura sanitario-asistencial. Es obvio que esta condición no favorece a una organización racional, regionalizada y estructurada por niveles de atención para dar una respuesta rápida y eficaz a las necesidades de salud reales de la población.

Las condiciones anteriores son el producto también de las necesidades políticas, económicas y corporativas de los grupos dominantes, su insalvable obligación de dar una respuesta mediatizadora a las demandas expresadas e inexpressadas de las clases populares. De esta manera, la mayor disposición de recursos es para el sector que atiende a usuarios derechohabientes (IMSS, ISSSTE y otros), que se caracteriza por una orientación individualizada, curativa y hospitalaria típica del modelo médico que, además, busca mediatizar las demandas organizadas (sindicatos, gremios y otros) de la clase obrera como mano de obra que requiere ciertas condiciones mínimas para reproducirse. Así, la respuesta socialmente organizada de nuestro país es un modelo dominante de acciones curativas y, en ocasiones, rehabilitatorias que resultan costosas y hasta cierto punto ineficaces para la salud colectiva, a más de ser dependientes de la industria farmacéutica, de la de equipo médico y de la construcción de hospitales; las cuales se constituyen en instancias que generan redes de relación que refuerzan y mantienen la operatividad del modelo de atención médico. Por si fuera poco, la instrumentación de los servicios de atención a la salud se caracteriza por sus altos costos de operación y de inversión.

La organización y oferta de los servicios de salud, en el caso de México, se guían por la medicina liberal, lo cual es una simple traducción del liberalismo económico aplicado a la medicina, pero que tiene implicaciones significativas para el acceso desigual de la población a los servicios de salud. La práctica privada está centrada en la atención curativa y rehabilitatoria y escasamente presta servicios preventivos; la población por ella cubierta es una minoría, pues los elevados precios que la caracterizan están por encima del poder de compra de las grandes masas de la población y de esa manera el acceso a sus beneficios queda restringido o vedado; los recursos humanos y materiales se concentran en las áreas con mayor capacidad económica y no según las necesidades regionales verdaderas, las posibilidades de educación continua de los profesionales son muy reducidas, pues el tiempo se destina a la ganancia y no a la formación y el adiestramiento en nuevas técnicas y conocimientos (Rojas, 1990).

Navarro (1983) considera que el modo de ejercicio liberal de la medicina, y su consecuente distribución desigual, propicia la concentración de la mayoría del personal de salud en las ciudades de consumo (urbes) y en menor cantidad en las de producción (el campo principalmente); esto, básicamente, es producto, en gran parte, de la "imitación" que se deriva de la educación médica occidental de las naciones desarrolladas. Como menciona Navarro, "la atención rural ambulatoria, social y continua está subrepresentada, si no es que inexistente, en los programas académicos de las instituciones médicas de las sociedades en desarrollo" (1983; pag. 27). Esto, a su vez,

es el resultado de la legitimación a través de apoyos económicos e influencia diversas que la clase dominante hace de tal modelo de ejercicio por medio del consumo y demanda de los servicios; los cuales, por supuesto, no consideran ni están acordes a las necesidades de la mayoría de la población y mucho menos al promover la superespecialización médica (López, 1986).

La división del trabajo que propicia la superespecialización médica, como imitación extralógica de los modelos extranjeros, llega a extremos insostenibles tanto cuantitativa como cualitativamente y es una condición que también limita el logro de la cobertura de los servicios de salud a la población y la satisfacción de las necesidades reales de la misma. Nuevamente, esta tendencia tiene que ver con el modelo general de atención médica que ha dominado en el país, esencialmente hospitalario y curativo; relegando las acciones generales del primero y segundo nivel de atención, lo que significa un alto costo y dificultando la organización racional de los servicios de salud en México. Para López (1986) el problema tiene sus raíces tanto en la fase de la formación de los recursos humanos, como en la práctica médica que influye y determina muchos aspectos de la primera. Lo que se ha llamado mercado de trabajo se encuentra bajo los efectos soporíferos de la especialización en detrimento de una pieza básica del sistema de atención médica: el médico general o familiar. La situación comienza a hacer crisis y empiezan a adoptarse opciones tendientes a restablecer la importancia de la medicina general. Pero el punto clave no ha sido tocado: se necesitan regulaciones severas al crecimiento de las especialidades médicas, al mismo tiempo que se hagan efectivas las reformas, tantas veces pospuestas, a los servicios de salud, aquellas que conduzcan a una ampliación de las plazas y la capacidad instalada para la prestación de servicios de atención médica primaria, a un mayor énfasis en la medicina general, preventiva y la atención externa, así como a una regionalización y extensión de los niveles de atención médica secundaria. Se supone que casi 30 por ciento de los médicos que laboran en las instituciones de salud en México tienen un grado de especialistas o están contratados como tales, y que la relación médicos generales/médicos especialistas muestran grandes diferencias según el tipo de institución: 0.7 en los servicios privados, 2.32 en las instituciones de seguridad social y 1.28 en las instituciones de asistencia pública (Kumate, Cañedo y Pedrota, 1986; citado por López, 1986).

Los patrones de ejercicio de la medicina en México se caracterizan, según un estudio de Frenk (1988), por una alta concentración de los médicos en las grandes ciudades del país y principalmente en el Distrito Federal, el 35 por ciento de ellos están ocupados como médicos generales siguiendoles los médicos especialistas (31 por ciento). En el estudio de Frenk, aunque se señala que es más alto el empleo de médicos generales que de especialistas, no está considerando que muchos (18 por ciento), que tienen una especialidad médica, están llevando a cabo investigación y actividades médico-directivas dentro de centros e institutos de salud, con lo cual el promedio de especialistas contratados se incrementaría por arriba de aquellos que están empleados como generales, aunque no sabemos qué tan significativamente. También, se señala que los médicos especialistas tienen mayor ventaja en el mercado de trabajo que los que tienen licenciatura (Frenk, 1988; Bloch, 1986). Así, como podemos ver, el mercado de trabajo para el médico, privado y de instituciones públicas, estimula la formación de especialistas que son, generalmente, superfluos y alejados de la solución de los problemas reales de salud del país. Aunque no se dan cifras acerca del tipo de ejercicio (privado o institucional-público), se señala que existe una tendencia al ejercicio mixto (institucional-privado) con predominio en el ejercicio asalariado como patrón característico en Latinoamérica.

rica (Bloch, 1986), sin embargo, López (1986) concluye que los médicos tienden (81 por ciento del total) al ejercicio privado de la profesión; lo cual, con todos los avances científico-tecnológicos que esto pueda representar en el cuidado de la salud, se constituye en una trampa que orienta los servicios a modalidades de funcionamiento que restringen el acceso universal de la población a los mismos.

Desgraciadamente, la situación del ejercicio de otras profesiones de la salud en nuestro país no ha sido siquiera explorada y no pueden ofrecerse indicios del estado que guardan; sin embargo, resalta el poco énfasis en la formación de trabajadores de la salud de nivel técnico, que en muchos otros países juegan un papel fundamental en los esquemas de atención para la salud.

La distribución desigual de los recursos para la salud en nuestro país abarca tanto los humanos como los materiales y financieros. López (1986) señala que en el área de los recursos humanos el panorama es muy desalentador ya que muestra una ausencia total de planificación y un divorcio irresponsable con las necesidades sociales. Existe una desproporción en la cantidad de trabajadores de la salud que integran el personal de los servicios ya que existe un porcentaje elevado de médicos y de trabajadores administrativos. Una organización ideal de los recursos humanos requeriría de una cantidad tres veces mayor de enfermeras que de médicos, así como de un número mucho más elevado de auxiliares de enfermería, técnicos en salud y otros tipos de personal paramédico.

El desarrollo y formación de recursos humanos y la investigación en y para la salud juegan un papel importante en la organización de la práctica médica. Aparentemente la formación y desarrollo de recursos humanos y la investigación no están relacionadas con la manera en que se prestan y organizan los servicios; no obstante, realmente tienen una naturaleza de reproductora social de las instituciones sanitario-asistenciales y de exploración y evaluación de las acciones, así como de los servicios y programas que se llevan a cabo, por lo tanto son torales a la organización de la oferta de servicios. Con respecto a éstos, existe una falta de coordinación y de un cierto divorcio con relación a las necesidades sociales. La hegemonía ejercida por la educación médica ha originado que la enseñanza que pueden ofrecer otros profesionales no-médicos en el área hayan quedado relegada. López (1986) señala que al existir una organización de los servicios de salud basada en el médico como responsable de las acciones ejecutadas y al haber un injustificado menosprecio del papel que pueden y deben jugar otros profesionales y técnicos de la salud, integrados en la práctica en forma de equipo, el desarrollo y la formación de recursos humanos para la salud se han visto envidados por esos problemas. A lo anterior, se agrega una falta total de planificación de la enseñanza y una desconexión con las necesidades de personal de las instituciones aplicativas; existe un predominio de estudiantes de medicina ante la escasez de estudiantes de enfermería y de carreras técnicas relacionadas con la salud. De igual manera, los estudiantes de odontología y psicología, profesiones que también participan en la prestación de servicios de salud, empiezan a alcanzar cifras excesivas, mientras que las de otros disminuye en términos reales.

Según López (1986), la formación de profesionales de la medicina se caracteriza por ser libreesca; con enfoques de especialización, el olvido de las fases promotoras de la salud; la discriminación hacia los aspectos preventivos de la medicina; el abandono del adiestramiento en procedimientos psicológicos utilizables en la práctica médica; el

prescindir de los fenómenos psicológicos de la salud y la enfermedad; la falta de métodos que permitan ejercitar los sentidos en los procesos diagnósticos clínicos; la tecnificación carente de imaginación crítica; la ausencia de actitudes de trabajo en equipo; la carencia de sistematización sobre las fases de la atención médica en las que se interviene y de los límites de cada una de ellas; la educación está centrada en la enfermedad y no en la salud; tiene poca relación con lo que sucede en la comunidad; es muy poco científica y; no favorece el trabajo en equipos de salud multidisciplinarios. Esto conduce, naturalmente, en una labor sanitario-asistencial cada vez menos competente.

Estas deficiencias se deben, en gran parte, a que los programas de educación médica son copia de esquemas extranjeros que ya están perdiendo vigencia en sus países de origen; sobre todo de países desarrollados.

Con respecto a la formación de recursos en salud pública, ésta depende, en gran medida, de la Secretaría de Salud con algunos inconvenientes: 1) no se tiene la distancia crítica necesaria para evaluar rigurosamente las acciones y programas de las instituciones públicas de salud, se es juez y parte a la vez y; 2) en aras de un pragmatismo mal entendido y de una necesidad de reproducción institucional de fuerza de trabajo, se adiestran recursos más como trabajadores calificados que se adaptan a las exigencias burocráticas que como profesionales con formación académica y de campo que les permita emprender investigaciones u organizar programas sobre bases científicas. Además, faltan recursos en diversas áreas de la salud pública, los niveles de ejercicio profesional es deficiente y es poca la investigación en esa área -4.3 por ciento del total de la investigación (López, 1986). De igual manera, no se reconocen como prioritarias las investigaciones sociomédicas y existe presión para que se favorezcan ciertas líneas de desarrollo institucional.

En el caso de la investigación en general, ésta se centra sobre aspectos individuales y no en los colectivos del proceso salud-enfermedad; en mucho menor grado se orientan a la producción de conocimientos en ciencias básicas o hacia la exploración de los determinantes y la distribución de la enfermedad y de los servicios que se han organizado para combatirla o evitarla (principalmente, aspectos de salud pública).

Según López (1986) el trabajo científico en salud, como el de otras muchas áreas de la ciencia en México, es profundamente dependiente y enajenado; además, muestra escasos estímulos y posibilidades aplicativas: La hegemonía médica y biomédica que se padece en la investigación en salud ha originado que la visión que se tiene de los problemas sea fragmentaria y que los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad hayan sido relegados a último término.

El modelo biomédico, sobre el cual también se basa la organización de la oferta de servicios, se constituye en un factor importante en torno al cual gira el problema del acceso a los mismos, debido a que él refuerza en el profesional de la salud un enfoque individualista, curativo y hospitalario que satisface todas las necesidades de salud de la población. Soberón y cols. (1988) consideran que el modelo orienta a una cobertura parcial de la población; satisface las necesidades de salud en forma incompleta; los servicios de salud son básicamente curativos y corresponden a una atención médico-hospitalaria, costosa y de impacto limitado sobre la salud de la población; las acciones preventivas que contempla son fundamentalmente las de atención personal, como las inmunizaciones, sin considerar otras dirigidas al medio ambiente, tales como el

tratamiento de agua para el consumo humano, la fluorización y yodación de la sal, entre otras; las acciones no personales de salud, tales como la dotación de agua, mejoramiento de la vivienda y en general el saneamiento del medio no han sido desarrolladas de manera satisfactoria, en gran medida debido a que la distribución desigual de los recursos para el sector fortalecen al modelo individualizado en detrimento de las acciones no personales de salud.

Es importante señalar las características principales del modelo biomédico dado que es a partir de éste que las políticas, acciones y ámbitos de la atención a la salud están organizados en todo el sistema. El modelo biomédico ha evolucionado desde la segunda mitad del siglo pasado, inicialmente se basó en un enfoque unicausal para explicar el surgimiento de las enfermedades. Así, el modelo unicausal considera un solo tipo de causas de la enfermedad ya que el interés radica en eliminar el o los agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos que ocasionan la alteración de las funciones normales o las condiciones anatómicas del organismo (para este enfoque fueron relevantes los hallazgos de microbiología de Koch y Pasteur). Sin embargo, y a partir de lo señalado anteriormente, las ciencias sociales permiten mostrar que el modelo unicausal es insuficiente para explicar el origen de las enfermedades ya que existen otros elementos del medio ambiente que influyen en el proceso salud-enfermedad. Esta incapacidad explicativa del modelo se hace cada vez más evidente a medida que se incrementaron los problemas socioeconómicos y se aceleró el proceso de producción en la década de los sesenta. En esas circunstancias históricas, se vio la necesidad, por parte de los grupos dominantes en el área médica, de plantear un nuevo marco teórico para interpretar el proceso salud-enfermedad acorde con los intereses sociales dominantes. En ellos, se trata de mediatizar la presencia, cada vez mayor, de movimientos populares en los que empieza a darse un proceso de concientización en los grupos asalariados sobre los daños que ocasionan a su salud las condiciones deterioradas de vida, producto del modelo de producción (Rojas, 1990).

A partir de ahí, se buscó tomar en cuenta variables del medio físico y social para explicar la presencia de las enfermedades a fin de interrumpir la cadena causal mediante la modificación o supresión de alguna de las variables que intervienen en el surgimiento de los procesos patológicos; su objetivo, como orientación funcionalista, no se aboca a las condiciones estructurales que determinan el problema, sino a aquellos factores que resultan fáciles de atacar con medidas de salud pública tradicionales o con procedimientos clínicos propios de la medicina curativa. En este marco de referencia se ubica al modelo de la historia natural de la Enfermedad que desarrollaron Leavell y Clark a fin de ofrecer una explicación multicausal de la enfermedad y que se enseña en todas las escuelas y facultades de medicina, enfermería y odontología del país y rige la práctica médica actual (Rojas, 1990).

La Historia Natural de la Enfermedad es el enfoque que actualmente está inmerso en las conceptualizaciones de los procesos salud-enfermedad que el modelo biomédico ha desarrollado. A través de este enfoque, las explicaciones de la salud se hacen considerando tres factores que se hallan interrelacionados en un constante equilibrio: el Agente, el Huésped y el Medio Ambiente; cuando el equilibrio se rompe viene la condición patógena. Este esquema permitió estructurar un sistema de prevención a diferentes niveles. Prevención primaria: son aquellas medidas preventivas que se llevan a cabo en la etapa prepatogénica e incluye la promoción de la salud (educación sanitaria, por ejemplo) y protección específica (inmunizaciones, atención a la higiene personal, etcéte-

ra). Prevención secundaria es aquella que se realiza a través de un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno (medicina curativa). La prevención terciaria permite limitar las secuelas y rehabilitar al inválido. A través de este enfoque se busca dar cuenta de los aspectos empíricos de la relación entre lo social y el proceso salud-enfermedad para prevenir las enfermedades o accidentes, reparar la salud o rehabilitar al enfermo. Sin embargo, bajo esta conceptualización se deja de lado que el proceso salud enfermedad es el producto de las condiciones materiales de existencia y de trabajo, y que también el acceso a los servicios médicos depende de dichas condiciones materiales. Se ignora que en los países con formaciones socioeconómicas liberales existe una atención médica clasista (López, 1986) y que en los países en desarrollo la mayoría de las personas, o un importante porcentaje de éstas, no tienen acceso a los servicios médicos de la seguridad social.

Rojas (1990) plantea que para superar las limitaciones del modelo biomédico es importante partir de la premisa de que "...Según sean las condiciones de vida y de trabajo de los individuos en cierto momento histórico, es decir, según sean la clase y el grupo social específico al que se pertenezca en una determinada formación social, será el tipo de enfermedades que se padezcan, su gravedad y frecuencia, así como el acceso real a los servicios médicos, la esperanza de vida y de qué mueren los individuos. Esto no implica, bajo ningún concepto, que se ignore la dimensión biológica de la enfermedad. Se trata más bien de darle su justo valor al aspecto social en el análisis del proceso salud-enfermedad y en las medidas tendientes a promover la salud, prevenir las enfermedades y accidentes, restaurar la salud y rehabilitar al enfermo." (pag. 27). Esto nos lleva a considerar que son necesarios cambios profundos en la organización de los servicios de salud y un mayor énfasis en un enfoque de riesgo en poblaciones para identificar grupos sobre los cuales instrumentar estrategias de acción bajo un enfoque preventivo, programado y anticipatorio y distribuir los servicios de manera equitativa, por ejemplo; lo cual, a su vez, requiere de la integración de equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios con diferentes combinaciones a las ya existentes y la participación activa y consciente de la comunidad en la determinación de sus necesidades y la instrumentación de las acciones programáticas.

Además, derivado del modelo biomédico, la misma ideología de la profesión médica en un sistema de mercado liberal juega un papel importante en el mantenimiento de las condiciones y estructuras organizacionales de los servicios de salud, que no han satisfecho las necesidades reales de la población. La ideología de la profesión médica es un sistema de valores, ideas y creencias que derivan en parte de la posición de sus miembros en la estructura de clases y en parte de las agrupaciones profesionales propias de ellos (las médicas). Los médicos, como grupo especializado de la sociedad, desarrollaron un conocimiento especializado y crearon un sistema de valores e ideas peculiares a sus miembros que determina, en gran medida, las características de los servicios de salud de un país; de esta manera, los servicios se organizan conforme a sus intereses de clase y profesión, y a la forma de idealizar su práctica. El modelo biomédico ha reforzado, a través de la práctica médica y la organización de los servicios que lo objetivan, una subcultura con sus propias creencias institucionalizadas, valores y prácticas (Mishler, 1981) que permiten a la clase médica hegemónica mantener y afianzar el monopolio sobre el ejercicio de su trabajo. Su influencia para determinar las características de los servicios nacionales de salud se deriva, además de las consideraciones ya señaladas anteriormente, por el prestigio alcanzado por las organizaciones médico-gremiales; el poder político adquirido por los dirigentes médicos,

ya que muchos de ellos ocupan cargos gubernamentales importantes, y por lo valores dominantes en la profesión que se manifiestan en la preocupación por las dificultades de los sectores de bajos ingresos para acceder a los servicios de salud. Sin embargo, como menciona Bloch (1986), aunque los médicos expresan su adhesión a un sistema de salud que ponga el acento en lo preventivo (como también se expresa en el Programa Nacional de Salud de México, 1990-1994 y el modelo de la Atención Primaria a la Salud signado en Alma-Ata en 1978), que asegure atención médica gratuita a toda la población, nunca abandonan sus aspiraciones de ascenso social y privilegian el interés individual y la propia iniciativa como forma de lograr el éxito (aspectos relacionados con la ideología de libre mercado). Sus valores profesionales se mantienen mientras se sientan seguros como clase profesional, sin embargo cuando se producen algunos cambios estructurales, de tal modo que sienten amenazada su dominación de clase, prevalece ésta sobre su ideología profesional; lo cual, también contribuye a que se mantenga como mero discurso la adopción de otro modelo de salud diferente al biomédico, con las desventajas que implica en efectividad, alcance y cobertura para la población del país.

A través del análisis del papel que han jugado los médicos de Chile en la creación del Sistema de Salud en el periodo de Allende y de los sanitaristas que formaron parte de los organismos oficiales en diversas épocas en la realidad de Argentina, como tecnoburócratas responsables de las políticas de salud, Bloch (1986) considera que los rasgos definidos de la ideología médica son:

-*El individualismo*: Si bien es un rasgo que ya incorporan en su ambiente familiar los individuos que estudian medicina (por su procedencia social), se acentúa a su paso por la Facultad. Los contenidos de la enseñanza médica acentúan el individualismo. Posteriormente, el ejercicio profesional lo reafirma a partir de su práctica social, de la que se considera el eje, el factor fundamental de su actividad, subestimando a las otras profesiones que comparten la responsabilidad de las acciones de salud.

-*La aspiración de ascenso social*: Cree firmemente que el título universitario sólo lo logran los mejores y más capaces, que éste le garantiza una posición privilegiada en la sociedad. El ascenso social por el que tantos médicos hoy se afanan se relaciona con la adquisición de mayor poder y prestigio. Esa preocupación constante por llegar a la "cúspide" explica en parte la actitud escasamente participativa en actividades sociales solidarias. Otra característica es la pasividad y escepticismo frente a las luchas en defensa de sus propias reivindicaciones y la convicción de que sólo de su capacidad, tesón y esfuerzo personal depende su bienestar.

-*La actitud frente al Estado*: Suponen que el Estado es una suerte de estructura que se encuentra por encima de los conflictos sociales, pero que no cumple adecuadamente su papel de ordenador y arbitro eficiente; son siempre perjudicados por las políticas y acciones del Estado y aceptan el principio de subsidiariedad del Estado, que supone la intervención del poder público sólo en aquellas circunstancias en que la iniciativa privada no está en condiciones de actuar. " (pag. 328)

Si bien es cierto que las anteriores son rasgos que caracterizan la práctica médica de los argentinos, en México la institucionalización de su ejercicio profesional matiza tales rasgos orientándolos a la búsqueda de ascenso dentro de la escala de poder y a la superespecialización, sin mucha diferencia. No obstante, actualmente,

podemos considerar que existe una mayor concientización dentro del gremio médico de que la salud depende de las condiciones de vida y de trabajo del individuo y de la colectividad, por ende de la importancia de los factores socioeconómicos en la determinación de las enfermedades así como en las formas y alcance del ejercicio profesional, todo esto hace entrever al médico que sus propias reivindicaciones sociales o profesionales habrán de satisfacerse en tal marco y a medida de la satisfacción de las necesidades de salud de la población. En esta consideración juega un papel importante la presión profesional y las demandas Estatales, así como de los usuarios cada vez mejor informados, de una mayor restricción de los costos de la atención médica con una mayor efectividad y criterios mínimos homogéneos de calidad y acceso universal a los servicios de salud; son factores que se constituyen en elementos de presión para buscar alternativas que satisfagan las necesidades reales de salud de la población. No obstante, es importante recordar que el modelo biomédico no permite la instrumentación de opciones fuera de los límites de su lógica que implican un abandono del mismo en muchos ámbitos de la atención a la salud.

Consideramos que los planteamientos anteriores, aunque generales, nos permiten tener claro determinantes estructurales del proceso salud-enfermedad y de la organización actual de los servicios de atención a la salud en América Latina y nuestro país principalmente, así tenemos:

- El proceso salud-enfermedad de la población y la respuesta organizada para atender al mismo están condicionados por la formación socioeconómica del país y la nuestra, como de muchos países, se caracteriza por ser dependiente de otros más desarrollados.

- La distribución de la morbilidad y la mortalidad general del país es reflejo fiel de la organización social del mismo, la desigualdad e injusticia; la coexistencia de "padecimientos del desarrollo" (en zonas urbanas principalmente) que evidencian el crecimiento de los modos de producción industrial y neoliberal, con padecimientos propios de la pobreza (enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias) en zonas de producción y marginadas.

- La formación socioeconómica que enfatiza los procesos de industrialización está asociado a la situación de deterioro de las condiciones de vida de la población (vivienda, medio ambiente, desnutrición, desempleo, pobreza extrema, etcétera), lo cual llevará a un incremento cada vez mayor de las patologías biológicas y mentales que demandarán mayor atención de salud.

- Los servicios de salud obedecen a las necesidades económicas de una clase y desempeñan funciones tales como la reproducción selectiva de fuerzas de trabajo, de ahí que el acceso a los servicios es también clasista.

- Los servicios de salud son empleados en muchas ocasiones como instrumento de intermediación política y mediatización de demandas sociales más amplias.

- Los servicios de salud se someten a la influencia de las necesidades corporativas de un grupo profesional que, o dispone un escenario para su práctica liberal (con sus implicaciones ideológicas y socioculturales en relación al proceso salud-enfermedad), o erige territorios feudales, bajo el dominio de los grupos médicos hegemónicos dentro de las instituciones públicas de salud.

-Los servicios son presa de las necesidades de mercado de poderosas industrias de expansión, tales como la químico-farmacéutica, la de equipo médico, la de construcción y otras que extienden una compleja red de intermediaciones con agencias gubernamentales y de control internacional (como son los préstamos del BID, por ejemplo) para mantener el modelo de atención.

-La formación y desarrollo del personal de salud es una imitación de modelos de educación de la medicina de países desarrollados que están dejando de ser vigentes y que no responden del todo a las necesidades reales de salud de la población de países en desarrollo como el nuestro. El modelo en el que se forma al profesional de la medicina enfatiza los aspectos individuales, curativos y hospitalarios, con poco interés en los aspectos preventivos de la enfermedad y la promoción de la salud y el desprecio a la contribución independiente de otras disciplinas.

-La formación de los profesionales de la medicina adolece de elementos para estimular a que tales profesionales se interesen en aspectos preventivos y de promoción, tengan incapacidad para integrar los conocimientos de la psicología y otras ciencias de la conducta en su práctica médica, asimismo refuerza una dependencia de la alta tecnología; todo lo cual, entonces, redundará en incompetencia, baja calidad de los servicios, costos elevados y trato deshumanizado en unidades de atención .

-El ejercicio liberal de la profesión médica está asociado a la concentración, también, de recursos humanos de salud en las urbes y a la formación de superespecialistas que no tienen relación con las necesidades de la población en general. También refuerza una actitud individualista que no favorece el trabajo en equipos.

-No se cuestiona la importancia del trabajo médico curativo y el esquema de investigación básica utilizada, que han demostrado sus contribuciones valiosas a la atención a la salud, sino la organización de los servicios de salud en los que se inscriben y su exagerado énfasis en la curación, y su poco interés o desprecio en las actividades preventivas y de promoción de la salud.

Así, teniendo como fondo referencial lo anterior, creemos conveniente hacer énfasis en algunos indicadores de la situación de salud en México y Latinoamérica para entender más concretamente las necesidades específicas que de ahí se derivan y, posteriormente ubicar las contribuciones de la psicología en el campo de la salud y su importancia en tal contexto.

### **1.1 LAS CONDICIONES DE SALUD EN MÉXICO: ALGUNOS INDICADORES Y TENDENCIAS EN EL PATRÓN EPIDEMIOLÓGICO Y LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD.**

En América Latina, las condiciones epidemiológicas y de servicios de salud se caracterizan con la frase "periodo de transición epidemiológica" (Frenk, Frejka, Bobadilla, Stern y Sepúlveda, 1989; citado por Frenk, 1993) y que se refiere a cambios de largo plazo en la sociedad, sus condiciones de salud asociados y la adaptación de las instituciones de salud para atender las transiciones. En México, como en otros países dependientes o llamados en desarrollo, la transición epidemiológica se caracteriza, conforme a

su evolución histórica, por cuatro aspectos relevantes y que, según Frenk (1993), son: a) el solapamiento de etapas (la coexistencia de altos niveles de patología "pre-transicional" y "post-transicional"); b) Contratransiciones (movimientos regresivos donde resurgen algunas enfermedades ya controladas, como la malaria, la fiebre del dengue, cólera y tuberculosis); c) Prolongación (la carencia de una resolución definitiva de la transición) y; d) Polarización epidemiológica (la intensificación de desigualdades sociales en la salud, de tal forma que la población rural sigue sufriendo principalmente de desnutrición e infecciones comunes, mientras que los habitantes urbanos enfrentan niveles elevados de enfermedades no infecciosas (producto de estilos de vida y hábitos nocivos) y lesiones).

Así, existe una yuxtaposición de problemas de salud nuevos y otros ya existentes que son el resultado de la forma en cómo se incorpora nuestro país al mercado y competencia internacional, cómo satisface sus demandas y la existencia de rezagos socioeconómicos que configuran, junto con sus patrones culturales, la vulnerabilidad de la población; aspectos que, junto con otros, hemos considerado ya.

Concretamente, en México existen problemas de salud relacionados con el abuso de alcohol y drogas que causan un daño grave a la salud y decrecientan la productividad socioeconómica de los individuos y las comunidades. Por ejemplo, con respecto a las adicciones, la encuesta nacional de adicciones realizada en 1988 (Programa Nacional de Salud de México, 1990) señala que el 22.8 por ciento de la población consume tabaco, lo cual debe alertar al incremento de problemas de salud como el enfisema, el cáncer y afecciones bronquiales en general. En relación al abuso de alcohol, éste se ha vuelto un problema de salud serio ya que las personas diagnosticadas como "alcohólicas" ocupan la tercera parte, o más, del total de las camas de hospitales, la cirrosis hepática se sitúa entre las cinco causas principales de muerte del mundo en el grupo de población de 25 a 64 años, en México ocupa el noveno lugar en las causas de muerte; aproximadamente el 50% de las muertes que ocurren en accidentes de tránsito están relacionadas con el alcohol (Holtzman y cols., 1988). En México, el 4.3 por ciento de la población entre 18 y 65 años cumple criterios de dependencia, siendo la mayor proporción varones; en el Distrito Federal se presenta la mayor proporción de bebedores a nivel nacional (62.7 por ciento) (Programa Nacional de Salud, 1990). Además, se considera que los consumidores de drogas, como la marihuana (con 14.9 usuarios por 1000 habitantes), inhalantes y drogas médicas, se constituyen en un problema social y de salud cada vez más creciente.

En términos del Programa Nacional de Salud de México (1990-1994), los trastornos mentales constituyen una proporción sustancial de la morbilidad total que se registra en los servicios generales de salud, tanto entre adultos como en niños. En México, se calcula que la frecuencia de las grandes psicosis funcionales (esquizofrenia y psicosis afectivas) es cercana al uno por ciento, la de retrasados mentales aproximadamente de un dos por ciento, similar a la de los enfermos de epilepsia; existe información que indica que la prevalencia de las enfermedades mentales tenderá al aumento debido, entre otros factores, al incremento de la urbanización, al desempleo, la pobreza y las tensiones crecientes en la vida cotidiana (Programa Nacional de Salud, 1990). Es conocido que en lugares donde prevalecen las enfermedades infecciosas y parasitarias (como la oncocercosis, por ejemplo) puede esperarse la aparición de psicosis agudas y crónicas causadas por la afección del cerebro.

El estrés está presente en todas partes y contribuye a la manifestación de una gama amplia de reacciones disfuncionales del comportamiento, tales como estados de ansiedad, depresión y trastornos psicosomáticos que afectan a millones de personas, pero se carece de datos precisos al respecto. Lo que si cierto es que el estrés está asociado a problemas crónico-degenerativos, accidentes laborales y adicciones (Taylor 1990).

Los trastornos neurológicos son una causa principal de defunciones y de incapacidades a largo plazo en todos los grupos de edad del mundo entero. La epilepsia afecta de dos a cinco personas por 1000 habitantes en los países industrializados; estas cifras pueden ser entre tres y cinco veces más alta en algunos países en desarrollo (OMS, 1987) como México. Los accidentes cerebrovasculares son considerados también como causa frecuente de incapacidad en todos los países. Las enfermedades cardiovasculares en México, se han convertido en la principal causa de muerte; en 1986 hubo 51041 defunciones por tales padecimientos, entre 1980 y 1986 las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar en la mortalidad general (Programa Nacional de Salud, 1990).

Las enfermedades traumáticas de los nervios periféricos se encuentran en aumento debido a los accidentes laborales y de tránsito. La dimensión psicosocial de la rehabilitación de la incapacidad es crucial para reintegrar socialmente a la persona, así como en la prevención. En México, los accidentes ocuparon el segundo lugar en la tasa de mortalidad general (55.1 por 100,000 habitantes) (Programa Nacional de Salud, 1990).

También, resalta en México un incremento en la proporción de fallecimientos por Diabetes Mellitus (29.2 por 100,000 habitantes) ocupando el quinto lugar en las causas de muerte. Otro trastorno en incremento es la hipertensión arterial, la cual aparece como factor de riesgo en 39 por ciento de las defunciones y está presente en 14 por ciento de los males del corazón (Programa Nacional de Salud, 1990).

Se enfatiza que la igualdad de oportunidades y el bienestar social es un factor importante en los derechos humanos en el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo, 12.1) (Holtzman y cols., 1988), sin embargo en México el acceso a los servicios de salud para amplios grupos de la población está muy limitada y existe un conjunto de ineficiencias de orden operativo que deterioran la calidad de los servicios de salud, por causas ya mencionadas. Esta situación se manifiesta en algunos indicadores de salud y en la estructura de la oferta de servicios de salud ya señalados y otros como los siguientes:

-La esperanza de vida no se ha logrado incrementar de manera considerable y, según el Programa Nacional de Salud (1990-1994), permanece en 67.1 años.

-México ocupa el catorceavo lugar, en una lista de 32 países, con más alta mortalidad infantil absoluta del mundo, 23.6 defunciones por cada 1000 nacidos, sin embargo existe un subregistro ya que se estima que en realidad son 38.7 por cada 1000 (Programa Nacional de Salud 1990).

A las deficiencias en el área de la salud, se añaden problemas de nutrición, insuficiencia de agua potable, drenaje inadecuado, aire impuro y mala vivienda como producto de la explotación irracional de los recursos naturales, la corrupción, deficiencias en la legislación del cuidado del ambiente y la explosión demográfica.

México, a partir de tales características epidemiológicas, intenta adaptar las estructuras organizacionales del sistema de salud, sus políticas, estrategias y programas para tender a satisfacer las demandas derivadas de las condiciones de salud del país; de ahí que se considera que existe también una etapa de transición institucional (Frenk, 1993). La dinámica y forma que debe seguir la transición institucional depende obviamente de la óptica del modelo teórico elegido (biomédico o biopsicosocial, por ejemplo) y las conceptualizaciones específicas de los papeles que juegan los aspectos sociales, psicológicos y biológicos (lo cual depende también de marcos conceptuales filosóficos, por ejemplo, materialismo histórico vs. positivismo, o funcionalismo, etcétera) en el proceso salud-enfermedad y su atención. Sin embargo, independientemente de la postura teórica y modelo con que se analiza el proceso salud enfermedad, actualmente encontramos una preocupación por involucrar los factores psicológicos y sociales en la salud, la enfermedad y su atención (por ejemplo, Soberón y cols., 1988); tal preocupación, principalmente, se ha resaltado en la estrategia "Salud para todos en el año 2000". La incapacidad del modelo biomédico para satisfacer completamente tal objetivo y las necesidades reales de salud de la población han incrementado el interés y entusiasmo por la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la instrumentación de formas alternativas de atención acordes a las características epidemiológicas, dentro de las condiciones propias de desarrollo del país.

Frenk (1993) considera que la transición del sistema de salud en México implica cambios profundos en los componentes del sistema (involucración del estado, los proveedores y los usuarios) y la forma en que se relacionan; lo cual, también, implica un cambio en el paradigma del cuidado de la salud. Para resolver el periodo de transición del sistema de salud es necesario su modificación (no desmantelamiento) para lograr objetivos como la cobertura universal e incremento de la calidad de los servicios de salud dentro de restricciones presupuestarias. Así, se requieren encontrar fórmulas más efectivas que involucren la participación de la población y la reestructuración organizacional de los servicios. Estos cambios, por ejemplo, requieren la educación de los usuarios acerca de los comportamiento efectivos de los proveedores con la finalidad de que elijan proveedores competentes y exijan servicios de calidad, concomitante a esto se debe buscar la modificación de los sistemas salariales y de incentivos para el personal adecuándolos a las nuevas exigencias, entre otros.

Asimismo, la complejidad de la transición epidemiológica por la que atraviesa México no permite soluciones unilaterales, mientras existen grupos con enfermedades infecciosas, otros muestran un incremento alarmante en enfermedades crónico-degenerativas. Como Menciona Frenk (1993), "...En otras palabras, dada la magnitud de los problemas, pre y post transicionales, no hay una alternativa para tratar con ambos grupos simultáneamente. Si el sistema de salud del futuro busca responder efectivamente a tal complejidad, debe incorporar estrategias organizacionales en fórmulas anteriormente establecidas" (pag.26). De esta manera, reconoce que el modelo en que se fundamenta la actual oferta de los servicios de salud es insuficiente para afrontar con las demandas de salud propias de nuestro país y se necesita incorporar fórmulas que el modelo biomédico no posee: la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Así, se considera que la reorientación del modelo de la oferta de servicios de salud debe enfatizar la atención primaria a la salud (que desde 1978 ha guiado los esfuerzos del mundo para extender los beneficios de la atención a la salud), lo cual

implica anticipar el daño y tomar acción contra los riesgos, para que esto sea factible se necesita, a su vez, que la población juegue un papel activo en el sistema de salud (Soberón y cols., 1988; Durán, Becerra y Torrejón, 1991; Frenk, 1993). Esto no significa, de ninguna manera, la eliminación del modelo curativo. Muchos efectos de la exposición a los riesgos que se derivan del consumo de sustancias dañinas o de su presencia en el ambiente ya han tomado lugar. En tales casos, el sistema de atención a la salud habrá de desarrollar procedimientos para la detección temprana y el tratamiento oportuno del daño, mientras que al mismo tiempo intenta prevenir riesgos de exposición futura. En tal caso, es necesaria la investigación epidemiológica para entender mejor los factores de riesgo y, en consecuencia, aplicar progresivamente el modelo anticipatorio. En este sentido, es importante reconocer que los factores psicosociales son determinantes del éxito en la atención a la salud, de esta manera las acciones sociales (OMS, 1981; citado por Frenk, 1993) y todos los programas tendientes a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud y el bienestar deben basarse en un entendimiento de la cultura, las tradiciones, las creencias y los patrones de interacción familiar y de grupos. Rojas (1990) sostiene que la planeación y organización de los servicios de atención requiere la participación de otros profesionales de la conducta y que se determine las características socioculturales y psicológicas de los distintos grupos de la población, tanto para adecuar los servicios, como para adoptar un enfoque preventivo. También, se reconoce que los servicios de salud reciben considerable influencia de factores psicosociales, tales como la motivación de los trabajadores de salud y las formas como se percibe la enfermedad, así como las formas de organización.

La competencia por atención, entre diversos tipos de enfermedades, y el incremento en la demanda de servicios hace imposible continuar con un modelo de oferta de servicios de salud centrado exclusivamente en el hospital, lo cual requiere la diversificación de sitios de atención a la salud (algunos ya funcionan como los Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud) para satisfacer la demanda de cuidado de pacientes crónico-degenerativos. En este sentido, también los sitios que comprenden la atención de demandas de salud y recreación de una población creciente de ancianos deben incrementarse, lo cual implica que la transición del sistema de salud hará una mayor utilización de redes de soporte comunitaria para promover el autocuidado de enfermedades crónicas y la promoción de la salud "mental", también. Frenk (1993) nos menciona que los nuevos sitios de atención a la salud deben responder a la heterogeneidad epidemiológica ya mencionada; la yuxtaposición de diferentes problemas de enfermedad deben ser reflejados en la división de la labor entre las categorías de personal que participan en el cuidado de la salud. Así, el crecimiento de enfermedades crónico-degenerativas intensificarán los requerimientos de especialistas entrenados para prevenir y tratar cada una de ellas, con lo cual se debe considerar que la participación de otros profesionales no-médicos son de importancia vital para lograr los objetivos con respecto a la prevención y el tratamiento.

Actualmente, también se requiere de investigaciones que innoven y mejoren las tecnologías que son más apropiadas a la diversidad epidemiológica. Tales tecnologías deben ser sujetas a evaluación estricta de su costo/efectividad. De interés actual y futuro es el desarrollo de instrumentos complejos, así como de procedimientos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas y el desarrollo de tecnologías simplificadas para prevenir problemas de salud o decrementar los costos del sistema de salud (Frenk, 1993).

Tal es el panorama actual en cuanto a las condiciones de salud en México y la tendencia de la respuesta organizada de la sociedad ante dichas condiciones a través del sistema de salud, así como las contradicciones que no permiten superar todos los problemas. Sin embargo, el reconocimiento de que en muchos problemas de salud actuales el comportamiento, los estilos de vida y los hábitos juegan un papel importante en la etiología y avance de enfermedades prevenibles, además de considerar que los sistemas de salud requieren la modificación de la relación entre proveedores y consumidores de los servicios, abre una perspectiva por demás interesante y alentadora para incorporar a otros profesionales relacionados con la conducta y las ciencias sociales. De hecho, el Programa Nacional de Salud de 1990-1994, dentro del marco de la estrategia "salud para todos en el año 2000", incorpora algunas estrategias con líneas de acción que, aunque aún muchas están a nivel retórico, son interesantes como indicadores del interés por modificar los actuales patrones de las acciones de salud con base en el modelo biomédico y que, para su instrumentación, necesariamente deben involucrar a otros profesionales no-médicos como responsables.

Las estrategias más relevantes diseñadas en el Programa Nacional de Salud (1990-1994) con el intento de alcanzar las metas de salud implicadas en "Salud para Todos en el año 2000" requieren modificar la actual organización de los servicios de salud e integrar otros profesionales no-médicos como responsables de programas sustantivos; básicamente, adoptar un modelo diferente al actual. Estas son algunas estrategias que implican los cambios arriba mencionados.

-La participación de la comunidad (programa de acción 3.6) en la gestión de los servicios, la educación para la salud, la operación de programas, la prevención y detección de la enfermedad, el impacto de las acciones de salud, la evaluación del sistema y la promoción de la salud (programas 1 y 3.6).

-El desarrollo de jurisdicciones sanitarias tipo (programa de acción 5) lo cual implica integrar los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación en la Atención Primaria a la salud, así como la realización de proyectos de investigación en epidemiología y de la operación de los servicios de salud, además de la integración de la medicina tradicional

- La atención médica (programa de acción 2.1), que comprende el fortalecimiento del modelo de atención primaria a la salud e incrementar la productividad de los servicios, así como la formación de recursos adecuados a las necesidades de la población.

- El logro del acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad (programa de acción 2), con diversos programas que comprenden el énfasis en la atención primaria, la adecuación de los servicios a las características de la población urbana y rural, la participación de la comunidad, la prevención de la enfermedad (programa de acción 3), el diagnóstico oportuno y la promoción de hábitos saludables, con la participación de otros sectores. Lo anterior comprende la reorganización práctica de los servicios de salud, la determinación de las características de la población usuaria, la capacitación del personal de salud, la organización de la comunidad y la educación para la salud y la prevención de los accidentes, entre otros. Además de la determinación de factores que intervienen en la prevención y control de enfermedades y accidentes.

-En relación a la salud mental (programa de acción 5), se considera la necesidad de encontrar nuevos modelos de atención que comprenda a la familia, los grupos organizados

y la comunidad en la rehabilitación. Asimismo, llevar a cabo investigación básica, epidemiológica, clínica, sociomédica y de servicios de salud en la salud mental.

-En la educación para la salud (programa de acción 1), se considera que es importante el desarrollo de acciones educativas para la promoción y cuidado de la salud, mejorar la penetración de mensajes de promoción de la salud en la comunidad, e involucrar a los grupos organizados de la comunidad para que actúen como elementos sensibilizadores y educadores de la población en beneficio de la salud. El desarrollo de programas de recreación comunitaria, deportiva, artística y cultural, el apoyo y orientación a las familias.

-Formación y desarrollo de recursos humanos (programa de apoyo 2), que implica la capacitación del personal conforme a los problemas de salud y determinar las características y perspectivas del mercado de trabajo del personal técnico y profesional en el sector, entre otros.

En general, algunos de los problemas que tiene el Sistema Nacional de Salud de nuestro país se pretenden solucionar con estrategias generales como las reseñadas arriba, sin embargo no se vislumbra la posibilidad real de incorporación de psicólogos, sociólogos, antropólogos, etcétera, que se hagan cargo de programas relacionados directamente con, por ejemplo, educación para la salud, participación comunitaria, modificación organizacional de los servicios, y otros. Estas estrategias y sus programas siguen siendo dirigidos, principalmente, por profesionales de la medicina, por ejemplo la Dirección General de Fomento a la Salud tiene como Director al DR. Rafael Camacho Solís y colaboran con él algunos profesionales de las ciencias sociales y de la conducta; de esta manera, las guías de acción, aunque las diseñe cualquier profesional de la conducta, se proyectan principalmente con la óptica del modelo biomédico, y con la disposición de escasos recursos. Por estas consideraciones, creemos que aún es retórico la adopción de un modelo biopsicosocial y dificulta la instrumentación de un modelo de servicios de salud con base en la anticipación del riesgo por grupos de poblaciones.

Ante esta perspectiva en la transición epidemiológica e institucional, el énfasis en la participación de otros profesionales de la conducta y de las ciencias sociales abre opciones amplias para la redefinición de la labor profesional del psicólogo en el sector salud hacia roles y actividades de mayor transcendencia que las de mero auxiliar de las acciones médicas, una vez que la psicología ha desarrollado conocimientos y metodologías aplicables que pueden ser de gran utilidad para satisfacer las necesidades de salud de la población, dentro de las actuales condiciones económicas y socioculturales del país.

Así, a continuación, presentamos las contribuciones de la psicología como alternativas viables, actuales y potenciales, para colaborar, conjuntamente con otras disciplinas, a modificar las tendencias en las condiciones de salud presentes y el mejoramiento de los servicios del sistema de salud.

## **2. LA INSCRIPCIÓN PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO EN EL CAMPO DE LA SALUD Y LAS CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA EN LA ATENCIÓN A LA SALUD.**

Establecer cual ha sido la evolución y desarrollo de la psicología en el ámbito de la salud no es fácil ya que ésta, por ser una disciplina que, principalmente, requiere de la

mediación de otras para su aplicación social (Ribes, 1986) ha estado ligada a diversas actividades y ámbitos de las instituciones de salud y de aquellas formadoras de personal orientado al mantenimiento y cuidado de la misma. Sin embargo, muchas de las contribuciones de la psicología se pueden encontrar en la evolución de la forma de ejercicio profesional del psicólogo en el campo de la salud debido a que ésta se ha dado asociadas a las demandas profesionales de la disciplina en el campo.

Hasta hace relativamente poco tiempo, la participación del psicólogo en el ámbito de la salud ha sido formalizada en algunos países a través de leyes y reglamentos, así como dentro de asociaciones profesionales en psicología, lo cual ha llevado recientemente a preocuparse por documentar el desarrollo del campo, las tendencias y las opciones para expandirlo (Holtzman y cols., 1988). Se ha podido identificar que los orígenes de la participación del psicólogo en el campo de la salud se encuentran en la educación de profesionales de la medicina (Gentry y Matarazzo, 1981), pero no existen estudios detallados de su quehacer y, aunque existen estadísticas confiables del número de participantes que actualmente se encuentran practicando la psicología, no se sabe de manera confiable cual es la naturaleza de sus actividades.

Intentar describir los orígenes de la inscripción profesional del psicólogo en el campo de la atención a la salud en México, como en Latinoamérica, requiere necesariamente considerar el proceso de evolución de la psicología en tal campo en países desarrollados y, principalmente, en Estados Unidos, dadas las características de dependencia de esta profesión también. En tales países se han desarrollado los diversos modelos y tecnologías en y para los problemas de salud de ellos (Holtzman y cols., 1988) y se han aplicado con éxito una vez que se han adaptado a México; lo cual implica reconocer que la psicología como disciplina y profesión, en nuestro país y América Latina depende de los desarrollos de los países industrializados por causas similares a la medicina.

Si bien es cierto que el modelo de atención a la salud en Estados Unidos es diferente al de México, al compararlos comparten características generales similares en relación a su organización y sus determinantes disciplinarios, ya que debemos recordar que nuestro país está fuertemente influido por la dinámica socioeconómica de los países desarrollados, copiando los modelos de atención de tales países y aún determinando el tipo de problemas a los que orienta las alternativas de solución en salud; aunque estén desligados de las necesidades de salud reales de nuestra población, como ya lo planteamos anteriormente. De esta manera, encontramos procesos similares en el desarrollo de las contribuciones de la psicología al campo de la salud entre países desarrollados y en desarrollo como México. En Latinoamérica la inscripción profesional del psicólogo en el campo de la salud comienza como en Estados Unidos, en la educación médica (Duarte, 1986), las contribuciones de la psicología se orientan hacia problemas y áreas similares (García, 1986), con auge en la investigación por la misma década (los 70s); todo esto, creemos, como resultado de la dependencia tecnológica sobre los países desarrollados, no como producto de que existan procesos socioeconómicos y culturales similares. Sin embargo, no debemos de perder de vista que las características institucionales de la práctica de la medicina en nuestro sistema de salud es diferente y abre mayores posibilidades de instrumentar nuevas prácticas con la inclusión de otros profesionales.

En Estados Unidos y otros países de Europa la concepción neoliberal del ejercicio profesional de la medicina es marcada y la competencia, por lo tanto, es directa y abier-

ta, abarcando la lucha entre profesionales de la salud el terreno de lo político (modificando la legislación, por ejemplo), entre los cuales también interviene el psicólogo. En nuestro país se puede encontrar, de manera incipiente, un sistema de atención a la salud con modalidades prácticas similares a las de Estados Unidos: la práctica privada de grupo a través de seguros, la subrogación pública a servicios privados, la atención por lista (IMSS, por ejemplo) y la asistencia pública (López, 1986). No obstante, en nuestro país se puede conceptualizar a la práctica como mixta (privada e institucional), con un predominio de la práctica institucional dominada en sus aspectos relevantes por el profesional de la medicina con su enfoque biomédico; lo cual ubica la lucha por la inserción de otros profesionales en el terreno de lo institucional básicamente.

Ahora bien, según Stone (1979), la psicología ha estado involucrada en el cuidado de la salud desde hace mucho tiempo antes que otras disciplinas sociales y conductuales (sociología, antropología y otras) lo hicieran. Sin embargo las formas que ha ido adoptando el ejercicio del psicólogo y las aplicaciones de la psicología en el campo de la salud no se pueden detallar precisamente por falta de información; no obstante, la capacidad de la psicología para resolver problemas prácticos parece jugar un papel importante en el arraigo, diversificación y aceptación de la disciplina en el cuidado de la salud.

En la evolución de la inscripción de la psicología en el ámbito del cuidado de la salud biológica se pueden identificar tres etapas que han seguido un desarrollo interrelacionado. Inicialmente, el psicólogo se inscribe en la educación y orientación de personal profesional de la salud en escuelas de medicina, enseñando tópicos de psicología, vinculados seguramente con la enseñanza de la psiquiatría, pero también a médicos generales, extendiendo su labor pedagógica a hospitales de salud mental y, posteriormente, aplicando habilidades como la evaluación, el tratamiento clínico y la investigación en instituciones del cuidado de la salud mental y médica (Stone, 1979). Para Gentry y Matarazzo (1981) todo el origen de la involucración y desarrollo de la psicología en la medicina está en la relevancia del papel que ha jugado en la educación de personal profesional de salud, y básicamente médicos generales. Para Holtzman (1988), la psicología se inscribe en el campo de la salud a través de la práctica de especialidades de la psicología como son: la psicología clínica, la orientación personal que nació en ambientes académicos y la psicología educativa y del desarrollo; todas las cuales comparten características en cuanto a la forma de ofrecer el servicio (salud mental) y donde predominan formas de práctica similares al modelo de atención de la medicina -relación uno a uno, con énfasis en el diagnóstico y tratamiento o atención.

Así, todo parece apuntar a que el psicólogo va ganando espacios participativos en ambientes del cuidado de la salud física como producto de su inscripción profesional, como profesores e investigadores de escuelas de medicina a lado de médicos y psiquiatras, sus aportaciones en el entendimiento y tratamiento de factores psicológicos relacionados con la enfermedad física y la asesoría en la aplicación de los conocimientos de la psicología para resolver problemas del sistema de salud; además de un esfuerzo, que se ha hecho constante, por involucrar a la psicología con la salud y la enfermedad desde la formalización del curriculum de medicina por Flexner (1910; citado por Gentry y Matarazzo, 1981).

No obstante, la inscripción profesional del psicólogo en el campo de la salud más bien obedece a la demanda social en la solución de problemas y es posterior al desarrollo de otros campos de aplicación de la psicología; no es producto del desarrollo de la

disciplina como ciencia en el campo, como lo establecen Stone (1979) y Holtzman y cols. (1988). Después de la Segunda Guerra Mundial se crearon y se consolidaron áreas profesionales como la psicología clínica y anormal, la consultoría, la industrial y empresarial, el servicio público y militar, entre otras; dando pie al desarrollo campos de conocimiento de la psicología y ahora en el campo de la salud debido a las condiciones epidemiológicas. Así, los desarrollos conceptuales y metodológicos de otros campos son posteriormente aplicados con éxito en el de la salud general, pero al margen de consideraciones teóricas acerca de la legalidad de los fenómenos que definen lo psicológico en dicho campo.

Aunque se reconoce objetivamente que la psicología en la salud, como disciplina, ha hecho contribuciones al entendimiento de la enfermedad, la salud y la organización de la oferta de atención, como se puede inferir de la gran cantidad de publicaciones al respecto, aún no se llega a una definición precisa y ampliamente aceptada del dominio de la psicología en el campo de la salud; aspecto que contrasta con el entusiasmo propositivo de muchos investigadores (por ejemplo, Stone, 1979; Schofield, 1979; Ribes, 1989a; Holtzman y cols. 1988; Bayés y Ribes, 1989) acerca de las posibilidades de expansión de la aplicación de la psicología y en la delimitación de su dimensión en el proceso salud-enfermedad y su atención.

Nos parece conveniente reseñar el desarrollo de la inserción de la práctica profesional del psicólogo en el campo de la atención a la salud física, ya que a través de ello podemos tener claro las tendencias del crecimiento de la disciplina como profesión y como disciplina en el campo, sus características, sus alcances, determinaciones y perspectivas con respecto a las necesidades de salud de nuestro país que hemos planteado.

Como ya mencionamos inicialmente, Stone (1979) identifica, a través de estudios retrospectivos de varios autores, tres aplicaciones relevantes de la psicología a ámbitos relacionados con el cuidado de la salud y el sistema de salud en general: la educación, la psicología clínica y la investigación.

## **2.1 EL PSICÓLOGO EN LA EDUCACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD.**

La Asociación Americana de Psicología (APA), en 1911, en el simposium "Las relaciones de la Psicología y la Educación Médica" (Franz, 1912; citado por Stone, 1979; Gentry y Matarrazo, 1981), identificó la actividad del psicólogo y sus contribuciones potenciales en la educación médica. En los años iniciales del presente siglo, en Estados Unidos existió un gran debate acerca de la aportación actual y potencial de la psicología a la educación de profesionales de la medicina.

Los médicos, inicialmente, estaban escépticos de que la psicología pudiera realmente ofrecer algo importante a su trabajo y la respuesta de los psicólogos fue desarrollar explicaciones de la importancia de los estados mentales relacionados con la medicina, así como el señalamiento de que muchos tópicos de la misma (fisiología, neurología, psiquiatría y la medicina clínica) ya incorporaban discusiones sobre eventos mentales - por ejemplo, el funcionamiento de los órganos de los sentidos. También, se explicó que si algunos psicólogos eran incapaces de aportar a la práctica médica era debido a su falta de experiencia en el campo; así, si se le permitía al psicólogo insertarse en el

campo, su experiencia cristalizaría en contribuciones más concretas. La respuesta de otros psicólogos fue más fuerte y, por ejemplo, Watson enfatizó que a la psicología no se le daba la importancia debida y sugirió contenidos de los cursos con un énfasis en los métodos de laboratorio, las aportaciones de la psicofísica y la explicación del papel de los factores emocionales en el trabajo mental futuro de los individuos. (Franz, 1912; citado por Stone, 1979).

Estos señalamientos, conjuntamente con el reconocimiento de que existía un número creciente de psicólogos vinculados con el cuidado de la salud, fueron el comienzo de respuestas más organizadas por medio de la APA, que creó un comité especial para determinar el estado que guardaba la enseñanza de la psicología en escuelas de medicina y las creencias de los administradores al respecto. La comisión fue conformada por Franz, Southard y Watson en 1912 (Stone, 1979), los cuales desarrollaron y aplicaron un cuestionario a las escuelas de medicina. Encontraron que una gran proporción de escuelas (71 de 116) confundían a la psicología con el "psicoanálisis", pocas escuelas aceptaban abiertamente que los psicólogos enseñen en escuelas médicas y otros "sintieron" que los estudiantes deberían aprender psicología en algún momento de su entrenamiento. A partir de esta investigación, la comisión concluyó que: 1) los cursos de psicología en escuelas médicas, por ser necesarias a la práctica médica, deben ser enseñados por alguien con entrenamiento en psicología y medicina; 2) el curso debe ser práctico y relacionarse con los hechos cotidianos de la atención a la salud lo más posible, pero con miras a incorporar conocimientos que estimulen y permitan su aplicación futura, asimismo debe ser previo a cursos de psiquiatría y neurología, y; 3) el curso debe ser general y capacitar al estudiante a estar personalmente involucrado con los métodos y la naturaleza general de la experimentación psicológica, más que ser de tipo enciclopédica.

A partir de los planteamientos anteriores, la enseñanza de la psicología en escuelas de medicina se incrementó y se desarrolló con la tendencia a enfatizar la importancia de los factores psicológicos que aparecen en pacientes, o de aquellos que tienden a empeorar su salud y que son de importancia para el médico general y no sólo del especialista (psiquiatra, principalmente); con esto, el énfasis se dirigió a la enseñanza de psicología general y la metodología experimental (Stone, 1979).

Hasta 1950 se inicia un estudio más formalizado de la relación de la psicología con la medicina en la Universidad de Pittsburgh, además de encuestar a psicólogos que laboraban en escuelas médicas (Gentry y Matarazzo, 1981), con la intención de integrar colaborativamente a la salud pública, la psicopatología experimental, la investigación neurológica y gerontológica, así como la educación médica. Posteriormente, se propone que la contribución de la psicología a la educación médica sea en un contexto interdisciplinario, con la colaboración de otras ciencias conductuales y sociales, ganando un fuerte apoyo dicha propuesta; su impulsor fue Carlyle (citado por Stone, 1979), cuya formación era médica. Así, entre 1930 y 1950 la participación del psicólogo en escuelas de medicina fue relativamente baja y no existen datos precisos de la naturaleza de lo que se enseñaba y cómo se enseñaba; la participación era a lado y bajo auspicio de profesionales con formación médica (psiquiatras, fisiólogos y otros).

No se puede establecer un perfil teórico del psicólogo enseñando en escuelas de medicina ya que los había con diversas orientaciones dentro de la misma disciplina. Aunque se asegura que en la enseñanza de la psicología predominaba una orientación

hacia la psicología fisiológica y la psiconeurología (Schofield, 1979).

No obstante, los psicólogos han ido incrementando su participación en número importante en escuelas de enseñanza de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y físicos, además de trabajadores sociales) y no ha sido sólo producto del incremento de escuelas de enseñanza (Gentry y Matarazzo, 1981), sino de la demanda fundamentada de los profesionales de la salud, en el conocimiento de que este profesional puede hacer contribuciones a los servicios psiquiátricos y la enseñanza de programas importantes a los estudiantes médicos generales. El incremento de psicólogos que participan en la educación de médicos también se ha debido a que, además de poseer conocimientos de fisiología y neurología, han demostrado efectividad en sus habilidades de consejo a psiquiatras y médicos en problemas clínicos (Schofield, 1979); asimismo su incorporación creciente al campo de la atención a la salud es el resultado de su participación en la investigación de problemas de ese campo, a lado de los profesionales de la atención a la misma, entre otras cosas.

Comúnmente, los psicólogos que participan en la educación de profesionales médicos han mostrado un interés especial en la investigación de aspectos fisiológicos y neurológicos en hospitales afiliados a universidades y, esto, permitió que fueran consultados sobre problemas clínicos, dando origen al papel característico del psicólogo en ambientes del cuidado de la salud física (Cummings, 1992; Schofield, 1979).

En relación a México, carecemos de información confiable acerca de la inserción del psicólogo en la enseñanza de la psicología en escuelas de medicina, ni la cantidad de los mismos, ni la naturaleza de lo enseñado. En una revisión superficial del currículum de la Facultad de Medicina de México, modelo para otros, desde antes de 1982 a la actualidad, se contemplan aspectos de la psicología, la pedagogía y otras ciencias sociales y de la conducta en tópicos que se consideran de importancia como la "Educación para la Salud", de los módulos o materias de medicina preventiva y social, que se imparten como temas integrados a los contenidos del área de enseñanza dentro de los programas correspondientes a los ciclos I, II, III y VII, así como en relación con los ciclos clínicos.

En los contenidos temáticos de medicina preventiva y social se consideran aspectos como los principios de la educación para la salud y técnicas de enseñanza individual y colectiva que contienen algunos temas de contenido psicológico como "psicología del aprendizaje y dinámica de grupos" que supondría que incorpora a psicólogos en su enseñanza e investigación, pero creemos que esto no ocurre considerando que estos tipos de módulos sólo ocupan un promedio del 3.5% de tiempo total de enseñanza en cursos como "Introducción a la práctica médica", "Medicina Preventiva", "Medicina social", "salud Pública" y aspectos como investigación en educación para la salud, conforme a los programas de enseñanza de pregrado del Departamento de Medicina Social y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM (1982); por lo tanto, creemos que la participación del psicólogo en la enseñanza de tópicos de la psicología en escuelas de medicina es baja en relación a países como Estados Unidos.

De esta manera, podemos afirmar que en nuestro país, en la enseñanza médica, aunque existe un interés por involucrar conocimientos y metodologías que apoyen los objetivos de salud a través de la formación de personal, aún se enfatiza más el aprendizaje de procedimientos y tecnologías del cuidado de la salud, dándose poco énfasis a los conocimientos de la psicología y otras disciplinas sociales que pueden ayudar a me-

jorar los procesos de atención y apoyar otras estrategias de prevención de más amplio alcance e impacto social en materia de salud, lo cual también es señalado como problema por López (1986). No obstante, los contenidos de los cursos de psicología y su absorción por las instituciones educativas obedecen a una lógica diferentes de la que dirige la producción del conocimiento. La psicología inscrita en la enseñanza de profesionales de la salud tiene una orientación ideológica y depende de las personas que la implantan, y de disposiciones legales que pueden o no garantizar su lugar junto a otras áreas del conocimiento; lo cual, entonces, determina su posición en los planes de estudio del sector salud (Duarte, 1986) y adopta sólo los elementos que le son funcionales a sus propósitos.

Analizando la situación de América Latina en relación a la inserción de disciplinas de las ciencias sociales y de la conducta en la educación médica se pueden abstraer algunas conclusiones, dado que se han seguido procesos similares. En América Latina el proyecto que instituyó los programas de medicina preventiva y social, iniciado en la década de los 50, otorgaron a las ciencias sociales y de la conducta una función importante. Duarte (1986) considera que las ciencias sociales incluyen la sociología, la antropología y la psicología (más recientemente, la economía política, la política, la historia y campos afines) y considera que su enseñanza en Latinoamérica posee una impregnación funcionalista derivada de las elaboraciones parsonianas, así como de Radcliffe y Brown; lo cual es, también, el resultado lógico de la adopción de esquemas conceptuales de los países desarrollados y los fundamentos conceptuales del modelo biomédico, el cual tiene bases del funcionalismo.

En cuanto a la enseñanza de las ciencias sociales, que incluye a la psicología, también existe una tendencia a involucrarla o mezclarla con la medicina social. De manera similar que en Estados Unidos, Bagdeley y Schulte (citados por Duarte, 1986) encontraron que 25 por ciento de las facultades de medicina latinoamericanas ofrecían cursos de antropología, sociología y psicología a los estudiantes de medicina; pero existía una gran heterogeneidad de nombres y contenidos de los cursos. Así, los orígenes de la enseñanza de la psicología y otras ciencias del comportamiento en escuelas de medicina de América Latina están determinados por las propuestas de la creación de los Departamentos de Medicina Preventiva y Social, producto de dos Seminarios Internacionales sobre la Enseñanza de Medicina Preventiva y Social: el de Villa del Mar, en 1955 y el de Tehuacán, en 1956 (Duarte, 1986). En la filosofía de educación propuesta se insistía en la atención integral del individuo y su familia, en la formación biopsicosocial, en la práctica de la medicina integral, preventiva, curativa y de rehabilitación, conocimiento y participación en la solución de los problemas de salud de la comunidad. El documento de 1955 afirma textualmente que se debe entender al hombre como unidad biológica que está integrada en una familia y ésta, a su vez, en una sociedad. El documento de 1956, detalla el programa que debe proporcionar al estudiante conocimientos de: a) del individuo como unidad biológica, para lo cual se incluirá la enseñanza de la biología, genética y psicología; b) del hombre como unidad social, teniendo presente las relaciones recíprocas con el medio ambiente: físicoquímico, biológico, psicológico o social. Abarcará aspectos de sociología general, ecología y antropología social, saneamiento, epidemiología y bioestadística (OPS, 1976; citado por Duarte, 1986).

Así, la introducción de las ciencias del comportamiento en los programas de medicina en América Latina fue el producto de la contribución de los ideólogos de la Medicina Preventiva y Social. En 1964 García (citado por Duarte, 1986) llevó a cabo una

investigación en donde 100 escuelas de medicina de Mesoamérica y Sudamérica enseñaban temas como: conceptos básicos (78 por ciento; abarcando psicología del desarrollo, procesos básicos y psicología social experimental), comportamiento en estados de salud y de enfermedad (55 por ciento; considerando temas como la conducta de búsqueda de ayuda, rol del enfermo y otros) y aspectos psico-socioculturales de la atención médica (39 por ciento). Se observó un predominio de los aspectos conceptuales sobre los aplicados; casi el 50 por ciento de la enseñanza se consagra a los primeros y en los segundos se carece de una delimitación clara del ámbito que los define en el campo de la salud.

García (1972; citado por Duarte, 1986) menciona algunos puntos referentes a las dificultades de la aceptación de la ciencias sociales: a) el bajo nivel profesional atribuido por los médicos a los científicos sociales y b) la situación poco clara de esos científicos en la estructura administrativa; además, sólo se les da importancia en relación a una formación cultural general, pero no como una herramienta de trabajo. Se encuentra también una baja utilización de las ciencias del comportamiento en el proceso del tratamiento y en la organización de la comunidad.

En México, en 1978, Villanueva y Quintana (1981; citado por Duarte, 1986) encuentran que las materias que incluían conocimientos y metodologías de las ciencias del comportamiento fueron: introducción a la sociología, antropología, salud para la comunidad, salud pública, medicina social y comunitaria. Sin embargo, y coincidiendo con lo que señalábamos en relación al programa de la Facultad de Medicina (plan tradicional y A-36) de la Universidad Nacional, el porcentaje total de horas destinadas a la enseñanza de conocimientos del área social y de la psicología es muy pequeña en relación a los temas clínicos de la profesión en el área tradicional, mientras que en el plan A-36 los temas de las ciencias de la conducta se relacionan mutuamente con todos los aspectos técnico-médicos, vinculados con la práctica comunitaria. El programa elaborado por la Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco) presenta características diferentes ya que en él se pretende: investigar, analizar y evaluar críticamente el proceso salud-enfermedad y presentar las relaciones entre las actividades económicas del hombre y la sociedad en su conjunto como básicas en el entendimiento del proceso salud-enfermedad. Se recalca la cuestión de la planificación de los programas básicos de salud y de atención, sea de hospitalización, centro de salud, etcétera. Es evidente que, dentro de ese plan, el manejo y uso del equipo material y técnico necesario para el ejercicio de la medicina son objetos de la formación médica preponderantemente.

Cabe mencionar la situación de Cuba, ya que el programa de enseñanza de la medicina constituye el reflejo de las relaciones de producción y éstas también modificaron necesariamente la organización de los servicios de salud. Aquí, según Duarte (1986) el sistema es verdaderamente interdisciplinario, involucrando a diversos profesionales de las ciencias sociales y de la conducta, incluyendo al psicólogo. El programa pretende transmitir una concepción social de la medicina, integrar estudio y trabajo, práctica, ciencias básicas y clínicas, así como aspectos psicológicos y biológicos.

En general, se tiende a enseñar, en escuelas y facultades de medicina, las ciencias de la conducta y la psicología con orientación ecléctica, el psicólogo está adscrito, cuando participa, a los departamentos de psiquiatría, medicina preventiva y medicina social; el clima general de las escuelas y facultades de medicina con respecto a otras

disciplinas es de resistencia a incorporar a profesionales que no tiene formación en alguna disciplina biomédica en la enseñanza de diverso temas sociales y de la conducta.

En contraparte, a nivel de Posgrado se observa una tendencia a fomentar las disciplinas y los cursos de ciencias sociales con mayor sistematicidad y profundidad. Mientras que a nivel pregrado el psicólogo tiene una baja participación en la formación de profesionales de la medicina transmitiendo conocimientos de su disciplina, a nivel posgrado su participación puede aún ser mayor y activamente participando en la producción de los conocimientos (Duarte, 1986).

No tenemos estadísticas acerca de la cantidad de psicólogos que participan en escuelas y facultades de medicina en México, pero su cantidad proporcional debe ser mucho menor a la de países desarrollados; tan solo en E.E.U.U., el 98 por ciento de escuelas de medicina tienen empleados a psicólogos (Lubin, Nathan y Matarazzo, 1978; citado por Gentry y Matarazzo, 1981). Y el número creciente de psicólogos que se incorporan ha estimulado la creación de la División de la Psicología del Cuidado [la atención a] de la Salud (División 38) de la American Psychological Association en 1976 (Gentry y Matarazzo, 1981) y el desarrollo de Journals como el Behavioral Medicine y libros con tópicos como "Afrontamiento con la Enfermedad Física" de Moos (1977; citado por Budman y Wertlieb, 1979).

Sin embargo, en nuestro país, y conforme a nuestra experiencia, la participación del psicólogo en la educación médica tiende a incrementarse sólo como producto, entre otros, de la interacción cotidiana en universidades que aglutinan a diversas profesiones de la salud en un proyecto ínter o multidisciplinario. Este tipo de proyectos, y como una experiencia personal, permiten la comunicación más abierta, formal e informal entre médicos y psicólogos en cuanto a la atención de problemas de salud-enfermedad y las alternativas que propone la psicología para solucionarlos e incrementar su eficacia, originando colaboraciones en investigación, así como invitaciones para desarrollar cursos extracurriculares a estudiantes de medicina, a profesionales de la misma y a académicos sobre tópicos relacionados con los problemas médicos. De esta manera, no podemos negar que tales formas de organización interdisciplinaria han contribuido a una mayor aceptación de la participación del psicólogo en el campo de la salud, aunque aún con una tendencia a identificarse a éste con el rol tradicional del psicólogo clínico, con funciones de diagnóstico y tratamiento de salud mental principalmente. Sin embargo, las formas de participación del psicólogo en la educación de personal médico y las participaciones conjuntas, no poseen una naturaleza formal y reconocida institucionalmente por lo común; inclusive, en otras unidades interdisciplinarias la competencia por recursos para la investigación genera recelos que limitan tales colaboraciones (como ocurre en la carrera de Psicología de la U.A.M. Iztapalapa).

Para que el psicólogo en México, como en la mayoría de los países del mundo, tenga una posibilidad más clara y precisa de contribución en la educación de profesionales de la salud, creemos que es necesario generar un campo de formación de los mismos que esté reflejado concreta y homogéneamente en los planes de estudio de escuelas y facultades de medicina; no obstante, necesariamente se requiere como recurrente modificar en dichos planes el predominio de la orientación biologicista, así como la concepción neoliberal subyacente en la que se basa la educación profesional del médico.

No debemos perder de vista que la formación profesional del médico depende de las características y determinaciones propias del sistema social imperante, así como de las necesidades y exigencias del medio profesional respectivo. Estos dos niveles de la realidad se interpenetran e influyen en la forma como se construye el proyecto curricular de la carrera de medicina. Así, la formación del médico no es, por lo tanto, casual, sino responde a intereses sociales generales y específicos y a las posiciones hegemónicas existentes a nivel de toda la sociedad y del sector salud en particular; intereses que configuran y determinan en gran medida una forma de práctica profesional del médico, a la que, desgraciadamente, la psicología como profesión no ha podido abstraerse del todo. La formación del profesional de la medicina, para superar el enfoque biologicista que limita el logro de las metas de salud del país, debe enfatizar la importancia de la medicina preventiva para evitar o retrasar el surgimiento de las enfermedades y promover la salud. En este sentido, es necesario considerar las características socioculturales y los aspectos psicológicos de los distintos grupos de la población para que la medicina cumpla efectivamente su cometido. Lo anterior, creemos, puede constituir el espacio de mutua vinculación en la formación del médico y la participación del psicólogo y otros profesionales de las ciencias sociales y de la conducta.

En Cuba, se ha logrado integrar el campo de formación en el que el psicólogo tiene una participación definida y ampliamente aceptada en todas las etapas de formación del profesional (seis en total). Por ejemplo en el plan de estudios de medicina existe una unidad general llamada "El hombre y su ambiente", que abarca al hombre en su ambiente geosocial bajo aspectos tales como: los psicológicos, sociales, culturales, preventivos, epidemiológicos, demográficos, estadísticas básicas, actividades sobre el terreno y policlínicas, metodología científica, organización de servicios de salud pública; en suma, se intenta transmitir una concepción social de la medicina, involucrando aspectos psicológicos y biológicos, manifestándose esta situación en una participación más relevante del psicólogo en el campo de la salud en general (Duarte, 1986).

Ahora bien, en cuanto a la naturaleza laboral y número de psicólogos inscritos en la enseñanza de la psicología en escuelas de medicina, en países desarrollados, como Estados Unidos, se ha incrementado el número de psicólogos y su estabilidad laboral en las mismas, así como también ha habido un cambio importante en las funciones de los psicólogos dentro de ellas. Sus funciones se hicieron diferentes al papel principal de investigación que los caracterizó entre los 60s y 70s, ya que ahora están involucrados igualmente en servicios clínicos, la enseñanza y la administración; asimismo, se ha dado un cambio de interés del diagnóstico a la terapéutica psicológica (Nathan, Lubin, Matarazzo y Perseley, 1979; citado por Gentry y Matarazzo, 1981). Pero esta situación es diferente a la anterior, ya que ese incremento y diversificación de actividades de los psicólogos en las escuelas de medicina se da también como producto de la gran cantidad de recursos destinados a la atención médica y la investigación, dentro del marco de "Bienestar Social" que impulsó el enfoque comunitario en la década de los 60s, con J.F. Kennedy, principalmente. Sin embargo, con base en la información anterior, esto no ha llevado a definir claramente la inscripción del psicólogo en la educación de profesionales de la medicina; sin embargo, aún falta por integrar un campo de conocimiento y formación mutuo entre la psicología y la medicina para establecer precisamente la participación del psicólogo.

En 1970, un gran número de psicólogos que enseñaban en escuelas de medicina, muestran un interés más dirigido a la aplicación de sus habilidades sobre problemas

conductuales y emocionales asociados con enfermedad física o en el diseño e instrumentación de programas para reducir la susceptibilidad a ciertas enfermedades (Cummins, 1975), fenómeno que no sólo ocurrió en el ámbito de la psiquiatría o la salud mental; aunque tal práctica inicialmente estuvo ligada a los ambientes hospitalarios de la psiquiatría.

Como resultado de lo anterior, otra actividad que se instituye, como producto de la demanda asociada a la participación del psicólogo en escuelas de medicina, es la clínica pues, como sabemos, las Universidades en Estados Unidos tienen sus propios centros de salud, comunidades y hospitales, lo cual permite una vinculación estrecha entre actividad profesional, docencia e investigación. De la docencia emanan las condiciones para el surgimiento y desarrollo de la práctica de la psicología clínica y, después, el ejercicio de otros roles, así como el interés por integrar los conocimientos y metodologías de la psicología como disciplina con la medicina para el entendimiento de la enfermedad y su tratamiento eficaz.

A partir de lo anterior, se pueden concluir varios aspectos que caracterizan la participación del psicólogo en la educación de profesionales de la salud.

-La inserción del psicólogo en la educación de profesionales de la medicina requirió el esfuerzo de buscar y adaptar aquellos conocimientos y metodologías que fueran pertinentes al modelo biomédico y de acuerdo a las modificaciones propuestas por Flexner en 1910.

-Hasta la actualidad no existe un perfil del psicólogo en la enseñanza de profesionales de la salud, ni un acuerdo sobre los temas enseñados, lo cual refleja la necesidad de construir con campo de conocimientos y habilidades psicológicas que definan la participación específica del psicólogo en la formación de profesionales de la salud; tal campo, enfatizamos, debe construirse a través del interés mutuo de las dos disciplinas en la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud e, incluso, el conocimiento e intervención en la dimensión psicológica del proceso de la salud y enfermedad para su atención.

-La participación del psicólogo en la formación de profesionales de la salud está determinado por las demandas específicas de los planes de estudio y no por el desarrollo de la disciplina. Así, la participación del psicólogo en la educación de profesionales de la salud está modulada y regulada por los médicos y conforme a las necesidades del modelo biomédico.

-La cantidad de psicólogos que participan en la formación de profesionales de la salud es, también, producto del apoyo y recursos que se destinan a la investigación en las escuelas de medicina y no sólo de la cantidad de escuelas y facultades médicas.

-La enseñanza de la psicología, como otras ciencias de la conducta, en escuelas y facultades de medicina se articula básicamente a través de módulos de medicina preventiva, salud pública y educación para la salud, pero es poco aceptado que el psicólogo enseñe en tales módulos y el tiempo destinado para enseñarlo es mínimo. Así, la enseñanza de la psicología en la formación de profesionales de la salud es el producto de la contribución de ideólogos de la Medicina Preventiva y Social.

-La enseñanza de la psicología posee una impregnación funcionalista derivada de las elaboraciones parsonianas, además de que predomina una orientación ecléctica.

-La enseñanza de tópicos de la psicología en escuelas de medicina de México en el nivel pregrado es verbalista, poco práctica, mientras que a nivel posgrado está orientada a la generación de conocimientos y la investigación.

-La psicología en la salud es percibida como parte de una formación cultural general y no como herramienta de trabajo.

## **2.2 LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL PSICÓLOGO EN AMBIENTES DE ATENCIÓN A LA SALUD.**

La psicología clínica fue la primera de las especialidades de la psicología que, como práctica profesional, se incorpora al sistema de salud. Según Stone (1979), los psicólogos clínicos comenzaron a aparecer en los ambientes médicos en un número importante sólo después de la Segunda Guerra Mundial y se incrementó diez veces más su cantidad en treinta años; obviamente, incorporación asociada a las contribuciones científicas y profesionales de los psicólogos en el campo de la salud mental (Holtzman y cols, 1988) y a la demanda del campo. Sin embargo, también es difícil documentar y caracterizar el trabajo de los psicólogos clínicos en el campo de la atención a la salud física a través de los reportes de Estados Unidos y otros países, aunque se puede establecer que su labor principal fue la atención de las enfermedades mentales y la preparación quirúrgica del paciente; esto último, inferido del trabajo de Janis en 1958 (citado por Belar Deardorff y Kelly, 1987; Stone, 1979). Sin embargo, Holtzman y cols. (1988) nos refieren que la psicología, desde entonces, se había preocupado por demostrar las relaciones mente-cuerpo a través de determinar los efectos de los estados emocionales sobre los procesos fisiológicos, el efecto de los placebos y el desarrollo de la "enfermedad iatrogénica. Después de los 50s, las aportaciones de psicólogos de las teorías del aprendizaje, además de aportaciones de médicos en la relación estados afectivos-salud (Seyle, por ejemplo) incrementaron la involucración de la psicología en el campo de la atención a la salud física.

Realmente, desde sus inicios, la actividad del psicólogo en ambientes del cuidado de la salud (hospitales y clínicas de atención a la salud) se ha caracterizado por la aplicación de la psicología clínica y la asesoría básicamente, sin dejar de lado la investigación a lado de médicos y otros profesionales de la salud. No obstante, se empezó a prestar más interés sobre la aplicación de la psicología como intervención terapéutica; muchas intervenciones de este tipo se fundamentan en la consideración de que la presencia de perturbaciones psicológicas de pacientes hospitalarios y externos puede llevarlos a no comprender y cooperar con el tratamiento y el psicólogo tiene las habilidades para detectar dichas perturbaciones (ansiedad y depresión, por ejemplo), diagnosticarlas y tratarlas (Schofield, 1979).

La práctica clínica del psicólogo en el campo de la atención a la salud ha tendido a un incremento sustancial en varios países industrializados y en desarrollo (Holtzman y cols., 1988). A través de una encuesta de la American Psychological Association (APA) en 1980, se encontró que había 700 psicólogos trabajando tiempo completo en hospitales generales, 1430 en centros médicos y 1038 en centros médicos de la Administración

de Veteranos, lo que indica una tendencia hacia la expansión de la actividad del psicólogo en hospitales generales -cuatro por ciento más que los psicólogos que laboran en hospitales psiquiátricos (Dörken, Webb y Zaro, 1982).

Al comienzo de los 70s, los psicólogos comienzan a mostrar interés en aplicar sus habilidades en problemas emocionales y conductuales asociados con la enfermedad física, o reducir la susceptibilidad a ciertas enfermedades (Cummings, 1975). Las actividades que llevan a cabo los psicólogos en ambientes hospitalarios de medicina en 1980, por orden de frecuencia son: la evaluación, la psicoterapia, la asesoría (consejo), el entrenamiento, la investigación y la administración (Dörken, Webb y Zaro, 1982); tendencia que, dado el predominio del modelo biomédico, no creemos que se haya modificado.

La involucración del psicólogo en ambientes de atención a la salud ha permitido al mismo la detección de los factores que afectan al proceso salud-enfermedad y a los proveedores de los servicios (Cummings, 1992). Dicha experiencia ha jugado un papel importante en el desarrollo de explicaciones racionales de la involucración del psicólogo en el estudio y manejo de la enfermedad física (Schofield, 1979), de tal manera que se han desarrollado varias aproximaciones de la relación entre enfermedad física y mental, sus efectos en el tratamiento médico y de los determinantes de las conductas de salud y enfermedad, los cuales son importantes para la prevención.

Así, por ejemplo, Stone (1979) relaciona todo lo que era parte del ejercicio de la psicología clínica en el sistema de salud con el término de "Psicología Médica", que en la vieja literatura se refirió principalmente al trabajo de individuos médicamente entrenados que retomaron algunos conceptos de la psicología. De igual manera, "Medicina Psicológica" tiene un significado similar que usualmente se refería al tratamiento de aquellas personas con desórdenes mentales y de retardo en el desarrollo. Aunque los desórdenes mentales y el retardo en el desarrollo han sido y son parte del dominio de los servicios de salud, esta áreas no son el interés del presente trabajo ya que, históricamente en estas actividades se ha caracterizado al psicólogo en servicios de salud mental no relacionados directamente con ambientes del cuidado de la salud biológica (psiquiátricos y escuelas de educación especial básicamente), nuestro interés se centra en ambientes del cuidado de la salud física y la salud pública; ámbitos de actual desarrollo y expansión de la psicología en el campo de la salud general.

En una revisión de la psicología aplicada a problemas médicos se pueden establecer algunas tendencias iniciales en el trabajo que se ha desarrollado clínicamente en el sistema de salud. Los diversos problemas generales a los que se dirigió, de acuerdo a Olbrisch (1977; citado por Stone, 1979), son: 1) intervenciones que ayudan a reducir los costos que provocan los "sobreutilizadores" de servicios en clínicas para pacientes externos; 2) los esfuerzos para disminuir una variedad de condiciones que se cree están relacionadas a estresores de la vida en varios grupos durante el periodo de 1948 a 1953 y; 3) los estudios de Janis en 1958 sobre preparación quirúrgica. De 1953 a 1965 hubo poca literatura adicional de importancia y es hasta 1968 que se empieza a estudiar el impacto de la oferta de la psicoterapia en los programas de salud sobre la utilización de otros servicios (Stone, *ibid*).

Otro factor importante en el incremento de la participación del psicólogo en el campo de la atención a la salud biológica es que de 1950 a 1980 ha habido un decremento de la influencia de las teorías psicodinámicas y un incremento en el énfasis sobre

procesos psicofisiológicos, el interés sobre las dimensiones sociales y ecológicas, y el desarrollo de las intervenciones psicológicas para prevenir o aminorar la enfermedad y mejorar el sistema de salud (Belar, Deardorff y Kelly, 1987); es decir, se pasa de la aplicación de enfoques extremadamente teóricos o especulativos a aproximaciones aplicadas de utilidad práctica al sistema de salud; a este respecto las contribuciones más significativas han sido las de la Medicina Conductual. Sin embargo, una publicación de Schofield en 1969 (citado por Stone, 1979; Belar, Deardorff y Kelly, 1987) es la que marca un cambio de interés de los psicólogos hacia el sistema de salud y provoca la mayor cantidad de incorporaciones de psicólogos clínicos y otros proveedores de servicios de salud. Schofield, se señala, hizo un llamado a los psicólogos para que no olviden la investigación y servicio en los ambientes médicos generales ya que, al revisar las tendencias de la misma de dos años anteriores a su publicación, la mayor parte de las publicaciones (81 por ciento) eran del área tradicional de la salud mental (retardo, incapacidades educacionales, alcoholismo, psiconeurosis, esquizofrenia y otros) y señaló opciones para expandir el trabajo del psicólogo clínico a otras áreas del sistema de salud.

A partir de 1970, como ya mencionamos, se empezó a dar respuestas sistemáticas al llamado de Schofield y se exploró mejores formas para la oferta de servicios de salud con la cooperación de los psicólogos y de ahí desarrollar un modelo del psicólogo como "un profesional del cuidado de la salud". Se llegó a discutir el valor potencial del uso de pruebas diagnósticas durante la consulta en clínicas médicas y de rehabilitación, además del análisis de las limitantes de la legislación sobre profesiones para darle a la psicología un estatuto de autonomía en el campo, a la vez que se pilotearon modelos de atención para integrar los servicios de salud física y mental; se intentó llevar a cabo una redefinición del rol profesional del psicólogo y orientar su labor a la aplicación de conocimientos y metodología más efectivas y útiles al sistema de salud. Así, se estimuló la emergencia y desarrollo de una nueva definición del psicólogo clínico como un profesional que está interesado y capacitado para atender los aspectos psicológicos de todos los factores que afectan adversamente la salud del individuo.

La actividad del psicólogo se concretó, de manera formal y uniforme, a labores de evaluación y tratamiento de los pacientes que eran atendidos en hospitales y centros de salud, actividades que caracterizan al psicólogo clínico, y, sin embargo, de manera informal, también dieron asesoría a médicos, psiquiatras, enfermeras y administradores como una constante de su labor profesional. Los psicólogos que han estado inscritos en actividades del cuidado de la salud física tienen principalmente una formación clínica, como parte de su interés en tratar la salud mental, sin embargo hay otros que son psicólogos sociales y del desarrollo (Belar, Deardorff y Kelly, 1987).

Actualmente, Holtzman y cols. (1988) plantean que el psicólogo clínico incluye en sus trabajos la psicoterapia (individual, grupal y familiar) con diversas orientaciones teóricas, consultorias (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 en diversos niveles.

Así, los psicólogos clínicos en el cuidado de la salud han laborado en la atención de pacientes con enfermedades específicas como dolores de cabeza, asma, desórdenes

dermatológicos, pacientes postcardíacos, enfermedades gastrointestinales, hipertensión, cáncer, enfisema y Parkinsonismo (Stone, 1979). Además, se señala que ha habido una expansión rápida de la presencia psicológica en los departamentos de pediatría (Drotar, 1977; Routh, 1977; citados por Stone, 1979) que se ha desarrollado con el término de *psicología pediátrica*, pero que enfatizan su actividad en problemas de salud y enfermedad de los niños.

Es indudable que para que haya habido una expansión de la actividad del psicólogo clínico en el sistema de salud ha sido, en parte, importante el desarrollo de la psicología como disciplina. Desde la psicología experimental de laboratorio se ha obtenido información acerca de los procesos corporales con los subsecuentes éxitos en el esfuerzo para lograr la auto-regulación fisiológica a través de la retroalimentación biológica. Los estudios de los procesos cognitivos han revelado la importancia de los significados, el sistema de creencias, en la conducta de búsqueda de ayuda o atención médica y en la tolerancia al dolor. La investigación en la psicoendocrinología ha ayudado a entender las relaciones entre las emociones y el proceso fisiológico y la tecnología del cambio conductual se ha aplicado en la reducción de riesgos conductuales de la salud (Belar, Deardorff y Kelly, 1987). Incluso, psicólogos con diversas formaciones teóricas - psicodinámicos, existenciales y conductuales básicamente- llevan a cabo aplicaciones conductuales en problemas generales de salud física (Stone, 1979), lo que significa una preponderancia de la orientación conductual en el campo; reportándose actualmente la misma tendencia en América Latina (Holtzman y cols., 1988; García, 1986).

Así, las técnicas conductuales están siendo aplicadas a un rango amplio de problemas, incluyendo la desensibilización de miedos al tratamiento médico y dental, el entrenamiento de pacientes con deficiencias residuales después de un trauma o enfermedad para sobreponerse a sus limitaciones físicas y la adaptación afectiva al uso de aparatos prostéticos, al control del vómito, la constipación, tortícolis, urticaria, dolor crónico, asma, enfermedad de Raynaud e hipertensión entre otros (Gambrell, 1977; citado por Stone). La aplicación de dichas técnicas, buscando afectar al proceso de salud y enfermedad, dentro del marco de la modificación de conducta, y las investigaciones con la retroalimentación biológica, dio pie a un nuevo término, **Medicina Conductual**, el cual es propuesto como un rubro a través del cual se pretende articular un amplio rango de aproximaciones al cuidado de la salud que se derivan de la psicología y otras ciencias sociales y de la conducta; su contribución ha sido de gran valor para investigaciones más objetivas de problemas de salud que anteriormente eran explicados a través de la medicina psicosomática (Stone, *ibid.*)

El rango de aplicaciones posibles de la psicología es amplia y el psicólogo clínico utiliza una gran variedad de técnicas terapéuticas como son: entrevistas diagnósticas; evaluación conductual; pruebas psicométricas; terapias orientadas psicoanalíticamente; terapias conductuales; autorregulación psicofisiológica y retroalimentación biológica; consejo psicoeducacional a grupos y asesoría. Sus orientaciones teóricas incluyen principalmente aproximaciones psicodinámicas, conductuales, sistémicas, existenciales y de la teoría social del aprendizaje (Schofield, 1979; Holtzman y cols, 1988).

Así, la aplicación de la psicología clínica en ambientes del cuidado de la salud se ha abocado a diversos comportamientos relacionados con la salud, la enfermedad (Stone 1979), en diversos niveles de la organización, y a los integrantes del sistema (Epstein y Ossip, 1979), llevando a que el desarrollo conceptual y metodológico en el

campo se expanda en el nivel conceptual, tanto al interior de la disciplina como en relación a la profesión. No obstante, la modalidad del ejercicio profesional del psicólogo clínico, predominantemente, se caracteriza por ser individualizada, o cuando mucho con familias, aislados del contexto sociocultural; lo cual es evidencia de la dependencia de la psicología del modelo biomédico en la orientación de su objeto de estudio y la conformación de su perfil profesional en dicho campo.

En México, la participación del psicólogo sólo está establecida normativamente en hospitales de atención médica y especializada, no se define su participación en el primer nivel de atención (clínicas y centros comunitarios de cuidados de la salud biológica); básicamente se le ubica, de manera característica, en hospitales psiquiátricos y centros comunitarios de salud mental (obviamente dirigidos por psiquiatras), aunque también tienen un papel limitado en el ámbito administrativo.

En la actividad administrativa, el psicólogo ocupa un lugar de auxiliar aplicando pruebas psicométricas para la selección, haciendo reclutamiento y capacitación en relaciones humanas principalmente. A nivel de planeación, su participación no está especificada distintivamente ya que los puestos establecidos para tal tarea, al menos en México, son de nivel técnico y de "confianza" de tal manera que el psicólogo accede a ellos por invitación de los profesionales que ocupan puestos directivos y con base, en algunos casos, en las actividades a cubrir y la capacidad percibida para aportar. Es común que el psicólogo lleve a cabo actividades diversas a las de la psicología clínica por invitación o requerimiento especial del responsable de los servicios de salud particulares (por ejemplo, pediatría, cirugía, consulta externa, entre otros) o el administrador del hospital cuando existen necesidades y presiones para mejorar los servicios o detectar factores responsables de las desviaciones en las metas programadas e instrumentar soluciones organizacionales, asimismo en la investigación relacionada con los procesos de enfermedad; esto último, sin dejar de mencionar la iniciativa e interés del psicólogo que elabora propuestas concretas y que recibe el apoyo de las autoridades para instrumentarlas si así convienen a la institución.

De esta manera, en México las funciones del psicólogo en el sector salud, como en otros países, están caracterizadas por la aplicación de la psicología clínica en el segundo y tercer nivel de atención a la salud y centros comunitarios de salud mental. Su función se ha ampliado, más allá del papel clínico tradicional, tanto por las necesidades que actualmente enfrenta el sistema de salud como por el desarrollo de las contribuciones conceptuales y metodológicas de la psicología a la salud física y "mental", identificando grupos poblacionales que son susceptibles a ciertos problemas emocionales y de comportamiento, por ejemplo el diagnóstico psicológico de la población (Ortiz, 1991) y diseñando intervenciones para controlar los riesgos identificados.

Gomezjara, Ávila y Morales (1983) caracterizan la actividad del psicólogo clínico en el sector salud como el profesional encargado de aplicar, clasificar, interpretar y hacer el reporte de las pruebas psicológicas que se aplican con fines de diagnóstico, el cual forma parte del diagnóstico integral. Asimismo, desarrolla labores de psicoterapia individual y grupal, actividades recreativas y educacionales, de investigación, de enseñanza, de capacitación y evaluación en general. También, Velázquez (1989) considera que el psicólogo clínico se ocupa del diagnóstico y tratamiento de problemas emocionales y conductuales, tales como las enfermedades mentales, la adaptación matrimonial y otros.

La participación del psicólogo en el tercer nivel de atención a la salud tiene un enfoque multidisciplinario. Y, de acuerdo a Holtzman y cols. (1988), en el segundo nivel el psicólogo trabaja en algunos departamentos hospitalarios como es en pediatría y haciendo psicodiagnóstico, psicoterapia y rehabilitación, haciendo trabajo de equipo, además con la posibilidad de ampliar su campo de acción al campo de la odontología.

En la actualidad, el psicólogo en México también es identificado en la instrumentación de actividades de atención primaria a la salud mental. Según el Diario Oficial (1987) la atención primaria a la salud comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación psicosocial. Las actividades preventivas en salud mental comprenden la promoción, la educación, 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 auto-apoyo y al fomento de actividades educativas, recreativas y cívicas que mejoren la vida comunitaria.

La educación se proporciona por el personal de salud mental, incluido el psicólogo, y está orientada a la comunidad o a los grupos específicos (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.

La detección requiere la consulta médica que incluye el examen de las funciones cognitivas, afectivas y de relación a través de instrumentos psicológicos pertinentes.

Las actividades curativas son: el manejo y tratamiento de los casos más comunes, la 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 (Diario Oficial de México, 1987).

Desde la perspectiva que marca el Diario Oficial de México (1987) el psicólogo es parte de un equipo de salud mental y la definición de su rol se identifica con la psicología clínica que comprende: diagnóstico, tratamiento, educación, rehabilitación y promoción a nivel de individuos, grupos específicos y comunitarios.

En las instituciones de atención a derechohabientes del sistema de salud se distinguen otras actividades con las cuales se identifica al psicólogo: la selección, reclutamiento y la capacitación. Por ejemplo, León (1982) reporta, en una investigación acerca de las actividades del psicólogo en instituciones de salud (ISSSTE, IMSS Y DIF), que su principal actividad era la aplicación de pruebas psicométricas, la capacitación de personal, la inducción en varios niveles de puestos, demostrando la posibilidad de aplicación de programas de cambio de actitudes, reclutamiento, motivación y entrenamiento en general; sin embargo, reporta que existe desconocimiento del papel del psicólogo por parte de los demás trabajadores de las diversas instituciones de la salud.

Así, como podemos constatar a través de la información anterior, la actividad del psicólogo clínico en el sector salud es el perfil predominante también en México y sus funciones se circunscriben a ámbitos hospitalarios de medicina general y especializados, incluyendo los psiquiátricos; pero, principalmente se le concibe trabajando solamente con problemas de salud "mental", selección reclutamiento y capacitación, pero no en problemas relacionados a la salud biológica.

Es pertinente mencionar que en México la práctica del psicólogo clínico en ambientes de atención a la salud biológica es considerada de poca relevancia e inefectiva para las acciones del cuidado de la salud del sistema. Al parecer, las demandas que se derivan de la organización operativa del sistema de salud condiciona una situación paradójica de la inscripción de la psicología en el campo de la salud: la psicología adopta formas de ejercicio profesional que el contexto médico le demanda (la influencia del modelo médico en la psicología que ya ha sido analizada, (por ejemplo Ribes, 1982), pero que dada la naturaleza del objeto de las intervenciones (la conducta) no logra cumplir con los criterios de productividad definidos por la medicina, con lo cual lleva a minimizar su importancia. La psicología a su vez, al adoptar el modelo clínico de ejercicio profesional, asienta su práctica en el enfoque biologicista e individualista que a su vez lo limita, generándose un ciclo.

Por otro lado, la situación de dependencia tecnológica y profesional de los psicólogos de nuestro país en cuanto a los desarrollos de la psicología que fueron elaborados en y para las culturas de Europa y Norteamérica genera dificultades para que el psicólogo encuentre formas alternativas y más productivas de inserción profesional en el sector salud. La dependencia en los adelantos tecnológicos y profesionales de la psicología de países desarrollados lleva a la instrumentación refleja de modelos teóricos y profesionales que, dadas las características socioculturales y económicas de nuestro país, encuentran limitantes institucionales y culturales para una aplicabilidad efectiva. Las características de instrumentación y demandas de la medicina occidental (con su modelo biológico e individualista) limita la aplicación de los modelos teóricos y profesionales adoptados; el problema de la integración de los servicios de salud biológica con los de "salud mental" es un problema que no sólo pertenece a la esfera de la madurez de la disciplina para definir su ámbito de acción, sino del modelo biomédico en el que se forma a los profesionales de la salud y la organización de los servicios de salud que determinan un campo propicio para su exclusión.

Así, siempre hace falta un proceso de investigación y adaptación para que las contribuciones sean más pertinentes y se adapten más a las necesidades de los planificadores y proveedores de la salud. De igual manera, la cultura, como complejo importante de variables en la salud mental y la utilización de los servicios de atención psicológica han recibido amplia atención por parte de los psicólogos, pero aún falta mucho para lograr una mayor pertinencia con grupos que tienen características peculiares, como los minoritarios. Por otro lado, también las técnicas que subyacen a diversos modelos teóricos pueden ser utilizadas con relativo éxito con varios problemas, pero la variable cultural juega un papel importante y aún no se logra su control para asegurar que la transferencia de esa tecnología sea viable y adecuada.

Como menciona Holtzman y cols. (1988), la cuestión de la aplicabilidad internacional o intracultural de los modelos de prestación de servicios, así como de las teorías y técnicas psicoterapéuticas, implica considerar que tienen un componente cultural, ade-

más de los componentes institucionales y políticos que son generalmente más evidentes, que no necesariamente satisfacen las necesidades reales de la población. Algunos estudios realizados en Estados Unidos y otros en México, que señalan la persistente "subutilización" de los servicios de salud mental por parte de la población hispana, ilustran lo anteriormente mencionado. Así, nos parece que se requiere siempre de un proceso de adecuación y validación de la transferencia intercultural, aspecto en el cual la actual organización de los servicios de salud en nuestro país pueden ayudar en poco o nada, dado que no permiten incorporar a otros profesionales en muchas de sus áreas.

Sin embargo, del lado positivo, los psicólogos clínicos han tenido un gran éxito en la transmisión de sus conocimientos a los médicos, enfermeras y trabajadores sociales en escuelas profesionales, se considera que la transferencia de técnicas preventivas y primarias vitales a otros trabajadores en el primer nivel de atención puede ser prometedor, sobre todo en condiciones en donde los recursos humanos son escasos.

Por otro lado, como mencionamos previamente, es imposible hacer una reseña pomenorizada de las contribuciones de la psicología en el campo del cuidado de la salud física, no existe un esquema conceptual ampliamente aceptado que permita organizar los desarrollos conceptuales y metodológicos de la psicología en general en el sector salud. No obstante, los diversos intentos de esquematización, en categorías, de las contribuciones de la psicología en el ámbito de la salud tienden a basarse en las conductas estudiadas y los sujetos blanco de los estudios (por ejemplo, Stone, 1979) o en los niveles de prevención en los que se basan las acciones del sistema de salud y el blanco de las acciones (individuo-grupos poblacionales, pacientes, personal y la organización del sistema) (por ejemplo, Ribes, 1989a; Wertlieb, 1979). Nos parece más comprensible establecer una revisión de las contribuciones de la psicología con base en los tres niveles de prevención en los que organiza sus objetivos el sistema de salud, y que son aceptados mundialmente (prevención primaria, secundaria y terciaria, además promoción de la salud), ya que es dentro de ellos que se delinear objetivos y problemas en donde la psicología ha aportado alternativas y soluciones desde su perspectiva. Así, en la sección siguiente, presentaremos las investigaciones más relevantes de la psicología en el campo de la salud ya que representan contribuciones para la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la promoción de la salud y la organización del sistema de salud.

### **2.3. LA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA EN EL CAMPO DE LA SALUD BIOLÓGICA: LAS CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA AL CAMPO DE LA SALUD.**

Según Stone (1979), la literatura de investigaciones previas a 1969 fue muy poca y no había una revisión comprensiva de los primeros esfuerzos. Sin embargo, existen algunos elementos que permiten identificar las áreas que se han expandido y cita algunas revistas especializadas. En este sentido, y de acuerdo con el planteamiento de Stone (op.cit.), sólo nos enfocaremos a revisar la literatura que se puede ubicar en aspectos relacionados principalmente con el modelo biomédico ya que en la mayoría de las investigaciones que se desarrollan conforme a él no se analizan aspectos como la psicología fisiológica, la psicofisiología, neuropsicología, psicofarmacología y otros campos que son mecanismos de interfase entre el cuerpo y la conducta. Plantearemos aquellas contribuciones conceptuales y metodológicas instrumentadas en el modelo de

atención a la salud vigente y, posteriormente, nos parece importante mencionar aquellas que se proponen conforme a aproximaciones psicológicas de la salud e independientemente del modelo de atención.

Tanto en este apartado general, como en los específicos, intentaremos presentar las contribuciones como tendencias relevantes y ejemplos específicos y conforme a la lógica del modelo de prevención de salud pública, considerando el actual periodo de transición epidemiológica e institucional.

Stone (1979) analiza los aspectos de salud dentro del modelo biomédico -entendida la salud como condición en la cual los procesos corporales están trabajando bien, la enfermedad como la condición en la cual esto no ocurre. Los psicólogos fisiólogos han sido más numerosos en escuelas médicas que otros psicólogos que estudian diferentes procesos como percepción, aprendizaje, etcétera. De esta manera, se consideraba que los psicólogos que estudian los procesos corporales estaban más cercanamente afiliados al sistema de salud y al interés por investigar la psicofisiología o la neuropsicoendocrinología, pero esto no es verdad. Existen otras áreas de especialización de la psicología que han aportado conocimientos y metodologías que se aplican al sistema en general, como son: la psicología social, la cognitiva, de la personalidad, la conductual, la organizacional y, últimamente, la ambiental, desde una perspectiva amplia.

También, existe gran cantidad de investigaciones que se derivan del análisis y tratamiento de la enfermedad mental, los desordenes conductuales, las incapacidades del desarrollo, el alcoholismo y el abuso de drogas, los cuales son parte del dominio que históricamente pertenece a la "salud mental". Este dominio, en el cual la conducta es el problema ahora se aplica e investiga en el sistema de salud con énfasis en sus relaciones al objetivo del mismo -la salud y la enfermedad.

No obstante, el problema reside en que la organización en categorías de las contribuciones de la psicología en general al campo de la salud no son del todo claras ni aceptadas por todos. La historia del desarrollo conceptual de la psicología en el campo de la salud han sido los intentos por unificar las contribuciones sin mucho éxito; problemas que se derivan del desarrollo de la disciplina científica en el campo, como veremos más adelante. Inicialmente, Schofield (1969; citado por Stone, 1979), llevó a cabo una clasificación de los artículos del Psychological Abstracts de 1966 a 1967 y encontró que el 81 por ciento consideraron el tópico de salud mental y categorizó los restantes como sigue: nacimiento y aborto, fertilidad y control poblacional (cerca del 3 por ciento de los artículos); accidentes y seguridad vial (1 por ciento); tabaquismo (1 por ciento); cáncer, enfermedades cardíacas y cirugía (cerca del 6 por ciento); psicósomáticas (3 por ciento); dolor (2 por ciento) y muerte (2 por ciento)

Se hicieron otros intentos de clasificación utilizando información de medios electrónicos como el MEDLARS pero no permitió obtener una mejor comprensión de la investigación en el ámbito de la salud (Stone, 1979); en general, las clasificaciones denotan un solapamiento de categorías, son poco descriptivas del desarrollo campo, y no señalan nuevos ámbitos de aplicación.

Se puede establecer que la investigación psicológica en el sistema de salud, en el periodo de 1966-1973, estuvo orientada principalmente a problemas clasificados en "salud mental", ya tradicionales de la especialidad clínica de la psicología (esquizofrenia,

depresión, problemas familiares, suicidio y otros), con una tendencia creciente en la investigación de las relaciones entre conducta y enfermedad (cáncer, enfermedad cardíaca, psicósomáticas, dolor), muerte, adicciones y factores psicológicos de las poblaciones ante problemas de salud (aborto, por ejemplo), así como la investigación relacionada con la oferta de servicios de salud. Es posible que a partir del llamado de Schofield, en 1969, se buscara propositivamente vincular más las investigaciones de factores psicológicos a problemas de enfermedad, salud y la organización del sistema.

Después de revisiones viejas y nuevas Stone en 1979 ofrece un esquema de clasificación de la investigación psicológica en relación a la salud y el sistema de salud que nos parece interesante ya que desglosa categorías y subcategorías intentando minimizar el solapamiento entre ellas y, por otro lado, ofrece una comprensión de la naturaleza de la investigación psicológica en salud con relación a actividades sustantivas del sistema; aunque, posteriormente, en 1988 desarrolla otra propuesta para esquematizar las actividades de los psicólogos en el sector salud considerando el tipo de intervención, el nivel de la intervención y el objetivo de la misma, la cual plantearemos más adelante. Sin embargo, presentamos la primera con la finalidad de ejemplificar algunas de las principales contribuciones y tendencias de investigación contemporáneas de la psicología en general.

Su esquema es el siguiente:

## **I. Estudios sobre individuos blanco de las acciones de salud**

### **A. Estudios Psicobiológicos**

1. Efectos de la conducta sobre el proceso corporal.
2. Efectos de las anomalías corporales sobre la conducta .

### **B. Conductas relacionadas a la salud.**

1. Conducta autodestructiva, abuso de drogas; propensión a accidentes.
2. Conductas de salud preventivas
3. Conductas de enfermedad, utilización; retraso para acudir al tratamiento.
4. Conductas de papel de enfermo. Adherencia; afrontamiento con estrés del tratamiento.
5. Ajuste a la enfermedad crónica

## **II Estudios del sistema de cuidado de salud**

### **A. Procesos del cuidado de salud.**

1. Acceso al sistema de salud
2. Diagnóstico
3. Prescripción; preparación de pacientes al quirófano.
4. Interacciones proveedor-paciente

### **B. Ambientes de tratamiento y aparatos**

1. Organización del cuidado de salud
2. Factores humanos
- 3 Estudios psicoarquitectónicos

### **C. Proveedores del sistema de salud**

1. Reclutamiento; selección de especialistas
2. Entrenamiento
3. Estrés sobre los cuidadores de la salud.

## **III. Planeación y movilización de recursos**

## **IV. Estudios de reducción de amenazas a la salud**

En este esquema se parte del principio de que ya que el psicólogo estudia la conducta, es la conducta la que debe ser clasificada con respecto al sistema de salud y para elaborarlo se consideró: ¿qué conducta se estudió?, ¿qué aspectos de la conducta fueron observados?. Menciona que no se está interesado principalmente en la conducta de gente vieja o de personas con desordenes del hígado sino en los objetivos que se pretenden lograr (por ejemplo, determinar el retraso en la obtención del tratamiento) o en las conductas de los proveedores del cuidado de la salud (capacidad para dar soporte) y cómo estas conductas están influenciadas por la edad y tipo de enfermedad. En este esquema las áreas de especialidad de la psicología (cognitiva, ambiental, personalidad, etcétera) no se consideran importantes por sí mismas sino en relación a los problemas particulares del sistema. Por ejemplo, al examinarse un aspecto particular de la conducta de salud -decidirse a visitar al médico- se hace desde el punto de vista de la especialidad y aproximación de la psicología que ofrezca más ventajas, y que aporte una conceptualización de manera clara que permita mayor precisión del problema.

El esquema es utilizado por Stone (1979) para organizar el trabajo de revisión en las áreas de la investigación psicológica y las aproximaciones conceptual-metodológicas construidas, ofreciendo algunos ejemplos que nosotros ampliamos conforme a investigaciones más actuales.

La investigación de la conducta de individuos blanco de las acciones de salud (I.) es en donde cae la mayor cantidad de investigación y estudios. Esta categoría se subdivide en estudios psicobiológicos (A) y conductas relacionadas a la salud (B).

La subcategoría "estudios psicobiológicos" (I.A) contiene dos subdivisiones que son: 1) los efectos de la conducta sobre los procesos corporales, fisiológicos y tisulares y ;2) los efectos de procesos o estructuras anormales sobre la conducta.

En la primera de esas dos subdivisiones, que incluye lo que se ha denominado enfermedades psicosomáticas, se ubican los estudios de los efectos de apreciaciones cognoscitivas y varias clases de conducta simbólica sobre los sistemas fisiológicos de excitación y emoción. También se incluye el impacto de patrones característicos de conducta, como la "conducta tipo A" (Friedman y Rosenman, 1974; citado en Stone, 1979), sobre el funcionamiento del cuerpo. En esta categoría no se ubica a la retroalimentación biológica, que cae en la categoría B. Aquí, como podemos notar, se incluyen investigaciones para descubrir la posibilidad y los medios para establecer control conductual sobre los procesos corporales -como las estrategias de afrontamiento (Matthews, 1988), la relajación y e imaginación guiada (Burish y Lyles, 1979). Actualmente se ha avanzado en la clarificación de procesos que intervienen en la modulación de estados orgánicos a través del comportamiento. Aunque se había cuestionado el rol de los factores de la personalidad y los estilos de afrontamiento en la enfermedad, existe evidencia convincente de que existe una relación entre ellos (Fox, 1978). Por ejemplo, investigaciones recientes, utilizando un meta-análisis, sugiere que un estilo afectivo general, marcado por depresión, ansiedad y, en menor grado, hostilidad, puede estar asociado con el desarrollo de un rango amplio de enfermedades como asma, dolor de cabeza, úlceras, artritis y enfermedades de la arteria coronaria (Friedman y Booth-Kewley, 1987). En este sentido, la validación de las interrelaciones entre estados emocionales, personalidad y enfermedad está documentada y, aunque no se sabe con certeza su naturaleza, muchas formas de

intervención para modificar tales conductas y características han demostrado eficacia (Taylor, 1990).

La segunda subdivisión de la subcategoría *psicobiológica* (I.A.2) incluye la investigación sobre los efectos de enfermedades, traumatismos, operaciones quirúrgicas, drogas, estrés u otros agentes sobre las capacidades conductuales del individuo. En esta subcategoría se consideran aquellos aspectos del afrontamiento o adaptación que son demandados por los cambios del cuerpo, como el uso de aparatos prostéticos, pero no se incluyen cambios más generales de adaptación a la vida y sus oportunidades ocasionados por los problemas de salud y sus esfuerzos por afrontarlos, estos últimos caen en *conductas de salud*, ya que involucran factores socioculturales, estilos de conducta, atribuciones, etcétera (Stone, 1979). Aquí, también se incluyen las investigaciones sobre la retroalimentación biológica, la auto-regulación, trastornos de la misma y su tratamiento. Por ejemplo, el efecto de drogas que trastornan la auto-regulación (como en el caso del efecto de un antiácido que lleva a comer más) y/o la competencia de configuraciones de estímulos ambientales y socioculturales que disminuye, o elimina, la retroalimentación de mecanismos fisiológicos y que indican al individuo que existe una irregularidad orgánica con consecuencias en su salud si no es atendido oportunamente (Swartz, 1979).

En la subcategoría *conductas de salud* (I.B) se ubican todas las conductas de los individuos que tienen un impacto significativo sobre su salud. Se incluyen aquellas conductas con impacto positivo y negativo para la salud. En este apartado se incluyen todos los avances relacionados con la promoción y prevención de patrones de comportamiento asociados a la salud y la enfermedad, lo cual tiene relevancia para decrementar el número de muertes y enfermedades prevenibles como son el cáncer, enfermedades cardiovasculares, adicciones y accidentes de vehículos. (Matarazzo, 1982). En este sentido, se ha dado ímpetu al desarrollo de estilos de vida más saludables y la modificación de hábitos nocivos a la salud, asimismo se han desarrollado modelos conceptuales que permiten evaluar factores que intervienen en las conductas de salud como las creencias, las expectativas, las percepciones y los determinantes sociocontextuales de las respuestas de salud -por ejemplo, como el modelo de Bandura de "auto-eficacia, el modelo de creencias de salud de Rosentock (Taylor, 1990), o de otros modelos que integran una red compleja de variables psicológicas, sociales, genéticas e institucionales para explicar los hábitos de salud y/o el cambio de aquellos nocivos a la misma; como el modelo de Kersell y Milsum (1985) que considera tales aspectos en interacción y señala guías para elaborar estrategias de educación para la salud y la modificación de hábitos nocivos.

Los factores cognitivos son de interés para mejorar el afrontamiento con el estrés del tratamiento -por ejemplo, las exámenes gastroendoscópicas, cateterización cardíaca, exámenes pélvicos y otros (Taylor y Clark, 1986; citado por Taylor, 1990), el ajuste a la enfermedad crónica (Cohen y Lazarus, 1979) y la adherencia terapéutica (Kirscht y Rosentock, 1979) considerando con éxito procedimientos como la información sensorial, instrucción y educación conductual, imaginación, estrategias de afrontamiento y la aplicación de programas de reforzamiento (Collins, Taylor y Skokan, 1989; citados por Taylor, 1990).

La segunda categoría, denominada "*estudios del sistema de cuidado de salud*" (II), se divide en tres subcategorías. La subcategoría *investigación sobre el proceso de cuidado de la salud* está íntimamente relacionada con la fase de tratamiento de la con-

ducta de salud. La investigación que busca determinar lo que el proveedor debe hacer puede caer en esta categoría, pero la que se enfoca sobre la respuesta del blanco de las acciones de salud puede ser clasificado en "conductas relacionadas a la salud". Muchas de las investigaciones de la relación médico-paciente caen aquí y sus revisiones las presentan Ley, por un lado y Stimson por otro en 1976 (Stone, 1979). Las investigaciones sobre el acceso al sistema han sido de relevancia para mejorar y adaptar la oferta de servicios (Rosentock y Kirscht, 1979) y diferentes aspectos psicológicos que intervienen en el proceso de diagnóstico por parte de los médicos (Elstein y Bordage, 1979). Asimismo, existen investigaciones sobre el impacto y formas de presentación de diagnósticos, prescripción y preparación de pacientes a tratamientos aversivos (Haan; Henderson, Hall y Lipton; Cohen y Lazarus y; Janis y Rodin en 1979; todos citados por Stone, *ibid*). En esta categoría se ubican las contribuciones de la psicología para la evaluación de las acciones de salud, así como el monitoreo y la garantía de calidad, que en otro apartado detallamos un poco más.

Con respecto a la *investigación de ambientes de tratamiento*, éste se ha enfocado más sobre los aspectos organizacionales que sobre el ambiente físico y los instrumentos o aparatos para la atención. Georgopoulos (1975; citado por Stone, 1979) ha presentado una revisión extensa de la investigación de organizaciones del cuidado de la salud. Moos (1979), muestra un esquema que integra los factores ambientales de la organización y las variables psicológicas de los cuidadores que afecta el proceso de cuidado de la salud; sin embargo, existen pocas investigaciones sobre los aspectos arquitectónicos de dichos ambientes. Kornfeld (1972) hace un análisis de áreas hospitalarias que requieren atención, debido al posible impacto que pueden tener sobre los procesos de atención de pacientes hospitalarios; sin embargo, la psicología ambiental seguramente tiene mucho más que proponer metodológicamente en esta área. Tefft y Simeonsson (1979) reportan los roles que el psicólogo puede jugar en la modificación y creación de mejores ambientes del cuidado de la salud, así como recomendaciones para un mejor trabajo en este ámbito, no obstante la tendencia actual es integrar una estrategia dentro del desarrollo organizacional para evaluar y reorganizar prácticamente los servicios (por ejemplo, Ruelas, 1990).

Se han hecho revisiones acerca de la cantidad de investigaciones que han sido enfocadas sobre los prestadores de servicios de salud, con énfasis en el estrés de éstos en el proceso de atención. Muchas investigaciones reportan la enseñanza de habilidades y conocimiento de la psicología a los cuidadores -por ejemplo, Howe, Tapp y Jackson en 1982 enseñaron a médicos familiares habilidades de consultoría y detección temprana de enfermedad mental-, o de problemas especiales de aprendizaje que ellos enfrentan. Un tópico que ha tenido gran atención es la enseñanza de habilidades de comunicación al personal. Una revisión de Carroll (citado por Stone, 1979), identificó 73 reportes de esfuerzos para enseñar habilidades de comunicación a estudiantes de medicina, pero faltan estudios que identifiquen el impacto de tales enseñanzas en las transacciones que ocurren en el proceso de atención a la salud, ya que los datos de muchos de ellos se basan sobre la satisfacción de los pacientes con la entrevista. Finalmente en este punto, en los aspectos relacionados a la identificación de conflictos entre el personal de salud, su manejo y las alternativas de solución, los psicólogos han aportado estrategias de la psicología industrial (Sank y Shapiro, 1979). De igual manera, se han extrapolado los procesos y principios del desarrollo organizacional para la formación de grupos para el control de la calidad (por ejemplo, "garantía de calidad", Ruelas y cols. 1990), su evaluación y planeación (Allen, 1984); y, en muchos aspectos, el psicólogo ha

desarrollado elementos conceptuales y metodológicos como los grupos de entrenamiento (grupos T), estrategias de solución de problemas y otros.

En la *Investigación sobre recursos de salud*, la selección, reclutamiento y capacitación constituye el 90 por ciento de la investigación psicológica en el sistema de salud, según Stone (1979). Los estudios de planeación y movilización de recursos (III) ha tenido poca atención del psicólogo ya que los sociólogos, antropólogos, economistas y politólogos se han interesado más en este campo, aunque se plantea como necesario llevar a cabo un análisis psicológico de los aspectos que intervienen en la planeación de salud (las actitudes y conductas del planeador y los usuarios del servicio, los valores involucrados en la toma de decisiones y en la oferta de servicios o acciones de salud de los individuos de la población, etcétera), pudiéndose aquí también considerar la organización comunitaria para la movilización de recursos de salud y los mecanismos de participación de los miembros de la misma.

Por último, con respecto a la investigación de *la conducta relacionada a las amenazas a la salud* (IV), ha habido una disparidad del énfasis en la investigación de las conductas de salud de sujetos blanco, que son afectados por las amenazas y la conducta de los agentes que intentan reducir tales amenazas. Hay una gran cantidad de investigación psicológica de los efectos ambientales sobre la salud y la conducta (Hinkle y Loring, 1977; citado por Stone, 1979) y muy poca que se interese en factores determinantes de las amenazas a la salud como el fumar, las dietas inadecuadas y otras, ya que las que existen enfatizan solamente las intervenciones para cambiar las conductas. Las investigaciones de conductas de protección ante desastres han atraído poca atención y sobre las actitudes o conductas relacionadas con la contaminación ambiental o la polución. Es obvio que es de mayor costo-beneficio disponer recursos para la disminución de muchas amenazas ambientales y naturales, sin embargo irracionalmente no se analiza psicológicamente porque se gastan más recursos en una orientación curativa del cuidado de la salud. Por ejemplo, en Costa Rica (Ruphuy, 1977; citado por Stone, 1979; 1988) se está desarrollando una investigación que toma una perspectiva amplia sobre el sistema de salud, con una visión del desarrollo comunitario, ya que se enfoca a determinar la amenazas asociadas al subdesarrollo y las actitudes que hacen que persistan éstas y aquí los psicólogos están funcionando como consultores. Igualmente, en Cuba el énfasis es más grande sobre la actividad en la comunidad y sobre la prevención por medio de la educación y a nivel de sistemas de intervención en policlínicas, escuelas y lugares de trabajo (Averasturi, 1980; citado por Stone, 1988). Las tendencias de investigación en Cuba están dirigidas a determinar los efectos del estrés de la vida cotidiana en la salud y su modificación y cómo el sistema de salud responder mejor a la confluencia de las necesidades físicas y psicológicas de aquellos a quienes sirve.

De esta manera, Stone (1979) plantea que podemos considerar que las acciones de los psicólogos y sus ámbitos están determinados por las formas en que se organizan las actividades del sistema de salud y aquellos a los que van dirigidos con la intención de cumplir objetivos definidos del sistema. Las actividades que caracterizan los objetivos y funciones del sistema de salud se constituyen en ámbitos en los que se han investigado e instrumentado aplicaciones de la psicología, tanto de sus principios básicos (por ejemplo, el condicionamiento clásico y operante a problemas de salud física) como de conceptualizaciones y metodologías derivadas de investigaciones de otros campos (psicología social experimental), así como de sus aplicaciones profesionales a diversos

campos (psicología clínica, del trabajo, organizacional, desarrollo y educación, comunitaria y ambiental entre otros).

Como podemos ver, a partir de las contribuciones de la psicología al campo de la atención a la salud general, la participación del psicólogo, dentro del modelo biomédico actual, ha demostrado utilidad a los objetivos del sistema de salud en países desarrollados y la psicología ha desarrollado un cuerpo de conocimientos y metodologías con base en esta experiencia que tiende a institucionalizarse como producto del reconocimiento, aún no generalizado, de muchos de los principales agentes de la actividad del sistema de salud ya referidos.

Sin lugar a dudas la aplicaciones y aportaciones de la psicología en el sistema de salud se ha logrado con éxito relativo como producto de la extrapolación de desarrollos conceptuales y metodológicos sustentables de la disciplina en otros ámbitos, lo cual ha llevado a la generación de aproximaciones con modelos específicos para desarrollar y sistematizar sus contribuciones en el campo de la salud. La inscripción del psicólogo como un profesional de la atención a la salud en ambientes del cuidado de la misma ocurre a través del rol de psicólogo clínico, una forma de aplicación de la disciplina a problemas de salud mental, que requirió la extrapolación de los conocimientos de la conducta anormal, su evaluación y modificación en dichos ambientes.

No obstante, como parte de la demanda de tales ambientes y la supervivencia del psicólogo en los mismos, los esfuerzos conceptuales se orientaron a la identificación y demostración de la relación entre conducta y enfermedad física así como a la verificación del valor predictivo de los modelos explicativos a través de la investigación. De esta manera, la investigación de los psicólogos en el campo de la atención a la salud ha sido amplia y diversa, con una tendencia a concebir al área como "campo de aplicación" (metodológico) más que como "conocimiento" de la disciplina; lo cual explica que se apliquen metodologías y conocimientos de otros campos que inicialmente no tenían una gran relación con la salud física y su cuidado. Así, fue lugar común la extrapolación de conocimientos y metodologías desarrolladas en otros campos de aplicación y conocimiento de la psicología, como son: la psicología comunitaria, la psicología educativa y la organizacional entre otras.

En América Latina la investigación de la psicología en el campo de la salud ha sido poca en relación a otras ciencias sociales, como por ejemplo la sociología (García, 1986), y ésta se ha centrado básicamente sobre el proceso salud-enfermedad. García nos refiere un desarrollo histórico de la psicología en el campo de la salud en Latinoamérica similar al anteriormente reseñado por Stone (1979). El inicio de un mayor interés de la psicología por el proceso salud-enfermedad ocurre en Latinoamérica en 1970 ya que se dio una ampliación del objeto de estudio de la psicología en salud y se denota un acercamiento conductista al manejo de las enfermedades crónicas, del estrés, de los trastornos de la esfera sexual y de los llamados comportamientos autodestructivos. Existe aún un interés por las barreras psicosociales a la anticoncepción, la familia como unidad de análisis, generalmente dentro de un marco antropológico-culturalista (García, 1986). Obviamente que la mayor diferencia de Latinoamérica con las condiciones de Norteamérica y países Europeos se da en el énfasis con respecto a la anticoncepción y el aborto por razones vinculadas al desarrollo socioeconómico de los países del primero.

Por otro lado, los problemas de la práctica médica, de la formación de recursos humanos en salud, exceptuando el caso de Cuba, así como de los de medicina tradicional, apenas han sido incorporados como objeto de estudio de la psicología en el campo de la salud.

Aunque existe un interés en los países de América Latina por el proceso salud-enfermedad en niños y adolescentes (por ejemplo el desarrollo cognitivo de los niños, alcoholismo y adicciones en adolescentes, etcétera) se tiende a no explicar el papel determinante de la estructura social y las contradicciones sociales. La relación entre trabajo, salud y desarrollo de la personalidad, apenas ha sido estudiada y las consecuencias psicológicas del desempleo están recibiendo alguna atención.

Así, cabe destacar que, al igual que en Estados Unidos y países desarrollados, en América Latina es generalizado que la producción investigativa de la psicología en salud muestre un enfoque pragmático y de poca elaboración teórica (García, 1986); algo esperado, conociendo la orientación positivista hegemónica que caracteriza a la psicología Latinoamericana, altamente influida por los paradigmas norteamericanos.

Parece estar ausente, asimismo, un intento de valoración conceptual del proceso salud-enfermedad y sus determinantes, así como una comprensión de las condiciones que dan lugar a las formas y funcionamiento que adopta la práctica médica en cada país, indispensables premisas para situar en su justo lugar el papel de los procesos psicológicos y sociopsicológicos capaz de generar el conocimiento específico que corresponde a la psicología como ciencia particular en su aplicación en salud. No obstante, la investigación psicológica en el campo de la salud ha contribuido con el desarrollo de modelos y metodologías que permiten dar cuenta e intervenir en factores psicosociales inmersos en el proceso salud enfermedad y su atención.

A nuestro parecer, el eclecticismo, pragmatismo y carencia de análisis conceptual del proceso salud-enfermedad y los determinantes socioculturales de la práctica médica es el resultado, además de la influencia de los paradigmas de los países industrializados, de la dependencia de la psicología del modelo médico y de las demandas que la organización de los servicios de salud imponen a la psicología como profesión. La investigación de la psicología en el campo de la salud, finalmente, está "obligada" a ofrecer alternativas y soluciones viables a los problemas de salud, pero sólo de aquellos problemas definidos conforme al modelo biomédico; las posibilidades de investigación, en su mayoría, tienen que pasar, en todas las instituciones de salud pública por la aprobación de instancias reguladoras de la misma, las cuales determinan su pertinencia conforme a criterios contenidos en el esquema disciplinario de la medicina. Así, el análisis profundo de los determinantes psicosociales del proceso salud-enfermedad es considerado superfluo o de poco interés práctico a la solución de problemas de salud o de la institución; es decir, la investigación en el sistema de salud, para ser apoyada por el mismo, debe caracterizarse por ser, generalmente, inmediatesta, pragmática y relevante dentro de los límites del modelo de atención hegemónico. Lo anterior, inclusive, puede explicar en gran medida el auge y aceptación de investigaciones que se centran en técnicas de intervención, y las conductuales en nuestro país y en Latinoamérica están teniendo mayor aceptación. La investigación universitaria en ese espacio se constituye en una opción que, aparentemente, permite romper con esa dependencia y supraordinación de la psicología al modelo biomédico, sin embargo el acceso a los ambientes y poblaciones no es fácil siempre y para lograrlo es necesario orientar el trabajo a las necesidades

del modelo; hacen falta mecanismos y convenios transparentes y concretos entre centros universitarios y de salud para el desarrollo de investigaciones profundas y no sólo utilitarias y pragmáticas.

Así, existen modelos y aproximaciones de los campos de conocimiento y aplicación de la psicología que se convierten en opciones atractivas en función de las necesidades del sistema de salud (sobre todo las de prevención, participación comunitaria y mejoramiento de la calidad de los servicios), como son los casos de la psicología comunitaria y la organizacional, los cuales comparten objetivos comunes. Por lo tanto, es importante referirnos a la psicología comunitaria, ya que a partir de su perspectiva se han abordado problemas de salud y enfermedad que se han traducido en contribuciones a los problemas actuales del sistema, como la instrumentación de modelos de atención que requieren una verdadera participación de la comunidad.

### **2.3.1 LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA EN EL SISTEMA DE SALUD.**

Los pioneros de la psicología comunitaria son varios, pero el más sobresaliente es Kurt Lewin y sus aportaciones incluyen aspectos relevantes para el sistema de salud, como es la dinámica de grupos y la organización de los mismos, además de la metodología en la toma de decisiones de manera participativa de grupos.

Una de las premisas más importantes de la psicología comunitaria considera que los problemas de la comunidad se pueden resolver de la mejor manera posible en dicho ámbito y su principal objetivo es entender las formas en que la gente participa en la vida de la comunidad mediante las estructuras de mediación (por ejemplo, la iglesia, la familia, la escuela, el vecindario y otras). Este enfoque sobre la comunidad es importante para las actividades de prevención y promoción de la salud en diversos ámbitos sociales (Holtzman y cols., 1988), asimismo para la optimización de los servicios de salud; no obstante para nosotros merece algunos comentarios que haremos posteriormente.

Las contribuciones que se han hecho sobre tal aproximación al comportamiento de grupos en el sector salud son amplios y de gran valor para sus objetivos actuales ya que se ha aplicado en: ayudar a los ciudadanos para abordar los problemas complejos de sus comunidades, en el desarrollo de procedimientos para la toma de decisiones, la evaluación de necesidades de salud mental de la comunidad, el desarrollo de métodos de evaluación y procedimientos para promover el cambio en los hábitos de salud de la comunidad y la disposición a la acción social de la comunidad; asimismo, se considera de utilidad en la organización de los ciudadanos para obtener y utilizar recursos locales y ante problemas nacionales.

Holtzman y cols. (1988) mencionan que el psicólogo ha elaborado estudios de los recursos de la comunidad, evalúa las necesidades de sus miembros, busca asistentes y proveedores de atención a la 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. Cabe enfatizar que también señalan que los psicólogos comunitarios están desempeñando papeles en organismos públicos como directores de programas, planificadores y evaluadores de programas de acción social, así como de la determinación de las características de grupos de usuarios de los servicios para su adecuación; no obstante, no tenemos datos precisos en el caso de México.

Se han desarrollado programas comunitarios de educación para la salud, promoción del autocuidado, farmacodependencia, modificación de patrones alimentarios, educación infantil, cuidado y atención de ancianos y los grupos de apoyo (Maccoby y Farquhar, 1975; citado en Muñoz, 1976). Se han desarrollado procedimientos para una participación sistemática de los ciudadanos en la toma de decisiones (Murrell y Schulte, 1980), métodos de evaluación para medir la disposición de una colectividad hacia la acción social, la organización de la comunidad en la toma de acciones sociales en el mejoramiento de la salud pública (Levine, 1982; citado por Holtzman, 1988)

Los psicólogos han prestado asistencia como consultores en el establecimiento de grupos de autoayuda para aprovechar los recursos locales (como en casos de alcoholismo, farmacodependencia o desintegración familiar) (Heller y Swindle, 1983). La relación entre la psicología comunitaria, la salud y los grupos de apoyo social ha incrementando el interés de los investigadores debido a la necesidad de movilizar recursos para incrementar el bienestar y la salud pública de la comunidad.

Se tienen tres modelos básicos para las estrategias de intervención comunitaria: el modelo de "Salud Mental Comunitaria", el modelo "Organizacional" y el modelo de "Acción Social".

El modelo de "Salud Mental Comunitaria" se ha enfocado básicamente a la prevención de la enfermedad "mental" retomando conceptos de la psicología clínica y del campo de la salud pública (como la epidemiología). Se contemplan los tres niveles que son el marco acción de la salud pública -prevención primaria, secundaria y terciaria. La intervención en general está dirigida a fortalecer la resistencia de los individuos a través de habilidades de afrontamiento y la reducción del estrés ambiental. Las intervenciones típicas son la intervención en crisis y su evaluación (Anthony, 1972; citado por Mann, 1980), la consulta de salud mental para intervenir indirectamente, a través de cuidadores y orientadores de la comunidad (padres, maestros, sacerdotes, líderes, y otros) y la orientación a grupos. Se han desarrollado servicios de intervención de crisis en hospitales, agencias de servicios y de ayuda por teléfono (Mann, 1980).

El modelo "organizacional" fue desarrollado por Lewin, Lippitt, Benne y Bradford en 1946 (Mann, 1980) con el fin de educar a grupos de personas a través de la discusión sobre la comunidad y las relaciones sociales. Por medio de este modelo se pretende mejorar la capacidad de la organización para resolver problemas a través de comprometer a la gente en el logro de las metas, el uso flexible de las competencias apropiadas en la solución de los problemas, eliminando las rigideces de los roles. Asimismo, se consideran los valores y necesidades humanas, integrándolas a la organización; también, el modelo enfatiza la comunicación, la cooperación y la dirección hacia metas comunes como algo necesario para resolver los problemas de la comunidad. Las intervenciones que se han hecho bajo las premisas de este modelo se agrupan en el proceso denominado "Desarrollo Organizacional" que comúnmente se aplica en ambientes de negocios, aunque algunos de sus componentes se han utilizado en la organización comunitaria; sin embargo, no resulta un modelo útil a los objetivos del sistema de salud en programas comunitarios. Las estrategias desarrolladas comprenden los "grupos T" para crear una integración armoniosa del individuo a su grupo y el cambio de actitudes a través de la sensibilización, la retroalimentación por medio de cuestionarios y su discusión para buscar alternativas a problemas, la evaluación del ambiente organizacional, la satisfacción y

otros; algunas de estas estrategias están siendo instrumentadas en el sistema de salud a través del concepto de "Garantía de la Calidad" y "evaluación de la calidad de la atención médica" en cuyo énfasis ha trabajado Donavedian (Ruelas, 1990) para evaluar el sistema. Sin embargo, su aplicación a la comunidad es limitado por los costos que implica y porque existen otras alternativas que han demostrado ser de mayor utilidad.

El modelo de "Acción Social" tiene mayor aceptación y utilidad en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y se está aplicando a las actividades de salud pública y comunitaria intentando modificar patrones de comportamiento nocivos a la salud (Elder, 1987). El modelo incorpora una teoría de la acción individual con mecanismos de autocontrol personales y sociales modificables dentro de un modelo ambiental (Ewart, 1991). Enfatiza la interdependencia social y la interacción en el control personal de las conductas de salud, o nocivas a la misma, y propone mecanismos a través de los cuales las estructuras ambientales influyen los esquemas de acción cognitiva, las metas autoimpuestas y las actividades de solución de problemas, las cuales se consideran críticas para sostener el cambio conductual. Este esquema conceptual de la acción social clarifica las relaciones entre el deterioro personal y social, también ayuda a explicar las etapas del cambio autoiniciado por los individuos.

Las aplicaciones de la teoría de la Acción Social se han orientado a la modificación de conductas relacionadas a la dieta, la obesidad, el ejercicio, el tabaquismo y el consumo de alcohol. Esto involucra acciones en diversos niveles de estrategia de la salud pública y dentro de ambientes del cuidado de la salud, algunas técnicas se consideran importantes como son: el control de estímulos, el automonitoreo, el reforzamiento, la reestructuración cognitiva para facilitar los estados de acción deseados (conductas de salud) (Ewart, 1991). Para activar el proceso de auto-cambio de hábitos nocivos a la salud se ha entrenado en solución de problemas (Hanna, Ewart y Kwiterovich, 1990; citado por Ewart, 1991) y la modificación de expectativas, también se ha incrementado la autoeficacia enseñando técnicas de autocontrol, se han generado esquemas declarativos y procedimientos de acción vía modelamiento directo o simbólico (por ejemplo por T.V.) (Taylor y cols., 1985). También, bajo la conceptualización del modelo se han creado contextos que estimulan la acción, como son los grupos de apoyo, las intervenciones farmacológicas para aliviar síntomas de abstinencia (por ejemplo, el chicle con nicotina para dejar de fumar), la movilización de la comunidad para cambiar las leyes y políticas que afectan el ambiente laboral, la promoción de estándares pertinentes de los alimentos y el control de la disponibilidad de sustancia nocivas (Warner, 1986).

En conclusión, de acuerdo a este modelo, cuando no es factible retirar las amenazas a la salud de los ambientes humanos, la prevención debe estar dirigida a promover la actividad autoprotectiva, alterando las leyes y políticas, ofreciendo ambientes que conduzcan a una acción personal y educando al público. La teoría de la Acción Social ofrece un esquema para definir las metas de salud pública e identificar las influencias personales y sociales que pueden ser activadas para estimular la autoprotección; lo cual requiere un trabajo interdisciplinario en la investigación de salud pública, coordinando la perspectiva de la psicología con perspectivas de la biología, epidemiología y las ciencias sociales-organizacionales. Finalmente, el énfasis del modelo también está en establecer los mecanismos que median entre los cambios ambientales y la conducta personal (Ewart, 1991)

De esta manera, la aportación de la psicología comunitaria, con sus aproximaciones y modelos, es de gran importancia para el sistema de salud, en cuanto que provee de herramientas conceptuales y metodológicas para instrumentar estrategias de salud en varios niveles (individual, grupal, comunitario y social) e identificar grupos con comportamientos de riesgo y establecer estrategias para modificarlos. La aplicación de los tres enfoques, arriba reseñados, depende de las premisas de las cuales parten y los procesos que involucran en relación a los objetivos y problemas a resolver en los ámbitos del sistema de salud.

Cabe señalar que la aplicación de los tres modelos aquí reseñados, pese a su utilidad dentro del esquema de intervención de la psicología, no permiten un análisis de las condiciones sociales y económicas de los daños a la salud, con lo cual se tiende a homogeneizar los procesos de intervención comunitaria con criterios clasistas que en nuestro país han demostrado ser inefectivos, reproducen las contradicciones entre el sistema de salud y la población; además de que tienden a ser utilizadas como estrategias que generalmente pretenden mediatizar las demandas de salud de la población (Rojas, 1990). Estos modelos, como todos los modelos funcionalistas de intervención de la psicología, no poseen categorías adecuadas a la complejidad de la comunidad, aceptan y reconocen las configuraciones (que son históricas) visibles como categorías analíticas a priori de donde extraen sus criterios de validación, sin permitir un acceso a los determinantes de la realidad, con lo cual parecen tender más a ser útiles para la mediación de demandas de la población que para reivindicar las necesidades de la misma.

Esta consideración es importante en la medida en que, conforme a Rojas (1990) y López (1986), el Sector Salud no ha sido capaz de lograr un cuidado eficiente de la salud debido a que no se atacan las condiciones estructurales que determinan el proceso salud-enfermedad (las condiciones del proceso de producción) de los individuos, ni organiza sus servicios conforme a las necesidades reales de la población; la aplicación de modelos como los planteados aquí necesitan forzosamente ser analizados críticamente en función de sus implicaciones sociales y culturales. Sin embargo, la tecnología derivada de tales modelos nos plantean alternativas por demás interesantes, siempre y cuando su criterio de aplicación no sea con base en posturas reduccionistas (algunas ya características del modelo biológico) ni en el funcionalismo sociológico y psicológico. Debemos recordar que es imprescindible la reconstrucción del discurso en materia de la medicina y la sanidad y su consonancia con el grado de desarrollo del país, lo cual no es posible desde la concepción que tales modelos aporta; no debemos olvidar que el sector salud, conforme a lo planteado inicialmente, es un escenario en donde se expresan y reflejan las contradicciones de nuestra sociedad y la prolongación donde se dirimen las demandas y reivindicaciones de los diferentes grupos sociales.

En nuestro país cabría la esperanza de una aplicación de la psicología comunitaria principalmente para desarrollo de las comunidades. Quintanilla y González (1980; citado por García, 1986) consideran que la comunidad debe autodiagnosticarse todos los fenómenos psicosociales que le afectan a ella y a sus miembros individuales. La comunidad, en colaboración con el equipo de psicólogos, explorarían enfoques alternativos para mejorar las condiciones y la calidad de vida, así como para mejorar la calidad de su salud y los servicios que recibe del sector. Sin embargo, la experiencia en la práctica de la psicología comunitaria en los países de Latinoamérica comúnmente tropieza con limitaciones presupuestarias. En general, si es bien es cierto que las técnicas y estrategias de la psicología comunitaria pueden contribuir, es necesario considerar que la participa-

ción de la comunidad será efectiva si cubre con los siguientes requisitos: ser activa; contar con capacidad de decisión; ser democrática y ser representativa de los grupos que componen a la comunidad y la sociedad: en una palabra la autogestión .

De esta manera, como podemos ver, no se trata de la aplicación de metodologías, estrategias y modelos de análisis de la realidad de una manera lineal y refleja tal como fueron construidas y dentro de su lógica; se requiere un proceso de retraducción de los principios y técnicas de la psicología comunitaria en términos de los objetivos de la realidad de la población de nuestro país y la satisfacción de sus necesidades, lo cual requiere la participación de otras disciplinas en dicho campo, principalmente.

Por otro lado, y siguiendo con las contribuciones específicas de la psicología en el campo de la salud, el énfasis se ha dado al bagaje conceptual y metodológico de la disciplina en la práctica concreta, lo cual se refleja en el desarrollo de diversas aproximaciones que pretenden constituir concepciones y movimientos que bosquejan la relación entre psicología y salud desde enfoques específicos (medicina conductual, por ejemplo), hasta otros más generales definidos como campo profesional (psicología de la salud), que comprenden al primero (Holtzman y cols., 1988).

Así, las contribuciones que se ubican en términos como Medicina Conductual, Psicología Clínica de la Salud, Psicología Médica y Medicina Psicosomática están consideradas dentro del rubro "Psicología de la salud" (Stone, 1979; 1988).

Dado que las aportaciones de la psicología al campo de la salud en general se han organizado en el rubro de Psicología de la Salud (Stone, 1988), es conveniente presentar su definición y caracterización, así como las de otras aproximaciones que constituyen marcos conceptuales particulares de la relación entre psicología y salud ya que permiten, más o menos, delimitar diferentes tipos de interacciones individuo-ambiente que producen efectos específicos sobre la salud (por ejemplo, la psicología clínica de la salud y la medicina conductual) y sobre los cuales se han delineado estrategias de aplicación de la psicología a problemas definidos. De esta manera, nos parece importante presentar la definición y tendencias contemporáneas de términos que se ocupan de la relación entre psicología y salud para que, con base en estas, podamos tener una visión general del estado actual del campo y de los roles profesionales que de ahí se derivan. Esto es importante en la medida en que los términos que presentaremos más adelante establecen formas y ámbitos de aplicación de tecnologías que pueden constituirse en alternativas que redefinan los roles tradicionales del psicólogo en el campo de la salud y, también, alternativas prometedoras que tienden a superar los problemas de salud y mejorar la organización de los servicios; es, a partir de lo anterior, que se puede tener la posibilidad de establecer algunas actividades concretas las que el psicólogo puede colaborar dentro del sector salud de manera relevante y más allá de los límites impuestos por la tradición histórica de su rol dentro del campo.

### **2.3.2 PSICOLOGÍA DE LA SALUD.**

Intentando unificar y organizar los diversos temas, aplicaciones de la psicología y las contribuciones de la misma, en general, en un solo rubro, se ha utilizado la etiqueta "Psicología de la Salud" considerando, actualmente, que ésta es la más apropiada (Stone, Cohen y Adler, 1979). Según Millon (1982), el término anterior es apropiado por-

que no enfatiza el carácter interdisciplinario de otros términos y se mantiene dentro de los dominios de la psicología -mantener límites claros, permite la exploración profunda de su área propia de conocimiento, según él. Con el fin de ganar una clara identidad disciplinaria entonces, concluye Millon (1982), el término "Psicología de la Salud" es el más apropiado, "si no es que la designación ideal" (pag. 8), ya que incluye el término *salud* y no enfermedad o medicina, lo cual constituye un paso en la dirección correcta.

Para Matarazzo (1980; citado por Millon, 1982) la psicología de la salud tiene un sentido especificado en cuanto a los objetivos profesionales y científicos en relación a la salud, sin identificarse con alguna corriente en particular. De esta manera, la ha definido como: "La Psicología de la salud es el agregado de contribuciones educacionales específicas, científicas y profesionales de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas" ( pag. 8).

Por otro lado, anteriormente la psicología de la salud se había definido en términos demasiado amplios por Stone (1979), considerando que es la aplicación de toda la psicología a la consecución de los objetivos del sistema de salud, debido a las múltiples aportaciones de teorías y aproximaciones, no se tiene una teoría o modelo que articule todas las contribuciones ya que éstos pueden utilizarse conforme a la naturaleza y problemas del ámbito específico y las características de los objetivos a lograr. Así, para Stone (1988), el dominio de la psicología de la salud es "...la intersección (en el sentido de la teoría de conjunto) -la superposición- del sistema total de salud con toda la psicología. Consiste en la aplicación de cualquier aspecto del conocimiento o técnica psicológico, a cualquier problema del sistema de salud" (pag. 16). Sin embargo, la psicología de la salud está íntimamente ligada al desarrollo conceptual y a las contribuciones de la Medicina Conductual (Holtzman y cols., 1988); es más, creemos que la conformación del campo es impulsado por las contribuciones más cercanamente vinculadas de ésta última con el proceso salud-enfermedad y su atención.

Según Stone (ibid), si aceptamos este punto de vista, podemos definir la psicología de la salud definiendo el sistema de salud y describiendo el rango completo de competencias de la disciplina y profesión de la psicología y considerando luego, en forma de matriz, la intersección de estos dominios (ver figura 1 Anexo B). Visto de esta manera, el sistema de salud está basado en aquellas entidades que se refieren a la consecución de los valores de salud, sus fines son valorados en un contexto social. Así, el sistema de salud es aquella parte del sistema social que afecta la consecución de los valores de la salud. El sistema de salud, entonces, tiene como problema central la salud del individuo, para otras disciplinas sociales dicho sistema puede estar definido en términos de acciones dirigidas a grupos o poblaciones.

Stone (1988) considera que en la definición de salud, como un concepto que enmarca las acciones del sistema, no sólo se enfatizan los aspectos de los síntomas físicos, sino también estados subjetivos de bienestar; lo cual pretende, obviamente, ser una crítica al modelo biomédico y un énfasis en que la aplicación de la psicología al campo de la salud necesariamente requiere de un modelo orientado a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud considerando integralmente al individuo. Así, el sistema de salud desde su perspectiva, realmente está compuesto de todos aquellos elementos del ambiente y del sistema social que afectan la capacidad del individuo para

vivir productiva y creativamente, así como para derivar satisfacción del mundo; así, el sistema de salud no sólo son las instancias sectoriales reconocidas como tal. En términos amplios, el sistema de salud puede ser subdividido en lo siguiente, aspectos mismos en los que la psicología de la salud puede contribuir:

1. Riesgos ambientales, sociales y mentales para la salud (por ejemplo, desechos tóxicos, vectores de malaria y apoyos para una buena salud ).
2. Acciones y entidades que afectan la existencia y distribución de tales riesgos y apoyos (por ejemplo, leyes respecto a la contaminación, temas de salud pública, dragado de drenajes, sistemas efectivos de mercadeo de comida, bibliotecas públicas).
3. Acciones y entidades que afectan la exposición de los individuos a los riesgos para la salud (por ejemplo, exposición por los medios masivos de comunicación a los problemas de la contaminación y deterioro del ambiente; comportamiento personal en relación al tabaco, alcohol, la comida, el ejercicio; programas escolares sobre comportamientos saludables
4. Acciones y entidades que afectan la restauración de la salud o la eliminación de los problemas de salud, como cuando el contacto con los riesgos para la salud ha llevado a algún deterioro (por ejemplo, visitas a los proveedores de cuidados para la salud, servicio efectivo de cuidado de la salud, adherencia al régimen terapéutico)

Como la "Psicología de la salud es el desarrollo y aplicación de la teoría y la competencia psicológicas a las acciones del sistema de salud" (pag 20), la extrapolación de investigación básica (por ejemplo, sensopercepción, memoria, cogniciones, etcétera) permite el diseño de métodos de valoración de las necesidades, capacidades, transmisión de información y cambios de comportamiento de los individuos. Aquí, se usan técnicas de valoración para determinar o recomendar cuál de las intervenciones orientadas a la salud que existen es más probable que sea efectiva en una situación dada. Cuando las intervenciones son psicológicas por naturaleza, los psicólogos a menudo las llevan a cabo. Pero además asesoran psicológicamente en la tarea de evaluar el grado en el cual las intervenciones orientadas hacia la salud son efectivas para conseguir las metas propuestas.

Propone una figura que representa su punto de vista simplificado (figura 2, anexo B) acerca del rango de actividades de los psicólogos de la salud, que nos parece interesante, más que como un esquema organizativo de las contribuciones, por la sugerencia de posibles ámbitos de aplicación de la psicología al campo de la salud; principalmente incorpora tres "dimensiones" de las aplicaciones para identificarlas,

1. El **nivel** de actividad, que va desde la investigación básica hasta la evaluación de las aplicaciones.
2. El **objetivo** de la intervención, incluyendo al individuo cuya salud está en juego, otras personas relacionadas en alguna forma con este individuo; personas que trabajan profesionalmente en el sistema de cuidados de la salud y personas, organizaciones e instituciones del sistema mayor de salud.
3. El **tipo** de intervenciones a los cuales se dirige la actividad psicológica, incluyendo aquellas encaminadas al cambio de procesos corporales por medio de la bio-retroalimentación, de hábitos por medio de la modificación del comportamiento o de cogniciones por medio de factores educacionales.

El propósito de crear un esquema para la categorización de actividades de los psicólogos de la salud es facilitar el examen de un amplio rango de actividades potencialmente fructíferas, abiertas a ellos, e iniciar el reconocimiento de áreas donde se ha hecho relativamente poco; sin embargo, también consideramos que representa un peligro potencial, como ya lo referimos previamente, el no tener claramente definido la naturaleza de lo psicológico en la salud, lo cual debe guiar en el reconocimiento de muchas áreas que legalmente corresponden a la psicología. El problema de este campo, como eminentemente profesional, cuya base esquemática la constituye la organización y actividades del sistema de salud, en vez del individuo en relación al proceso salud-enfermedad, conlleva el riesgo de una mayor ruptura entre disciplina y profesión y la dificultad de identificar los eventos propios de su campo y su quehacer social sin invadir el de otros (Piña, 1991).

Como tendencia de la aplicación de la psicología en el campo de la salud encontramos que hay un énfasis en la prevención de la enfermedad (Matarazzo, 1982); así, en el rubro de psicología de la salud, se enfatiza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Se han hecho muchas contribuciones importantes para la prevención de accidentes, con acento en la responsabilidad personal del individuo, no obstante aún falta por investigar varios factores psicológicos y vincularlos a los objetivos del sistema de salud (por ejemplo, el concepto y valores de salud en accidentados), de igual manera con temas como adicciones, nutrición, cuidado materno-infantil, etcétera.

En la psicología de la salud se tiende a ver a la salud y a la enfermedad dentro de la teoría de sistemas, considerando a ambos estados como extremos de un fenómeno continuo (Holtzman y cols., 1988). La atención de salud se percibe como un suceso interpersonal y como tal es un hecho, tanto del comportamiento como biomédico, en este sentido se han desarrollado diversos esquemas educativos para la educación de habilidades terapéuticas y en aspectos psicológicos e interpersonales del personal de salud (Howe, Tapp y Jackson, 1982); la tendencia es integrar el conocimiento de la ciencia de la conducta en todos los aspectos del trabajo del personal.

Taylor (1990) nos refiere que la psicología de la salud ha hecho contribuciones sustanciales al entendimiento de conductas saludables y la comprensión de miles de factores que minan la salud y frecuentemente llevan a la enfermedad. Muchas aportaciones importantes involucra la oferta de esquemas teóricos y conceptuales que arrojan luz sobre la práctica, o no, de conductas de salud, el rol del estrés en la enfermedad y el rol de enfermo, las representaciones que la gente mantiene en relación a su salud y enfermedad, así como de las formas en las cuales las personas la afrontan y los determinantes de su ajuste; aspectos por demás interesantes, ya que el modelo biomédico actual no los considera.

La investigación en la psicología de la salud toma la posición de que los factores biológicos, psicológicos y sociales están implicados en todas las etapas de la enfermedad y la salud, las cuales oscilan de aquellas conductas y estados que mantienen a la gente saludable, a aquellas que producen enfermedades crónicas y debilitantes. Se han desarrollado modelos teóricos que permiten conceptualizar las prácticas de comportamientos de salud como son: el modelo auto-eficacia de Bandura, la teoría de Motivación/protección de Rogers y el modelo de las creencias de salud de Rosentock; sin embargo, aún es necesario investigar cómo lograr cambios más perdurables. Parece que

algunos programas educativos a nivel comunitario muestran buen nivel de éxito para reducir los niveles de consumo de cigarros y otros factores de riesgo cardiovascular (Puska, 1984; citado por Holtzman y cols., 1988).

Además del modelo de orientación individual implícito en los intentos por modificar los estilos de vida, se ha desarrollado un enfoque ambiental a partir de la investigación de la conducta en áreas de la salud y la seguridad ocupacional; principalmente la detección de síntomas tempranos del estrés y los estilos de vida. Por ejemplo, algunos tipos de exigencias psicológicas del trabajo han sido identificadas como factores de riesgo con respecto a la enfermedad, el consumo de drogas y el bienestar general. Se tiende a desarrollar programas de reorganización laboral y la modificación de la legislación vigente para incluir los aspectos psicosociales como un asunto importante en la salud y la seguridad ocupacional (por ejemplo Cohen, 1985). También, se ha incrementado el interés hacia factores ambientales que afectan la salud física y mental (como estresores), tales como el efecto del hacinamiento y el ruido. La *toxicología neuroconductual*, cuya premisa es que la exposición de los individuos a tóxicos se manifiesta en trastornos del comportamiento, es una opción interesante para la vigilancia de ambientes donde las personas pueden estar expuestas a productos tóxicos, tanto en el lugar de trabajo como en la comunidad (Holtzman y cols. 1988).

Otra tendencia en las aportaciones que hace la psicología en la salud es determinar el rol de los factores de personalidad y los estilos de afrontamiento en el desarrollo de enfermedades como la hipertensión, enfermedades de la arteria coronaria, cáncer, artritis reumatoide y otros. Así también en el pronóstico de enfermedades crónico-degenerativa; por ejemplo, Fox (1978) menciona que existe alguna evidencia del rol que juega una personalidad conformista y reprimida en la progresión rápida del cáncer.

Otro tema de interés es la investigación del papel que juegan los estados emocionales negativos en la salud y que se ha desarrollado en otros campos como es la psiconeuroinmunología (Taylor, 1990). De igual manera, se hacen intentos por entender la relación de los factores psicosociales en el desarrollo del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las estrategias para incrementar el afrontamiento de los pacientes ante la enfermedad; no obstante, éstas también se aplican a pacientes que están siendo atendidos con procedimientos médicos aversivos.

Otras aportaciones y tendencias actuales se basan en el objetivo de determinar los factores cognitivos que están relacionados a las conductas de salud y enfermedad y el afrontamiento con las amenazas de la enfermedad. Generalmente, se busca modificar factores cognitivos que inhiben una respuesta adecuada a las amenazas de enfermedad a través de incrementar el control percibido, la educación de los pacientes, programas de reforzamiento y monitoreo para incrementar la adherencia terapéutica (Affleck y cols. 1987; citados por Taylor, 1990) entre otros.

Asimismo, Holtzman y cols. (1988) manifiestan que muchos proyectos de investigación en gran escala sobre el comportamiento han utilizado los conocimientos y técnicas de los psicólogos de la salud en años recientes, por ejemplo: el Ensayo de Intervención sobre factores de riesgo Múltiples, el Programa de Prevención de Enfermedades Cardíacas de Stanford y otros. Los programas no sólo se orientan a la educación en salud, sino que también se insiste en la modificación de comportamientos de riesgo. Se han utilizado principios de la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986), la organiza-

ción comunitaria y la persuasión-comunicación para modificar el estilo de vida en dirección hacia el mejoramiento de la salud de la población.

La integración de los servicios médicos de salud tradicionales con la psicología se constituye en un problema de solución difícil dentro del marco del modelo biomédico debido a que éste limita en gran medida la incorporación de otras disciplinas, sin embargo en algunos países dicha integración se está dando con resultados alentadores en la salud de la población; ya habíamos mencionado los informes de Ruphuy (1977; citado por Stone, 1988) con la experiencia costarricense y los de García (1986) en Cuba.

Cabe mencionar más concretamente el modelo Cubano ya que enfatiza la actividad en la comunidad y sobre la prevención por medio de la educación y a nivel de sistemas de intervención en policlínicas, escuelas y lugares de trabajo (García, 1986); la integración de la práctica médica con la psicología en los tres niveles de atención es un hecho con resultados alentadores. La investigación e intervención está principalmente dirigida a descubrir cómo el estrés producido por las situaciones de la vida interfiere en la salud, cómo estas situaciones pueden ser modificadas y cómo el sistema de cuidados de la salud puede responder mejor a la confluencia de las necesidades físicas y psicológicas de aquellos a quienes sirve, la participación del psicólogo en el entrenamiento del personal de salud es importante, aún en la educación continua.

Los avances en la psicología y la capacitación en el uso de las técnicas psicológicas para mejorar los servicios de atención de la salud no necesitan limitarse a los psicólogos profesionales y a los científicos de la conducta. Por el contrario, muchos de los principios y hallazgos científicos de la psicología, así como las tecnologías que de ellos se derivan, son aptos para su aplicación por parte de los proveedores de atención de la salud, el personal de salud pública y otros profesionales que no han seguido cursos de adiestramiento técnico avanzado en psicología; y, esta transmisión de conocimientos del psicólogo a otros profesionales se ha convertido en una tendencia creciente.

Si bien es cierto que la psicología de la salud se considera un campo profesional caracterizado por un eclecticismo, existe una tendencia a la utilización de técnicas de intervención conductual (Holtzman y cols., 1988) en todos los países en los que se aplica la psicología al campo de la salud, incluyendo América Latina (García, 1986); ya señalamos algunas razones sociales y prácticas del campo para que esto sea así. No obstante, también creemos que esta tendencia se debe, en parte, a que las técnicas conductuales han demostrado su efectividad en la modificación de un amplio rango de comportamientos y, por otro lado, porque la psicología de la salud nace vinculada con la medicina conductual, la cual reseñamos a continuación ya que es una de las aproximaciones al campo que mayor cantidad de contribuciones ha generado y ha integrado otras disciplinas sociales y biomédicas de manera más comprensible.

### **2.3.3 MEDICINA CONDUCTUAL**

La medicina conductual es la amalgama de ciencias comportamentales y la medicina, e incorpora métodos y conceptos de varias disciplinas: fisiología, epidemiología, endocrinología e ingeniería biomédica. Implica que los practicantes de esta amalgama (médicos y psicólogos principalmente) estén dispuestos a incorporar métodos y conceptos del comportamiento con métodos y conceptos biológicos en su pensamiento y en su práctica; dado que es considerada una aproximación que enfatiza la *interdisciplinaria-*

dad. Para Shapiro (1988) el mejor punto de unión entre ciencias del comportamiento y biológicas ha sido la investigación clínica de la salud y la colaboración de las disciplinas que se requieren para llevarla a cabo de manera efectiva.

La medicina conductual ya ha tenido un enorme impacto sobre las actividades académicas y clínicas. Desde que el término fue introducido aún existen debates sobre su definición, sin embargo su auge es enorme. Generalmente es aceptado que la medicina conductual llena importantes necesidades en las ciencias médicas y del comportamiento y que satisface asuntos vitales de bienestar y salud pública.

Los orígenes del desarrollo de la medicina conductual se pueden trazar desde que ha existido una presión para decrementar o detener los costos crecientes del cuidado de la salud, del conocimiento que existe acerca de los efectos deletéreos del sobreuso y del mal uso de las drogas, de las complicaciones de la cirugía innecesaria o inapropiada y del fracaso del sistema médico tradicional para lograr reducciones significativas de la morbilidad y de la mortalidad.

La Medicina conductual enfatiza la importancia del estilo de vida y de las pautas comportamentales no sólo porque se relacionan con la etiología y la patogénesis de la enfermedad, sino también porque es posible tener un estilo de vida que prevenga la enfermedad, mantenga y promueva la buena salud, además de que ha demostrado grandes alcances en el tratamiento y la rehabilitación.

El término "Medicina Conductual" lo introdujo por primera vez Birk (en 1974), hace apenas 20 años. El afirmó que la bioretroalimentación o el condicionamiento operante de los sistemas de respuesta fisiológica podían considerarse como una forma de terapia conductual para el control de síntomas de trastornos físicos, como la presión arterial alta o el dolor de cabeza. La medicina que debería de tomar el paciente debía involucrar un cambio en los hábitos y pautas de comportamiento y no drogas ni cirugía. Junto con otros conceptos y métodos del aprendizaje, del análisis experimental de la conducta, la modificación de conducta, la psicología cognoscitiva, de la psicofisiología y la retroalimentación biológica se ampliaron las perspectivas que anteriormente sólo había esbozado la medicina psicosomática para varios trastornos de la salud.

Bajo el rubro de medicina conductual se han descrito ciertas formas de investigación e intervención en problemas psicofisiológicos y médicos (Seligson, 1989); pero su definición aún está en fase de desarrollo.

Para definir a la psicología de la salud se le ha diferenciado de la medicina psicosomática que estudia la interacción entre emociones y enfermedad dentro de un modelo biopsicosocial (según Weiner citado por Seligson, 1989) y se enfoca en la etiología y patogénesis de la enfermedad). De igual manera, se le ha diferenciado de la psicología médica, la cual utiliza los principios psicológicos en el diagnóstico y la evaluación de la enfermedad física (usando la evaluación psicométrica y las técnicas de la personalidad) y se enfoca a la enfermedad en el contexto psicológico y social principalmente, más que preocuparse por la terapia misma (Pinkerton Hughes y Wenrich, 1982).

Sin embargo, la medicina conductual, a diferencia de otras aproximaciones, enfatiza una amalgama, como ya se expresó antes, inter y multidisciplinaria en el abordaje de los problemas de salud; modalidades que devienen del desarrollo histórico-conceptual de

la psicología y su intersección con las ciencias sociales y naturales. Así, la medicina conductual, como tecnología, se ha apoyado por una parte en la contribución del desarrollo de las ciencias descriptivas (por ejemplo, estudios epidemiológicos) y por otra, en las técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta y de la modificación de conducta.

La integración de la medicina conductual con una orientación biológica se refleja en la definición propuesta por Swartz y Weiss en 1980: "...Medicina conductual es el campo *interdisciplinario* que trata con el desarrollo e *integración* de los conocimientos y técnicas de las ciencias comportamentales y biomédicas que son relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de estos conocimientos y estas técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación" (pag 30; citado por Shapiro, 1988).

Así, según Shapiro (1988), lo que se requiere no es simplemente adicionar los dos dominios, sino la tarea más difícil todavía de llegar a nuevas formulaciones teóricas acerca de la unión de procesos conductuales y biológicos, lo mismo que encontrar un lenguaje común para describir esas interrelaciones; en este sentido, el mismo autor, enfatiza que "... los científicos del comportamiento necesitan aprender más fisiología y medicina y que los médicos necesitan saber más ciencias del comportamiento" (pag. 41). Sin embargo, esto no quiere decir que los psicólogos, para poder contribuir de manera importante al proceso salud-enfermedad, tengan que hacer antes un examen intensivo de los procesos biológicos implicados en pautas de comportamiento de interés al campo de la salud; por ejemplo, control de las conductas de enfermedad, la adherencia terapéutica, cambio de los estilos de vida, etcétera.

La Medicina Conductual al enfatizar la prevención de la enfermedad a través de cambios conductuales y del ambiente ha demostrado efectividad, sobre todo en el control de algunas enfermedades crónicas que aquejan a nuestra sociedad. Seligson (1989) nos expone algunas áreas principales de investigación que caracterizan a la medicina conductual y que han demostrado eficacia en el decremento de los índices de morbilidad y mortalidad, los cuales son:

- "1) la investigación del papel de los estados elevados de estrés en el desarrollo de una variedad de problemas que van desde los cardiovasculares, problemas de cáncer, úlceras pépticas, etc.
- 2) La investigación del impacto del ambiente en el desarrollo de diversos tipos de cáncer.
- 3) Investigación del papel de regímenes alimenticios y de ejercicio en enfermedades crónicas como la hipertensión, enfermedades coronarias, cáncer, etc.
- 4) El efecto de alterar estilos de vida en conductas adictivas". (pag 5)

Las líneas principales de desarrollo de la medicina conductual, que el mismo autor nos señala, son :

- a) La modificación de conducta que en sí misma constituye un problema;
- b) El enfoque en la intervención hacia la conducta del que proporciona cuidados en el área de la salud, con el fin de mejorar la prestación de servicios a los usuarios;
- c) Manejo de técnicas para mejorar el apego (adherencia terapéutica) de los pacientes hacia diferentes regímenes de tratamiento, ya sean médicos o conductuales y;
- d) Estrategias para la prevención de la enfermedad a través del cambio de los patrones de conducta que incrementan el riesgo de enfermedades crónicas en la población.

Las principales estrategias de intervención que se utilizan en la medicina conductual son:

- a) Las técnicas de bio-retroalimentación;
- b) Métodos de autocontrol, que implican el entrenamiento del individuo para cambiar aspectos del medio ambiente para modificar la o las conductas problema y;
- c) Las denominadas estrategias de afrontamiento.

También, dentro del enfoque de la medicina conductual, se enfatiza la responsabilidad del individuo para asumir su enfermedad, su recuperación, adaptación a ella o en el mantenimiento de la salud.

A su vez, se destacan diversos avances a nivel conceptual y metodológico dentro de la medicina conductual que reporta Shapiro en 1988, como son: la comprensión de la acción de los tratamientos médicos, especialmente las drogas que se utilizan, concurrentemente con los modos de tratamiento conductual, lo que permite utilizar los efectos sinérgicos o evitar las mezclas incompatibles o antagónicas; esto constituye un conocimiento útil para el desarrollo de enfoques de prevención conductuales en poblaciones de alto riesgo, pero también en la planeación de estrategias de intervención con problemas de salud específicos de alta incidencia y gravedad.

Los avances conceptuales más importantes involucran el desarrollo de diversos modelos que intentan explicar la influencia de los factores de la conducta sobre la salud, la enfermedad y de las interacciones complejas que definen la organización de la oferta de los servicios de salud, permitiendo generar estrategias para promover la salud, prevenir la enfermedad, mejorar los procesos de atención y eficientar la organización de los servicios. Los diferentes modelos incorporan elementos del proceso salud-enfermedad, eventos conductuales y ambientales, así como los procesos que ocurren entre ellos. Así, se intenta determinar los factores sociales y psicológicos que median entre la salud y la enfermedad y su tratamiento, como el modelo de Kagan y Levi's (1974; citado por McNamara, 1979) que explica cómo los estímulos psicosociales y el programa psicobiológico se combinan para determinar los mecanismos de reacción psicológica y fisiológica de la persona.

Otros modelos se orientan a determinar el efecto de la organización de los servicios de salud sobre las conductas de detección temprana, prevención y tratamiento. Un modelo que añade mayor énfasis en la forma en que se organizan los servicios de salud y el impacto sobre las acciones de prevención y curación es el de Fabrega (1974; citado por Epstein y Ossip, 1979).

Así, como podemos observar, las principales aportaciones de la medicina conductual en relación a la salud, la enfermedad y la organización de la oferta de salud son diversas e imposible de abordar en el presente trabajo, pero añadiremos algunas que creemos también son representativas de la tendencia de desarrollo del campo, además de las ya mencionadas por Seligson (1989). La presentación de contribuciones de la medicina conductual nos parece más comprensible hacerlo con base en los niveles de prevención en que organizan las acciones del sistema de salud, ya que son en ellos que se ha tenido un impacto positivo.

## Promoción de hábitos de salud y la prevención de enfermedades (primer nivel de atención a la salud)

La promoción se utiliza en el periodo prepatogénico del curso natural de la enfermedad, mientras que la prevención es una protección específica antes de que ocurra el periodo de patogénesis en grupos de alto riesgo (Stachtchenko y Jenicek, 1990). Aunque la diferencia entre los dos es muy importante, también es sutil, y ambas comparten estrategias y técnicas similares para la protección preventiva de la población.

Las intervenciones en relación a la promoción y la prevención de hábitos nocivos como la dieta, obesidad, ejercicio, tabaquismo y el uso de alcohol, están orientados más específicamente a promover conductas de salud, activar mecanismos para el autocambio y crear contextos que mantengan la conducta modificada. Las estrategias han abarcado el uso de principios del condicionamiento operante como el control de estímulos (Brownell, Stunkard y Albaum, 1980), el control aversivo y reforzamiento (Ewart, 1990; citado por Ewart, 1991), además de la reestructuración conductual.

En la prevención de enfermedades, las estrategias están dirigidas a grupos de alto riesgo. Para intentar que las personas inicien un proceso de cambio y éste se mantenga una vez logrado, se ha trabajado con diversas estrategias que han implicado el autocontrol y el incremento de las habilidades de los individuos para iniciar y mantener el cambio. Por ejemplo, para apoyar las acciones de cambio se han desarrollado estrategias como son: grupos de apoyo (Janis, 1983), organización comunitaria y acciones colectivas para cambiar las leyes y políticas que afectan el ambiente laboral, promover normas alimentarias y advertencias en productos dañinos para la salud (Flay, 1987), intervenciones farmacológicas para aliviar los síntomas de retiro (por ejemplo chicle de nicotina). Otras estrategias en relación a la promoción de la salud implican establecer programas de promoción de la salud en oficinas para la detección temprana de hipertensión, abstenerse de fumar, control del peso y la nutrición, programas de ejercicio, manejo del estrés, abuso de alcohol, etcétera; dicha estrategia considera un incentivo fiscal para los empleadores que instrumenten algunos o todos los programas propuestos (Cohen, 1985). No obstante del éxito de muchos programas, actualmente, se requiere impulsar el desarrollo de estrategias de evaluación para demostrar que las intervenciones de la medicina conductual, y la psicología en general, son de costo/efectivo, tanto a nivel grupal como social (Shapiro, 1988)

Otro nivel de desarrollo de intervenciones de la medicina conductual es la prevención secundaria.

Si bien, la prevención secundaria son acciones preventivas en la medida en que impiden el avance de una propensión a la patología o de una condición patológica inicial, las características de las intervenciones son, en su mayoría, similares a las de prevención de la salud -se busca la modificación de los comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad; sin embargo, las contribuciones más importantes están en relación a la adherencia terapéutica, la definición de factores conductuales que intervienen en el proceso salud-enfermedad, los determinantes psicosociales de los resultados de la atención en varias enfermedades, y la reorganización práctica de los servicios, además de la aplicación de estrategias y procedimientos que pretenden impedir el avance de una condición patológica inminente.

En el nivel de prevención secundaria, desde un punto de vista psicológico, la eficacia preventiva del modelo biomédico requiere la identificación temprana de la patología y la ocurrencia oportuna del paciente a los servicios médicos pertinentes, la adherencia a los regímenes terapéuticos. En este nivel se enfatizan las características conductuales de los individuos y las del sistema de atención a la salud, incluyendo los comportamientos y habilidades de los proveedores para el logro de las metas de salud definidas. A través de modelos dentro de la medicina conductual, como el "creencias de salud" de Rosentock (1966; citado por Epstein y Ossip, 1979), se han desarrollado programas de detección temprana (por ejemplo para cáncer mamario, cervical, hipertensión y diabetes) a nivel masivo, con grados de éxito diferente por condición patológica. Asimismo, se han instrumentado programas para incrementar el cumplimiento a las citas (Cauffman, Peterson y Emrick, 1967; Reiss, Piotrowski y Bailey, 1976; citados por Epstein y Ossip, 1979).

Se han desarrollado otras estrategias para que los pacientes se mantengan en el régimen de tratamiento, sobre todo con pacientes crónicos, por ejemplo con pacientes hipertensos (Finnerty y cols, 1973; citado por Epstein y Ossip., *ibid*) y dentales.

Otras aportaciones en el rubro de la prevención secundaria, desde el punto de vista médico, implican el manejo del paciente dentro de las acciones médicas. Las aportaciones iniciales fueron en el manejo de los miedos quirúrgicos, dentales y a las agujas, lo que es más común en los ambientes hospitalarios y clínicas, sin embargo ahora abarcan miedos asociados a tratamientos repetitivos y aversivos (por ejemplo, las inyecciones contra la tuberculosis)

La adherencia terapéutica es otro foco de gran interés de la medicina conductual, y su aplicación abarca aspectos como alteración de dieta, del estilo de vida o tomar los medicamentos conforme al programa prescrito. No obstante, la adherencia a sido frustrante y un problema difícil en la práctica médica, como en casos de diabetes, enfermedad renal, colitis ulcerada, alergias, carcinoma gastrointestinal y rehabilitación física (Pinkerton, Hughes y Wenrich, 1982), debido a que el ambiente influye en la conducta de adherencia y aún falta mayor control sobre esas variables.

Los métodos de evaluación psicofisiológica han encontrado dentro de la medicina conductual un lugar importante para la modificación de respuestas del sistema nervioso autónomo en problemas como la disminución de la hipertensión esencial, las arritmias cardíacas, migrañas o dolores de cabeza tensional, desórdenes dentales y espasticidad neuromuscular o flacidez (Pinkerton, Hughes y Wenrich, 1982). Otros desórdenes como la epilepsia, el asma, el insomnio, el dolor crónico y los problemas de adicción tienen componentes fisiológicos que colaboran al desorden, estos problemas muestran una gran cantidad de mejora y control con el uso de la retroalimentación biológica, la relajación, desensibilización sistemática y cubierta, ya que todas que tienen un control indirecto sobre las variables fisiológicas; de hecho, la retroalimentación biológica ha demostrado gran efectividad en problemas de salud que involucran la acción del sistema nervioso autónomo, pero su uso es frecuentemente combinado con la relajación, el autocontrol, habilidades de afrontamiento, entrenamiento asertivo e inundación (Aleo y Nicassio, 1978, Stambaugh, 1977; citados por Pinkerton, Hughes y Wenrich, 1982).

El manejo de contingencias (reforzamiento, castigo, extinción, retroalimentación verbal, etcétera) han demostrado gran utilidad en el manejo de problemas de salud en los que la conducta de los pacientes juega un papel importante en su control y supera-

ción, por ejemplo la anorexia nerviosa, el vómito (Pinkerton, Hughes y Wenrich, 1982) y la neurodermatitis (Haynes y cols., 1979), entre otras.

El control del dolor es un área que ha recibido mayor interés y resultados prometedores ya que tiene la ventaja de disminuir la probabilidad de utilizar medios quirúrgicos y farmacológicos para controlarlo. (Por ejemplo, véase Melzack y Wall, 1975).

En el tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas se han obtenido éxitos importantes utilizando procedimientos operantes para la adherencia y el afrontamiento (Rosenbaum, 1962; citado por Pinkerton, Hughes y Wenrich, 1982).

En general, la Medicina Conductual ha desarrollado diversos procedimientos para intervenir en problemas de enfermedad ya sea eliminando la fuente conductual de la patología, aminorando los efectos de ésta y coadyuvando al tratamiento médico o rehabilitando; asimismo, la epidemiología conductual (Epstein y Ossip, 1979) ha sido una herramienta útil que ha permitido la identificación de comportamientos patógenos para la salud.

En México, Seligson (1989) nos reporta diversos programas que se están instrumentando en la Universidad Nacional Autónoma de México y vinculados con una práctica en el tercer nivel de prevención desde la lógica de la salud pública, como el trabajo de Gallegos que abarca diversos estudios del tratamiento de la migraña, así como diferentes modalidades de la bio-retroalimentación de la respuesta galvánica de la piel para producir relajación muscular.

En la Facultad de Psicología (Laboratorio de plasticidad cerebral) se lleva a cabo un programa para determinar los efectos del uso de la retroalimentación biológica en las parálisis neuromusculares debidas a lesiones cerebrales múltiples con resultados preliminares alentadores. Asimismo se investiga un procedimiento terapéutico para el tratamiento de la parálisis de mano con buenos resultados para vencer la espasticidad y/o la flacidez en ocho sesiones.

Se encuentra otra investigación en proceso con niños diagnosticados como hiperquinéticos para mejorar los procesos de atención de los mismos.

Asimismo se investiga el control de las apneas del sueño quieto en niños de diez días a tres meses de nacidos, con la finalidad de obtener un procedimiento preventivo del síndrome de muerte súbita infantil.

Se han llevado a cabo investigaciones sobre programas de alcoholismo controlado (por ejemplo, Seligson y Licéaga, 1983), sobre programas de prevención del alcoholismo en comunidades marginadas de Roth y Gamiño (1983). También se cita los trabajos de Peralta y Jiménez (1984) sobre detección temprana (citados por Seligson, 1989).

En la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza existen diferentes investigaciones que coordina el departamento de psicología de la salud con casos de hipertensión esencial y migraña básicamente, aunque también atienden otros problemas con principios de la medicina conductual y la psicología de la salud en general.

Otro ámbito, que sin estar ligado directamente al mantenimiento y mejoramiento de la salud es importante en cuanto a que determina indirectamente los resultados del proceso de prevención, atención y rehabilitación, así como las disposiciones de los individuos a asumir su responsabilidad y participación en los objetivos del sector, es lo que se refiere a la organización de los servicios de salud. Dentro de éste ámbito se ha involucrado la organización operativa de los servicios en función de los objetivos de los mismos y el sistema, su reorganización, evaluación, monitoreo y la planeación.

La organización, administración, evaluación y reestructuración operativa de los servicios de salud involucra múltiples componentes técnicos de las ciencias biomédicas, así como de interacción humana; sin embargo, la definición de la dimensión psicológica en la que puede intervenir el psicólogo aún no está clara y precisa. No obstante, las investigaciones han tendido a determinar la influencia del ambiente sobre la conducta de los pacientes, a modificar la conducta del personal para efectuar cambios favorables en el logro de los objetivos del sistema o a incrementar las habilidades de su técnica particular como profesionales (Mastria y Drabman, 1979), de igual manera, en esta actividad se considera al psicólogo como un consultor y evaluador. Así, los principales puntos que se han identificado en la modificación de conducta del personal son:

- 1 la resistencia profesional.
2. resistencia del paciente
3. ética en el manejo del paciente
4. análisis costo-beneficio
- 5 efectividad e impacto del servicio
6. manejo del paciente

Asimismo, se han desarrollado diferentes modelos de entrenamiento del personal con base en la teoría del aprendizaje y la terapia del comportamiento en situaciones hospitalarias con tópicos también que implican establecer la influencia de factores psicológicos y sociales en la salud y la enfermedad. De esta manera, la investigación sobre los factores poblacionales que se relacionan con el uso adecuado y oportuno de los servicios de salud se han investigado y se han generado diversos esquemas que la expliquen, considerando tanto la enfermedad como la salud (Rosentock y Kirscht, 1979; Bandura, 1986) y se han convertido en referentes conceptuales para explicar las variaciones de respuesta en la utilización de servicios.

También, muchas intervenciones se han enfocado a modificar las interacciones entre pacientes y proveedores, ya que estos tienen un marcado efecto sobre el producto de las intervenciones. Las áreas de mayor investigación e intervención se centran sobre la comunicación entre médico y pacientes acerca de la prescripción médica (por ejemplo, Hulka, Cassel y Kupper, 1976; citado por Rosentock y Kirscht, 1979) y los modelos básicos de interacción (por ejemplo, Szasz y Hollender, 1956). Estos factores y otros se han tomado en cuenta para modificar la manera en que se ofrecen los servicios de cuidado.

Las presiones que el sistema de salud soporta para racionalizar sus costos y mostrar eficacia y efectividad, han llevado al mismo a enfatizar la evaluación de los productos del cuidado de la atención. En esta perspectiva, se han hecho esfuerzos para evaluar cuantitativamente los productos de las acciones del cuidado de la salud, más allá de la simple adherencia a algún parámetro establecido (Sechrest y Cohen, 1979). Para esto, se han desarrollado varios modelos de la evaluación de los servicios de salud, en-

tre los cuales el más atractivo para la gran mayoría de planeadores del sistema de salud es el de Donavedian ya que identifica diferentes niveles, no necesariamente dependientes, en los que se puede evaluar la calidad de la atención médica; estructura, proceso y resultado; aunque existen otros modelos como el propuesto por Attkinson y Hargreaves en 1976 (Sechrest y Cohen (1979). Apoyando esquemas de evaluación como los anteriores se han desarrollado diferentes instrumentos que permiten valorar los productos de la salud como el "Perfil de impacto de la Enfermedad", el "Índice de Bienestar" y las mediciones de la satisfacción del consumidor (Sechrest y Cohen, 1979).

El psicólogo ha participado en la evaluación de los servicios de salud y sus características con el fin de determinar la adecuación y mejorar su calidad. Típicamente, los estudios de calidad se enfocan en la evaluación de la conducta del profesional en procedimientos particulares o en casos específicos. Pero las evaluaciones que caracterizan la participación del psicólogo se han orientado a las interacciones médico-paciente y la satisfacción de este último con la atención proporcionada y sus resultados (Ware, Snyder y Wright, 1976b; citado por Sechrest y Cohen, 1979).

Un aspecto que merece consideración, en relación a la evaluación de los sistemas de salud, es su necesidad de establecer mecanismos que garanticen la calidad de la atención, lo cual implica hacer de la evaluación un proceso permanente y sistemático para tomar decisiones oportunas y eficaces para incrementar la cantidad de los servicios conforme a la demanda poblacional y mejorar su calidad en la misma proporción (Ruelas, 1990). En este sentido, la evaluación de los servicios por sí misma no asegura la corrección y se hace necesario establecer los mecanismos organizacionales adecuados para mejorar las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención y asegurar mayores niveles de calidad; en la actualidad, el concepto "garantía de calidad" se ha ido incorporando como una estrategia, más global que el concepto de evaluación. Garantía de calidad integra conceptos como evaluación, la cual es indispensable para identificar puntos de partida y logros alcanzados; diseño y desarrollo organizacional, que permiten asegurar las condiciones más propicias al proceso de atención y con ello obtener los mejores resultados posibles; y cambio organizacional, en tanto que todo esfuerzo de corrección implica conducción de cambios de normas, procedimiento, estructuras, actitudes, etcétera. Así, en la situación de transición epidemiológica e institucional del país, se hace necesario de incorporar estrategias de garantía de calidad en los servicios de atención a la salud que asegure al paciente la obtención de los mayores beneficios para su salud con los menores riesgos.

La participación del psicólogo en la estrategia de garantía de calidad es relevante y requiere la participación de otros profesionales sociales y de la salud. Las estrategias para garantizar la calidad se han instrumentado en México en el tercer nivel de atención del sistema (Ruelas y cols., 1990) y su aplicación se ha estimulado en el primer nivel del mismo.

La evaluación de la calidad de la atención en México ha involucrado la elaboración de procedimientos normativos (Ruíz de Chavez y cols., 1990), la evaluación de las expectativas de los pacientes y trabajadores de unidades médicas (Aguirre, 1990), la evaluación de componentes específicos de la atención como es la prescripción (Durán, Frenk y Becerra, 1990) y la calidad de la atención pedagógica en la relación médico-paciente (Campero, 1990).

Para finalizar, nos parece importante mencionar otra aproximación a los problemas del proceso salud-enfermedad dentro de áreas específicas y sus aportaciones más relevantes como es la "Psicología Clínica de la Salud".

### 2.3.4 PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA SALUD

Belar, Deardorff y Kelly (1987) consideran que la psicología clínica de la salud se enfoca básicamente a la práctica del tratamiento de pacientes en ambientes de atención médica interna y externa y otros ambientes donde se requiere prevenir y mejorar la salud. Surge como una área particular dentro del campo de la psicología de la salud y se enfoca a la aplicación de procedimientos y estrategias del campo clínico al tratamiento, prevención y rehabilitación de problemas de salud y enfermedad en ambientes de práctica médica; sin embargo, también se orienta a otras áreas de aplicación como la industria, programas de consulta y en decisiones políticas. La definición de la psicología clínica de la salud ha sido inicialmente hecha por Millon en 1982, intentando capturar los elementos que caracterizan a la ciencia y sus aplicaciones, la definió como sigue:

"La aplicación del conocimiento y métodos de todos los campos sustantivos de la psicología para la promoción, y mantenimiento de la salud física y mental del individuo [asi como] para la prevención, evaluación y tratamiento de toda forma de desorden físico y mental en los cuales las influencias psicológicas contribuyen o pueden ser usadas para aliviar al individuo del distrés o la disfunción" (p.9).

Esta definición enfatiza la evaluación y tratamiento de individuos en "distrés". Y, según Belar Deardorff y Kelly (1987), con tal definición se intenta aportar mayor claridad ya que las etiquetas como medicina conductual, psicología médica y medicina psicósomática son inapropiadas, confusas o muy estrechas para caracterizar el campo.

Los psicólogos clínicos de la salud, para aliviar el distrés del paciente, se involucran en actividades como la terapia, el diagnóstico, la enseñanza e investigación principalmente, aunque también llevan a cabo otras actividades como la administración, consulta de enlace, asesoría y aplicación de programas para reducción de riesgos en la industria; no obstante, aquí el énfasis de todas las acciones se orienta a la disminución del distrés.

El rango de actividades clínicas es diversa y los psicólogos clínicos de la salud utilizan técnicas terapéuticas y diagnósticas disponibles al profesional de la psicología: diagnóstico, entrevista, evaluación conductual, pruebas psicométricas, psicoterapias del insight; terapias conductuales; autoregulación y retroalimentación biológica; terapia familiar, marital y de grupo; grupos de apoyo psicoeducacional e intervenciones con los proveedores. Sus orientaciones teóricas incluyen, pero no están limitadas a éstas; psicodinámicas, conductual, de sistemas, existencial y aproximaciones del aprendizaje social. Se involucran en la atención de problemas de afrontamiento con la enfermedad; adherencia; desordenes psicofisiológicos; relaciones médico-paciente; diseño prostético de sistemas de atención; diagnóstico diferencial; y prevención de desordenes.

Una estrategia dentro de la esta orientación es la enseñanza de habilidades de entrevista y de psicodiagnóstico al personal de la salud para mejorar sus práctica profe-

sional y mejorar la calidad y calidez de la atención médica; una manera, según esta lógica, de disminuir el estrés.

La mayoría de los desordenes de salud que se han atendido con este enfoque, principalmente, han sido: Enfermedad de Raynaud; úlceras; angina; problemas de adherencia terapéutica después de infarto miocárdial; dolor de la unión temporomandibular, cirugía de prótesis peniana; vómito crónico; neurodermatitis; fibrosis e; hipertensión, ente otros.

Las consultas y tratamientos han involucrado la autoregulación psicofisiológica o la aplicación de principios del aprendizaje, como tratamiento de elección en un problema determinado o adjunto al cuidado médico típico; las predicción psicométrica a tratamientos médico-quirúrgicos y; la reducción de conductas de riesgo a la salud. Así, el psicólogo clínico de la salud evalúa las interacciones entre la persona, la enfermedad y el ambiente para formular una estrategia diagnóstica y terapéutica; se trabaja bajo una perspectiva del modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977; citado por Belar, Deardorff y Kelly, 1987).

A nivel de intervenciones ambientales se pretende hacer cambios en las condiciones de los mismos para provocar cambios en el paciente a nivel cognitivo, biológico, afectivo y conductual. Las intervenciones comúnmente se dirigen al cambio de patrones de interacción familiar, el manejo de la ansiedad, así como cambios en el hogar para dar soporte al paciente y el manejo adecuado de su enfermedad, además de procedimientos de control de la misma.

A nivel del sistema de salud, las intervenciones se enfocan a mejorar las facilidades del uso de los servicios, la comodidad y satisfacer las necesidades de los pacientes (ambientes más relajantes y menos amenazantes). Asimismo, el psicólogo clínico de la salud trabaja con los sentimientos del personal para facilitar su relación terapéutica con pacientes específicos. Además, lleva a cabo actividades de enseñanza de aspectos psicológicos de la salud, la enfermedad y el cuidado del paciente (relación pedagógica médico-paciente y manejo terapéutico de pacientes crónicos y agudos) con los proveedores del cuidado de la salud.

Finalmente, a nivel contextual, las intervenciones se enfocan a incrementar los recursos disponibles del entorno para los pacientes (por ejemplo soporte social), la adaptación del ambiente a las condiciones del paciente en casos de enfermedad crónica y su incorporación gradual a las actividades cotidianas.

La Psicología Clínica de la Salud, como se ha definido, es considerada como un subcampo de la Psicología de la Salud y sus antecedentes están relacionados con la inserción profesional del psicólogo en ambientes de atención a la salud física y mental, así como en los ensayos de Schofield (1969 y 1979), que hemos reseñado, y cuyo énfasis está en ayudar a "pacientes en estrés". Así, todas las estrategias de intervención usadas no se circunscriben a alguna teoría en particular, aunque sobrepase un predominio de la aproximación conductual en el tratamiento, y están orientadas a afectar la conducta del paciente en la dirección fijada por los objetivos del sistema y los cuidados del mismo; aquí, la educación del personal, por ejemplo, no tiene la intención de mejorar el logro de objetivos institucionalmente establecidos, sino, a través de ellos, modificar la conducta

del paciente para aliviar el distrés asociado a las enfermedades, el tratamiento médico de las mismas, o conductas que producen hábitos nocivos a la salud.

Es imposible que los psicólogos clínicos de la salud, como todos los psicólogos, sean expertos en todas las áreas y estrategias reseñadas en este apartado, así como las propuestas de los apartados anteriores, pero la intención es mostrar el desarrollo del campo y sus aplicaciones más comunes.

Por otro lado, e intentando superar la ruptura entre disciplina y profesión implícita en el término de "Psicología de la Salud" como la define Stone (1988), Ribes en 1989a nos ofrece una teoría, *sui generis* como él la llama, intentando aproximarse al campo de la salud de manera coherente, integrando los avances actuales en una aproximación de campo y con alto nivel heurístico para la investigación, así como propositiva en cuanto a su acción profesional. De esta manera, consideramos importante reseñarla brevemente y plantear sus propuestas como una aportación por demás interesante en las condiciones actuales en la que creemos necesario que exista una mayor diferenciación del campo y una definición concreta de la dimensión psicológica en los fenómenos del mismo, en virtud de su crecimiento conceptual y práctico confuso.

### 2.3.5 PSICOLOGÍA DE LA SALUD: UNA APROXIMACIÓN DE LA TEORÍA DE CAMPO.

Para establecer la dimensión psicológica de la salud, Ribes (1989a) menciona que la explicación de los procesos de salud y enfermedad no se puede hacer sólo a través del modelo médico-biológico, que ha demostrado su incapacidad para enfrentar los problemas de salud en todas sus dimensiones (con su enfoque de la historia natural de la enfermedad), o a través del modelo sociocultural (con su enfoque epidemiológico y de los procesos sociales) que establece determinísticamente la distribución de las causas de enfermedad por las condiciones físico-sociales del ambiente. También, ambos modelos interrelacionados, son incapaces de ofrecer una conceptualización adecuada de los procesos salud-enfermedad debido a que corresponden a niveles de análisis diferentes sobre un mismo fenómeno.

No niega la importancia que el modelo biológico tiene para la atención de las condiciones patológicas de la enfermedad y su relevancia en el diseño de alternativas preventivas; de igual manera, son importantes los aportes del modelo sociocultural para la prevención. Sin embargo, su integración, con la finalidad de abordar prácticas efectivas de prevención, no es viable por ser dos niveles de análisis diferentes. Sin embargo, Ribes (1989a) plantea que los dos niveles se pueden intersectar a través de un eje vinculador, que es el **comportamiento**, ya que éste lo lleva a cabo el individuo como organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales.

De esta manera, hace falta un nivel que permita interrelacionar los dos niveles diferentes (nivel biológico y social) y, de acuerdo a Ribes, esto es posible gracias a la psicología. Así, en esta lógica, el análisis psicológico se concibe como una "interfase de relación necesaria entre los factores biológicos y socioculturales involucrados en los procesos de la salud y la enfermedad.

Para establecer esta conceptualización del comportamiento, se debe considerar que los sistemas reactivos de los individuos posibilitan su respuesta, las cuales, a su vez, median los estados dinámicos del organismo de los individuos. Si entendemos a la conducta como la interacción entre organismo y medio ambiente, las relaciones medio ambiente y conducta determinan en gran medida las condiciones de salud y enfermedad en los individuos. Así, el medio ambiente juega un papel importante en la relación conducta salud o enfermedad pero siempre mediado por la conducta del individuo.

Ribes (1989a) señala que las diferentes maneras de bienestar o malestar de los individuos, como organismos biológicos, depende, en gran medida, de la organización y condiciones del ambiente, como ambiente práctico definido por una sociedad y sus formas culturales. Aquí, es patente que las formas de producción, lo que se produce y consume, además del lugar que ocupan los individuos dentro de la organización social, determinan las condiciones físicas a las que se expone el organismo y las diferentes posibilidades de salud-enfermedad, como práctica de vida. De esta forma, se señala que el ingreso económico, el desarrollo cívico-industrial de una sociedad, sus prácticas culturales y los niveles educativos son consustanciales a la determinación del estado salud-enfermedad biológico; no obstante, la influencia de todos estos factores socioculturales es mediada por la conducta de los individuos, dado que: "...es el individuo, [como] factor práctico de la relación social, el que [los] modifica, consolida o modula, en la vida real, ya sea desde la perspectiva inmediata o desde la visión que proporcionan períodos históricos determinados" (Ribes, 1989a; p. 6).

Así, la psicología es importante para entender e iniciar actividades tendientes a mantener, mejorar y recuperar la salud ya que la conducta, emitida por los individuos, juega un papel dinámico y mediador en la modulación de sus estados de salud y la relación directa o indirecta con aquellos factores del ambiente que afectan su condición biológica. En términos más generales, la conducta de los individuos se encuentra modulada por sus habilidades, hábitos, competencias y respuestas idiosincráticas, producto de la historia particular de su desarrollo en un contexto sociocultural específico; son factores que están compuestos de una diversidad de funciones psicológicas distintas, y su interrelación es determinante, en varios grados, de los estados salud y enfermedad.

Así, "El hacer o no hacer, el hacer de ciertas maneras las cosas, y el hacerlo frente a ciertas condiciones, constituyen los elementos que definen psicológicamente un proceso cuya resultante es la presencia o ausencia de enfermedad biológica. El resultado puede ubicarse como un complejo equilibrio entre niveles de comportamiento que representan acciones propiciadoras o auspiciadoras de enfermedad, acciones preventivas de enfermedad, acciones correlativas y necesarias para la curación, o acciones de rehabilitación". (pags. 10-11). Así, de acuerdo con sus planteamientos, la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad implican la actuación del individuo y ésta se debe considerar la dimensión psicológica de la salud.

A partir de lo anterior, ofrece varios supuestos que subyacen a su propuesta de un modelo psicológico de la salud, estos son:

1)" La descripción psicológica del continuo salud-enfermedad corresponde a la dimensión individualizada de las variables que tienen lugar en la interacción entre los factores biológicos del organismo y aquellos que constituyen la acción funcional de las relaciones socioculturales.

- 2) Cuando se analizan en un modelo psicológico, los factores biológicos y socioculturales no tienen representación en la forma de categorías correspondientes a las de sus disciplinas originales.
- 3) Los factores biológicos se representan como la condición misma de existencia del individuo práctico y de las reacciones biológicas integradas a su actividad.
- 4) Los factores socioculturales se representan como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, con base en su historia personal."(p.7 )

La afectación de la fisio-biología de un organismo, como proceso patológico, no se puede disociar de los efectos que tienen sobre él elementos químicos, físicos y biológicos que se encuentran en un medio en que el organismo evoluciona; y, de este medio, también, padece influencias nocivas o ciertas carencias que modifican su estado biológico.

El medio, con sus características, está en función de una organización de la producción y la cultura (estas determinan, en gran medida, las maneras de producir, las formas de consumo y oportunidades de ellas, la forma en cómo se concibe la salud y la enfermedad, las formas de recreación, el autocuidado, las demandas cotidianas y su forma de satisfacerlas, así como las amenazas a la salud, etcétera). La alteración de la salud se manifiesta biológicamente, y también conductualmente, pero los efectos desfavorables del ambiente que influyeron en la aparición de la enfermedad operaron a través, la mayoría de las veces, de la interacción social y cultural (como las costumbres, formas de alimentación, la contaminación, los contagios por prácticas inadecuadas de higiene y otros.); es decir se da mediante la práctica social de los individuos, y ésta es definida en términos de conducta.

Con base en lo anterior, Ribes (1989a) plantea un modelo psicológico de la salud que permite analizar las formas interactivas asociadas al procesos salud-enfermedad y guiar la acción e intervención práctica en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, considerando las contribuciones del modelo médico y el sociocultural, pero sin reducir lo psicológico a ninguno de ellos, enfatizando que la efectividad de las acciones del modelo propuesto se deriva de contemplarlas principalmente como actividades de prevención, lo cual es consistente con el énfasis en los trabajos desde las perspectivas de la psicología de la salud.

Los factores psicológicos (historia interactiva del individuo, competencias y la vulnerabilidad de los estados biológicos) interactúan de manera diferencial, y su punto de referencia básicamente son los estados biológicos; así, todo el análisis psicológico (como síntesis de la interacción) desemboca en la determinación de los efectos de la misma sobre la salud y la enfermedad y viceversa, principalmente (para una explicación más detallada, remitimos al lector al libro, "Psicología y salud: un análisis conceptual", 1989a; inédito).

Es importante considerar que una vez hecho el análisis, Ribes (1989a) establece que los factores psicológicos consecuentes relevantes que se encuentran en el proceso salud-enfermedad pueden ser: a) el grado de vulnerabilidad biológica del organismo a la

enfermedad y; b) la disponibilidad y emisión de conductas instrumentales preventivas o de riesgo para la aparición de enfermedades biológicas. Estos dos factores convergen para determinar la probabilidad de que se produzcan la enfermedad y de que aparezcan los comportamientos correlativos a ella. Estos dos factores constituyen la segunda etapa de los resultados del proceso psicológico de salud.

Por vulnerabilidad biológica, Ribes entiende la interacción de una serie de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que, dados ciertos factores desencadenantes o de contagio directo, el individuo desarrolle una enfermedad crónica. Algunas condiciones que afectan la vulnerabilidad, aún cuando son producto de carencias o prácticas inadecuadas, se manifiestan como interacciones estrictamente biológicas: la desnutrición, la ausencia de anticuerpos por vacunación, el contagio de tipo viral o por parásitos por prácticas de higiene inadecuadas, la inhalación de sustancias tóxicas en el ambiente, etcétera. Otras son de naturaleza puramente orgánica: aquellas que proceden de alteraciones genéticas y congénitas, o que se derivan de otros estados patológicos previos. Sin embargo, además de las condiciones que afectan la vulnerabilidad mencionada en primer término, y que indirectamente se origina en la práctica de los individuos, se pueden identificar otras que son directamente mediados por el comportamiento, como el es el caso de los estados biológicos modulados por las contingencias ambientales, ya mencionados (por ejemplo, aumento de presión arterial, secreción gástrica o cambios en el sistema inmune, mediados por el sistema neuroendócrino y neurovegetativo), que desarrollan el riesgo de presentación de procesos patológicos en el nivel orgánico, con el consiguiente aumento en la vulnerabilidad biológica del individuo.

Por otro lado, tenemos las conductas instrumentales que directa o indirectamente decrementan o incrementan la probabilidad de que el individuo contraiga una enfermedad o de empeorar un estado patológico existente o decrementarlo, así como coadyuvar a la detección de su progreso, incluso a su remisión total. En este caso, encontramos conductas de salud y enfermedad, conductas preventivas relacionadas con accidentes, contagio venéreo, de SIDA, enfermedades parasitarias o por exposición a radiaciones o agentes químicos cancerígenos o tóxicos diferentes, prácticas alimentarias inadecuadas, ejercicio físico mal dosificado, abuso en la automedicación, el consumo de alcohol, el tabaquismo y muchas otras prácticas vinculadas indirecta o directamente a la salud. De esta manera, la concurrencia de prácticas de conductas instrumentales de alto riesgo y la existencia de un elevado grado de vulnerabilidad biológica se traduce, inevitablemente, en estados de patología biológica.

Finalmente, cuando existe patología biológica, aunque el tratamiento principal es de naturaleza médica, considera que los siguientes comportamientos deben ser considerados:

1. Factores vinculados al seguimiento y adherencia a una terapéutica efectiva;
2. Comportamientos requeridos en los aspectos de rehabilitación de enfermedades crónico-degenerativas o de aquellos con impedimentos físicos terminales ;
3. La aparición de comportamientos asociados a la patología biológica que, en ocasiones, adquieren autonomía funcional y que se convierten en si mismos en el problema terapéutico (el rol de enfermo, por ejemplo)

La evaluación e intervención en tales comportamientos permitirá una mayor eficacia de los procedimientos de atención a un menor costo físico y psicológico de los enfermos.

En cuanto a los aspectos psicológicos que están relacionados con el proceso salud-enfermedad, Ribes (1989a) considera que existen cuatro combinaciones que están relacionadas a la enfermedad:

- "a) Conductas que son instrumentales de alto riesgo y alta vulnerabilidad biológica, que resultarán inevitablemente en el desarrollo de una condición patológica;
- b) Conductas que son instrumentales de alto riesgo y baja vulnerabilidad biológica, que resultarán en probabilidades variables de aparición de condiciones patológicas, con base en la naturaleza de esta últimas
- c) Conductas que son instrumentales de bajo riesgo y alta vulnerabilidad biológica, que tendrán efectos similares a los del caso anterior; y
- d) Conductas que son instrumentales de bajo riesgo y baja vulnerabilidad biológica, que resultarán en una baja probabilidad de desarrollar condiciones patológicas". (pag. 34-35).

Estas combinaciones nos permiten generar estrategias de prevención para patologías de alto riesgo y la promoción de la salud; por ejemplo, modificando conductas instrumentales de alto riesgo (alcoholismo, por ejemplo) e incrementando la vulnerabilidad biológica (por ejemplo, a través de habilidades de afrontamiento).

A partir de lo anterior, consideramos que el planteamiento teórico de Ribes (1989a) contiene propuestas interesantes que permiten avanzar, en el nivel de la disciplina, de manera más congruente conceptualmente en cuanto a la delimitación de la naturaleza de lo psicológico en el proceso salud-enfermedad, lo cual es una carencia en la perspectiva de la psicología de la salud definida por Stone (1979) o por Matarazzo (1980) y que se fundamenta en modelos que analizan procesos atomizados del comportamiento en relación a la salud, la enfermedad y la operatividad de los servicios de salud.

Desde la lógica de este modelo, el conocimiento de las patologías médico-biológicas que afectan al funcionamiento del organismo, las condiciones (agentes patógenos causales) y las actividades médicas de prevención, tratamiento y rehabilitación son elementos que el psicólogo debe retomar, desde su perspectiva y los desarrollos técnico-metodológicos de la psicología, para establecer el papel de los procesos psicológicos en relación a los estados de salud y enfermedad, a la vulnerabilidad biológica y a las acciones médicas efectivas; con lo cual, entonces, se tiene delimitada una dimensión de lo psicológico en el campo, que no plantean otras aproximaciones; aún, independientemente del cuestionamiento epistémico de sus fundamentos filosóficos.

Desde esta perspectiva, Ribes (1989a) plantea que los centros de salud, es decir los ambientes del cuidado de la salud, deben ser considerados como ambientes funcionalmente organizados de acuerdo a intereses médico-técnicos, culturales, sociales y político-legales que afectan, diferencialmente, de acuerdo a los procesos psicológicos del individuo, los estados de bienestar-malestar y su expresión, y que también afectan los resultados de las acciones médicas en los tres niveles de atención del modelo médico-biológico; aspectos en los que se requiere una reestructuración física

del ambiente, el análisis de su organización en función de los comportamientos efectivos del personal médico, paramédico y administrativo, así como de los comportamientos de los usuarios y, en ese sentido, el psicólogo puede aportar alternativas al respecto. En este caso, se pretendería estructurar las condiciones que faciliten la consecución de objetivos como el mantener, incrementar y restaurar la salud a través de ambientes funcionales al propósito.

Finalmente, en este modelo se señala que los factores conductuales asumen un papel fundamental en la prevención de la enfermedad biológica, pues están inmersos en la mayor parte de las acciones preventivas primarias, en una porción considerable de las secundarias y prácticamente en la mayor parte de las acciones del tercer nivel de prevención.

### **3. ALGUNAS ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL PERIODO EPIDEMIOLÓGICO ACTUAL.**

Considerando la dinámica que se plantea en los estadios esenciales de transición epidemiológica en la salud de la población de México, las condicionantes estructurales de la organización de la oferta de servicios de salud y los avances conceptuales y metodológicos de la psicología en el campo de la salud, de los cuales hemos hecho una reseña, podemos elaborar algunas propuestas que creemos tenderán a mejorar las condiciones de salud de la población de nuestro país.

El desarrollo de cualquier propuesta que pretenda aportar para superar problemas sociales definidos debe partir de considerar las condicionantes estructurales que subyacen a tales problemas. De esta manera, nuestras propuestas parten de considerar que existen condiciones de salud determinadas en gran medida por las condiciones de producción material de la sociedad y que son problemáticas; de que la oferta de servicios y acciones de salud para mejorar la salud de la población han sido insuficientes y que en esto median intereses de clase que trascienden el campo de la salud; de que se han diseñado estrategias, no instrumentadas del todo, que enfatizan la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Atención Primaria a la Salud) y que existen desarrollos conceptuales y metodológicos de la psicología que pueden ayudar a solucionar los actuales problemas en el proceso salud-enfermedad y la organización de los servicios de salud.

Se considera que para solucionar las necesidades de salud reales de la población es necesario cambiar el modelo actual en el que se basa la oferta de servicios de salud (Soberón y cols., 1988; Frenk, 1993). El cambio enfatiza un modelo preventivo de la enfermedad y la promoción de la salud que, integrado con el modelo biomédico, se oriente a grupos de la población y de acuerdo a los riesgos de salud que sus condiciones de vida material les imponen; además, debe tenerse en cuenta que no se puede hablar de salud sin considerar la dotación de agua potable, el saneamiento ambiental, la alimentación adecuada, la seguridad laboral y social, la educación y la vivienda. En este sentido, como pudimos ver, la psicología en el campo de la salud ha desarrollado aproximaciones conceptuales, metodologías y estrategias que enfatizan el logro de objetivos de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en individuos y grupos. Además, la preocupación constante de la disciplina médica por elevar la calidad y trato humano de

los servicios de salud, como parte de su esquema de autoregulación profesional, así como las presiones de control presupuestario y la exigencia social, permite enfatizar la importancia de la psicología para el logro de tales objetivos.

El planteamiento de las propuestas que siguen no pretenden ser novedosas, se hacen considerando que son válidas y pertinentes para mejorar la salud de la población, intentando superar los problemas de los esquemas actuales de atención, y conforme a las posibilidades del marco que proveen las contribuciones conceptuales y metodológicas de la psicología en el campo de la salud. Asimismo, se retoman propuestas hechas por Durán, Becerra y Torrejón (1991) ya que hacen énfasis del enfoque de prevención de riesgos en la población para generar una estrategia de atención integral y anticipatoria al daño. Así, también, deseamos enfatizar que no se trata de proponer alternativas que desmantelen el actual sistema de atención a la salud, el cual ha mostrado su utilidad para el mantenimiento de la salud, sino de incorporar esquemas de atención complementarios que permitan la evolución de los sistemas de salud hacia una estrategia preventiva global, lo cual requiere la integración de equipos de salud con composiciones profesionales diferentes a las actuales. El reconocimiento de la influencia de factores psicosociales en el proceso salud-enfermedad, y la necesidad de responder efectivamente a través de la prevención de la enfermedad en individuos, grupos y poblaciones, requiere de los conocimientos y habilidades de profesionales del campo de las ciencias sociales y de la conducta; entre ellos, la psicología. Así que las propuestas que hacemos son sólo desde la perspectiva de la psicología pero enfatizamos la intervención de otros profesionales.

Las propuestas son las siguientes:

1. Debido a que las condiciones epidemiológicas de nuestro país se caracterizan por la coexistencia de enfermedades del subdesarrollo (enfermedades infectocontagiosas, desnutrición y parasitarias) con enfermedades del "desarrollo", crónico-degenerativas, accidentes y adicciones, la organización de los servicios de salud médico-asistenciales y sanitarios deben reflejar, en la composición de profesionales del equipo de salud, y los servicios mismos, la heterogeneidad del periodo epidemiológico; pero, también, la heterogeneidad de factores que se reconoce intervienen en el proceso salud-enfermedad y su atención. De esta manera, la integración de servicios de salud médicos con los psicológicos es necesaria para dar respuesta a las necesidades de atención de la población de manera integral y efectiva. La insuficiencia de los servicios de salud se deriva, en gran medida, de la organización de los mismos y una sobreutilización debido a causas psicológicas que se manifiestan en los sistemas biológicos del individuo o quejas somáticas sin base biológica. Follette y Cumings (1967; citado por Adler, Cohen y Stone, 1979) encuentran una reducción del 50 por ciento en un periodo de 5 años en el número de visitas a consulta externa y en la cantidad de días de hospitalización entre pacientes que utilizaron servicios psicológicos; en promedio se han encontrado reducciones de entre 20 y 30 por ciento en el número de visitas, lo que representa una reducción aproximada del 10 por ciento en los costos de la atención médica (Adler, Cohen y Stone, 1979). Verhaak y Tjihuis (1992) también encuentran una demanda elevada de servicios médicos por causas psicológicas no siempre expresadas de manera abierta.

Por otro lado, no se pretende simplificar un sistema de referencia y contrareferencia entre los dos servicios, sino de conformar una gama de servicios y estructuras flexibles que respondan a las necesidades de salud de la población local y se tienda a la

integralidad; si se pretende dar respuestas rápidas y efectivas ante las condiciones de riesgo de grupos de la población, es importante que éstos se identifiquen y se llevan a cabo las acciones tendientes a prevenir o promover la salud, con lo cual es importante que el psicólogo también esté integrado al equipo de salud, para colaborar en la detección de patógenos conductuales. Así, a la vez que el psicólogo atiende servicios psicológicos ya tradicionales en centros de salud, pero con un enfoque de terapia breve, grupal y más relacionada con los problemas de la enfermedad, identifica factores de riesgo conductual, diseña programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. El desarrollo de esta propuesta implica que el psicólogo desarrolle estrategias de intervención que rebasen las posibilidades limitadas de la atención individualizada; asimismo, la participación del psicólogo en la elaboración del reporte epidemiológico local y regional permitirá establecer acciones de prevención y promoción integrales, ya que abarcarán tanto acciones de tipo clínico individualizado y grupal como actividades comunitarias.

2. Dado que los factores que intervienen en el proceso de salud-enfermedad involucran aspectos biológicos, psicológicos y ambientales, estilos de vida, sociales y la organización de los servicios de salud, y toda vez que todas estas áreas son abordadas por distintos tipos de profesionales, es necesario integrar equipos inter y multidisciplinarios para incidir integralmente en su estudio e intervención a fin de solucionar los problemas de salud de raíz (Durán, Becerra y Torrejón, 1991). Para lograr esto, si bien es cierto que es necesario romper con el enfoque que enfatiza la "Historia Natural de la "Enfermedad" o el modelo "Multicausal", no implica desecharlos, sino ubicarlos en una concepción integral del proceso salud-enfermedad que también considere los factores estructurales y psicosociales que la determinan, a la vez que se investigan aquellos factores que están ligados a la conservación de la salud. Bajo estas consideraciones, el médico, enfermera, psicólogo, antropólogo, sociólogo, trabajadora social y otros deben integrar su colaboración a través de la determinación, investigación e intervención de los factores involucrados en el proceso salud enfermedad y diseñar programas individuales, familiares, grupales y comunitarios que los modifiquen. En este caso, el psicólogo puede colaborar en la definición, detección y modificación de comportamientos y condiciones medio ambientales nocivas a la salud, por ejemplo. Esto permitirá establecer programas y estrategias de prevención y tratamiento conforme a los riesgos de la población, que tiendan hacia una mayor equidad del acceso a los servicios de los grupos de la población que más lo necesitan, sobre nuevos criterios de regionalización y escalonamiento, dentro de la actual restricción financiera.

3. Un nuevo modelo de atención a la salud debe enfatizar la atención primaria a la salud, con lo cual implica anticipar el daño y tomar acción contra los riesgos (Soberón y cols. 1988; Durán, Becerra y Torrejón, 1991; Frenk, 1993). Para que esto sea posible, es importante que la población juegue un papel activo en el sistema de salud, que éste último desarrolle procedimientos para la detección temprana y tratamiento oportuno del daño, mientras que al mismo tiempo intente prevenir riesgos de exposición futura. Esta consideración requiere la investigación de los factores de riesgo, como se han señalado en el punto anterior, los factores psicosociales que son determinantes del éxito en la atención de la salud; asimismo, todos los programas tendientes a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud y el bienestar deben basarse en un entendimiento de la cultura, las tradiciones, las creencias y los patrones de interacción familiar y de grupos. En este punto, como en los dos anteriores, la participación de la comunidad es necesaria y los criterios de su participación deben considerar: la capacidad de gestión y decisión sobre los sistemas locales de salud, la democracia en la toma de decisiones, la concienti-

zación con base en el conocimiento de los problemas de salud que le aquejan y sus determinantes, el respeto a la cultura de la comunidad y derecho en la planeación e instrumentación de los programas de acción. En este aspecto, la participación del psicólogo, además de los puntos anteriores, está en la oferta de los conocimientos y estrategias de la psicología para desarrollar programas de penetración comunitaria, el desarrollo de indicadores de riesgo, asesorando a la comunidad, diseñando junto con otros profesionales programas de cambio conductual y ambiental, entre otros.

4. Con base en las propuestas anteriores, debe enfatizarse el desarrollo de metodologías para la instrumentación de estrategias de promoción de la salud que promuevan la participación organizada y activa de la comunidad, no sólo en la investigación de los factores que intervienen en el mejoramiento de la salud, sino en acciones de programas encaminadas a lograr tal mejoramiento. Esta participación contribuirá a que la comunidad vaya adquiriendo mayor capacidad para resolver sus problemas y mayor responsabilidad para asumir la obligación de cuidar su salud (Durán, Becerra y Torrejón, 1991). En este sentido, es también importante que el personal de salud que labora en la comunidad utilicen las metodologías y conocimientos de la psicología para estimular la participación comunitaria en la instrumentación de programas de promoción y preventivos.

5. La instrumentación de una estrategia preventiva y conforme a los riesgos que sufre la población requieren el desarrollo y validación de instrumentos de evaluación para identificar factores de riesgo, a fin de que los profesionales de la salud los utilicen como base para su intervención pertinente (Durán y cols. 1991).

6. Debido a que es importante que el esquema de atención biomédico siga operando para curar y rehabilitar el daño que ya ha ocurrido en individuos y grupos de la población, es necesaria la reorganización de la oferta de los servicios para hacerla más flexible a las necesidades de la población, para lo cual es importante el desarrollo y validación de indicadores de calidad y productividad de los servicios de salud más sensibles al impacto de las acciones y programas de salud instrumentados, sobre todo de tipo preventivo (por ejemplo, el impacto de campañas de fomento a la salud debe involucrar medidas del cambio de la conducta), así como de intervención médica. En este punto, la participación del psicólogo puede ser de relevancia en la evaluación de servicios de salud ya que posee conocimientos y metodología para el desarrollo de indicadores de calidad de la atención (por ejemplo, la satisfacción de la atención) y el desarrollo de las propiedades psicométricas de las escalas utilizadas en la evaluación, así como de la conducta de individuos y la población para determinar el impacto de las acciones de salud, conjuntamente con otros profesionales biomédicos y sociales.

7. Uno de los problemas que actualmente enfrenta el sistema de salud de México es la baja calidad de la atención a la salud debido, entre otros factores, a la restricción presupuestaria, las condiciones de trabajo demandantes para el personal en general y las características de las estructuras organizacionales imperantes que se distinguen por ser rígidas y autoritarias influyendo esto en el clima laboral, todo lo cual tienen un efecto sobre la conducta organizacional y, por lo tanto, en la calidad de la atención. Debido a esto, creemos importante impulsar la reorganización práctica de los servicios de salud para incrementar la calidad de la atención, lo cual requiere determinar los factores psicosociales y motivacionales relacionados al desempeño del personal, así como los condicionantes físico-ambientales, en este aspecto la estrategia de garantía de calidad ya se ha estado instrumentando con resultados prometedores. Sin embargo, no debemos olvidar

que es importante también educar a los usuarios de los servicios de salud en el uso adecuado de los mismos, como parte de una estrategia más global que mejore la calidad de los servicios permanentemente. Finalmente, la reorganización práctica de los ambientes de la atención a la salud deben considerar las condiciones ambientales y organizacionales que influyen adversamente en la conducta de los prestadores de los servicios de salud; por ejemplo, el estrés al que es sometido el personal de áreas de atención crítica (urgencias, terapia intensiva, entre otros) y en los cuales el psicólogo puede jugar un papel importante identificando los estresores ambientales, organizacionales y dotando de habilidades al personal para controlar sus efectos nocivos.

8. Debido a que existe una falta de comunicación entre el sector salud y las instituciones que forman al personal de salud, debe haber una retroalimentación entre ambas con base en las necesidades de la población bajo un enfoque del cuidado de la comunidad, preventivo y de promoción de la salud, además de la atención individualizada de tipo curativo (Durán, Becerra y Torrejón, 1991). Para instrumentar una estrategia de prevención del riesgo en poblaciones, el personal de salud necesita cambiar su actitud y desarrollar sus habilidades, lo cual se tiene que hacer desde su formación escolar. No obstante, considerando que la formación de personal de salud discrimina los aspectos preventivos de la medicina y adolece de las habilidades para involucrar y entender el papel de los factores psicológicos en la enfermedad y la salud, así como su determinación en la intervención (López, 1986), consideramos que es prioritario establecer programas de capacitación y desarrollo de conocimientos y habilidades en el profesional médico para que los involucre y aplique en su práctica (por ejemplo, conocimientos de procesos psicológicos relacionados al proceso salud-enfermedad, habilidades de entrevista y manejo del paciente para incrementar su adherencia terapéutica, etcétera.), con lo cual se tenderá a incrementar su efectividad y mejorar la calidez en su actividad con los pacientes, aparte de considerar un campo de formación profesional mutuo entre la medicina y la psicología, como ya se planteó anteriormente. Creemos que si el profesional de la salud cuenta con habilidades de asesoría y consulta, así como de relaciones interpersonales, mejorará su capacidad para recolectar información "exploratoria" a la vez que proveerá soporte emocional al paciente, mejorando la calidez de la relación; esto, a su vez, creemos debe redundar en una menor utilización de tecnología diagnóstica compleja (Laboratorio, Rayos X, etcétera).

9. Se debe profundizar sobre los factores psicosociales que están involucrados en el proceso salud-enfermedad y la atención al mismo, esto permitirá desarrollar procedimientos de prevención, curación y rehabilitación integrales y mejorar proceso de atención de individuos, grupos y poblaciones. El psicólogo, en este sentido, puede colaborar en la determinación e investigación de los factores psicosociales que están involucrados en el proceso enfermedad, el mantenimiento de la salud y en la atención a la enfermedad; esto es, en la fase curativa y de rehabilitación, también. La psicología, como pudimos ver anteriormente, ha desarrollado conocimientos y herramientas para determinar aquellos factores psicosociales que están involucrados en la aparición de estados patológicos, pero también para la determinación de factores psicosociales que influyen en la efectividad de la atención a la salud, así como en su rehabilitación. También, se supone entonces que el psicólogo tiene las habilidades para determinar y modificar aquellos factores psicosociales que interactúan con la curación y rehabilitación de los pacientes, ya sea como parte de la organización de los servicios, el ambiente físico, o como factores característicos de los pacientes; aspectos que, sin duda, están relacionados con la efectividad del proceso de atención curativa y rehabilitatoria.

En este sentido, y considerando los planteamientos anteriores, es necesario ahondar sobre los efectos de la conducta en el proceso salud-enfermedad y viceversa, asimismo sobre los determinantes de las conductas de salud y autodestructivas, la determinación de las características de la población que influyen en el uso y efectividad de los servicios de salud y las características psicosociales, motivacionales y actitudinales de los prestadores de los servicios de salud ya que todos ellos permitirán la organización y eficientización de las actividades de atención a la salud.

Finalmente, todas las contribuciones de la psicología al campo de la salud, que hemos revisado ampliamente, se pueden instrumentar a lo largo de estas propuestas, las cuales no deben considerarse sino sólo desde la perspectiva de la psicología, al margen de otras posibles reelaboraciones conceptuales y metodológicas de otras ciencias de la conducta y sociales. No obstante, y convergiendo con las necesidades de la medicina para cambiar el paradigma de atención, las contribuciones de la psicología en el campo de la salud enfatizan un interés en el fomento a la salud y la prevención de enfermedades con un enfoque de riesgo, lo cual implica para el psicólogo, por las mismas consideraciones que hemos hecho con el profesional de la medicina, trascender el modelo de atención individualizado para instrumentar estrategias de trabajo con familias, grupos y comunidades; asimismo, la participación del psicólogo requiere su integración en equipos de trabajo inter y multidisciplinarios con enfoque en grupos y poblaciones.

El cambio de paradigma de atención de la salud está tomando lugar de manera paulatina, pero inexorable, como producto de las presiones que las características del estadio epidemiológico transicional impone; no obstante, las condicionantes socioeconómicas con los rezagos que en materia de salud conlleva para la población, las inercias de la dinámica del sistema y de la clase hegemónica que controla el ejercicio de la medicina, todos estos factores actúan como elementos que impone límites a la plena adopción de otro modelo. Así, la adopción de un paradigma de atención diferente al actual está determinado por varios factores, entre los cuales destacan: 1) los rezagos de salud, que se traducen en enfermedades que, ya presentes, son difíciles de dejar de atender y que, sin embargo, dentro de las actuales restricciones presupuestarias, son un gasto que no permite la distracción de recursos utilizables para adoptar otro modelo; 2) los fuertes intereses que representan las compañías nacionales e internacionales farmacéuticas, constructoras de inmobiliarios, bienes mobiliarios y otros; 3) los intereses que como grupo profesional tienen las organizaciones médicas y que representan un enclave por la lucha de recursos para su desarrollo científico y profesional y; 4) la madurez de la disciplina médica para reforzar sus espacios como profesión y permitir el ejercicio de otros profesionales de manera independiente en un espacio que históricamente se ha apropiado.

El sistema de salud, como un espacio socioinstitucional, tiene sus propios mecanismos de regulación, con sus valores y relaciones de significado particulares que obedecen a intereses políticos, ideológicos y económicos de la clase profesional en el poder. Así, los profesionales de la medicina, tanto en los ámbitos operativos (Hospitales y centros de salud) como normativos (Secretaría, Subsecretarías, Direcciones y subdirecciones que regulan las acciones sectoriales) son los que determinan la posibilidad de inserción de diferentes profesionales y la adopción de otros modelos, esto conforme a las presiones que como grupo enfrentan y la madurez de su disciplina que identifica claramente su ámbito de acción entre otros. Creemos que las propuestas arriba señaladas re-

flejan la necesidad de la acción del psicólogo en el sector salud, no obstante la receptividad de las actividades del psicólogo depende en gran medida de las actitudes y necesidades que los miembros del equipo de salud sostienen y perciben, como lo han observado Amett y Leichner (1982). Así, las opiniones y actitudes de la clase hegemónica de la medicina, acerca de las actividades que pueden llevar a cabo otros profesionales, son importantes en la medida que son ellos los que toman las decisiones políticas para incorporarlos a su ámbito y los papeles que pueden jugar.

Por otro lado, aunque la psicología ha hecho avances sustanciales en la definición de sus campos de aplicación, aún busca su lugar dentro del conglomerado de profesiones y debe procurar la formación de psicólogos en la cantidad y con las características que los problemas sociales definidos requieren (Rodríguez, 1984). Sin embargo, aunque la psicología ha estado relacionada con el campo de la salud desde sus inicios como profesión, existe una desvinculación en la disciplina como ciencia y como profesión que creemos hace difícil la formación de psicólogos suficientes cuya preparación sea congruente con la solución de los problemas identificados. De esta manera, creemos necesario analizar la cantidad y pertinencia de las características de la formación del psicólogo en relación a las propuestas anteriores; lo cual implica delinear un modelo ideal contra el cual comparar la actual formación profesional y establecer algunas líneas para formar al profesional de la psicología en el campo de la salud.

No obstante, el papel del psicólogo en el sector salud, como ya hemos planteado anteriormente, se caracteriza por la aplicación de la psicología clínica individualizada y de impacto muy limitado, subutilizado dentro del modelo actual de oferta de servicios de salud por múltiples razones, algunas de las cuales ya hemos referido, pero también algunas derivadas de su constitución como disciplina científica y profesional en el campo de la salud. Así, para poder determinar las condicionantes de la práctica actual del psicólogo en el campo de la salud y buscar alternativas que permitan un ejercicio de su profesión más acordes con las contribuciones que su disciplina puede hacer en el campo, conforme a los planteamientos anteriores, es importante establecer el desarrollo de la disciplina de la psicología en la salud como ciencia y como profesión para generar alternativas de desarrollo armónicas entre ambas.

Así, en el próximo capítulo analizamos las características de la práctica profesional del psicólogo en el sector salud y las condicionantes tanto institucionales como aquellas derivadas de su desarrollo como disciplina y como profesión en el campo. Posteriormente, analizaremos las características de la formación del psicólogo en relación a las propuestas aquí planteadas para proponer algunas guías en la formación de psicólogos para el sector salud.

## **CAPITULO II.**

## CAPITULO 2.

### EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO EN EL CAMPO DE LA SALUD: ESTADO ACTUAL, DETERMINANTES CONTEXTUALES Y DE LA RELACIÓN ENTRE DISCIPLINA Y PROFESIÓN.

En el capítulo anterior expusimos la evolución y aplicación de la psicología en el campo de la atención a la salud física, sus contribuciones más relevantes al entendimiento, la prevención y tratamiento de la enfermedad, así como las nuevas subespecialidades que han surgido al interior de la disciplina y los roles profesionales que el psicólogo ha ejercido, tanto con base en las demandas del campo de la salud como conforme al desarrollo de la disciplina en el mismo. Asimismo, se hicieron una serie de propuestas que, con base en los desarrollos de la psicología en el campo de la salud, creemos tenderán a la solución de varios problemas de salud que caracterizan el periodo de transición epidemiológica en nuestro país.

Las diversas propuestas que fueron elaboradas en el capítulo anterior enfatizan un modelo de prevención de riesgos en poblaciones, el cual es complementario al modelo biomédico de atención vigente. Dado que la psicología en el campo de la salud se ha preocupado por el desarrollo de modelos y metodologías que están orientadas a la instrumentación de estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, la participación del psicólogo se percibe de manera interesante en la instrumentación de las propuestas previamente planteadas. Sin embargo, a su vez se reconoce la necesidad de que el psicólogo inscriba su práctica profesional con una naturaleza diferente a la que hasta ahora le caracteriza en el sector salud y lo ubica en un plano de mero auxiliar de las acciones médicas: la atención individualizada y expectante de la demanda (Durán, Becerra y Torrejón, 1991), característico del modelo médico de atención y de una concepción del ejercicio liberal de la profesión.

No obstante, las modalidades, formas y naturaleza del ejercicio profesional del psicólogo en el campo de la salud, como en otros campos de la actividad social, está determinada por su desarrollo histórico particular como profesión en el campo, así como por las condiciones y regulaciones del ejercicio que imponen las profesiones hegemónicas del sector salud. Sin embargo, también el grado de desarrollo y convergencia de la disciplina como ciencia y profesión determina en gran medida la posibilidad de constituirse en una práctica con un encargo definido, de acuerdo a la naturaleza epistémica de su objeto de estudio, y no sólo obedeciendo a las demandas y regulaciones sociales para constituir sus formas de ejercicio profesional y los objetos epistémicos de su práctica.

De esta manera, creemos importante analizar la naturaleza de la relación entre disciplina y profesión en la psicología, particularmente en el campo de la salud, así como plantear las determinaciones que provienen de la división social del trabajo en dicho campo y que orientan la actividad del psicólogo; la cual se caracteriza por ser, generalmente, de poca relevancia y, hasta ahora, manteniéndose como auxiliar de las acciones médicas. Nuestra intención, a partir de tal análisis, es plantear algunos problemas que

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

subyacen a la constitución de la práctica profesional de la psicología en el campo de la salud y las determinaciones de la misma derivadas de la naturaleza de la disciplina; con base en esto pretendemos hacer algunas consideraciones que pueden ser útiles para reorientar la práctica profesional del psicólogo en el campo de la salud de acuerdo con la naturaleza de la disciplina y no sólo a través de las demandas o encargos conferidos socialmente.

Así, inicialmente estableceremos cual es el estado actual que guarda el ejercicio profesional del psicólogo en el campo de la salud y plantearemos aquellos factores derivados de la organización de la atención al proceso salud-enfermedad que lo condicionan. Posteriormente, analizaremos la relación de la disciplina como ciencia y profesión y sus implicaciones en el estado que guarda contemporáneamente la práctica profesional del psicólogo en el campo de la salud, señalando algunas precisiones que permitan superar algunas limitaciones al desarrollo del papel del psicólogo en el campo de la salud.

## **1. CARACTERÍSTICAS DEL PAPEL ACTUAL DEL PSICÓLOGO EN EL CAMPO DE LA SALUD Y SUS DETERMINANTES CONTEXTUALES.**

Hasta ahora, en el campo de la salud el psicólogo se caracteriza por ser un profesional que lleva a cabo, principalmente, actividades de enseñanza, investigación, asesoría y consulta clínica, como pudimos ver en el capítulo anterior. Estas actividades se han ido conformando desde la inscripción del psicólogo en el campo de la salud "mental"; están determinadas, en gran medida, por las condiciones que imponen las demandas derivadas de la organización del trabajo de los hospitales psiquiátricos y los centros de salud mental comunitaria, dominados por el modelo biomédico. Así, el encargo social que asumió el psicólogo en tales ámbitos del cuidado de la salud "mental" fue, principalmente, la atención clínica individualizada y la terapia de grupo en ambientes hospitalarios y comunitarios; actividades, conforme al modelo biomédico, que definían la funcionalidad del ejercicio intelectual del psicólogo.

Las actividades que el psicólogo lleva a cabo en el campo de la salud mental están supervisadas por el responsable de las acciones del equipo: el psiquiatra. Así, la participación del psicólogo en las acciones de atención a la "salud mental" está coordinada y discrecionalmente asignada por el médico con especialidad en psiquiatría; lo cual ubica al psicólogo en un papel secundario y de poca relevancia, "auxiliar" como señala Rodríguez (1984) y sujeto a la demanda del psiquiatra. Esta situación se ha configurado como producto de la medicalización de la "enfermedad mental" ya que asume que el tratamiento médico es el principal y las demás formas de atención son de apoyo y secundarias, al margen de las causas del "desorden". El papel de profesional de apoyo a las acciones médicas en ambientes psiquiátricos se ha extrapolado a ambientes de atención a la salud general. A nuestro parecer, la importancia del ejercicio profesional del psicólogo en ámbitos de atención a la salud (hospitales básicamente) es percibido a través del modelo multicausal de la enfermedad, que considera que los aspectos psicológicos son "factores" relacionados al proceso salud-enfermedad y deben ser atendidos. De esta manera, el psicólogo se inscribe en el campo de la salud biológica llevando consigo su forma de ejercicio profesional que le caracteriza: la psicología clínica. Dicha forma de ejercicio profesional es similar a la del médico clínico, lo cual tiene implicaciones para el papel que hasta ahora se le ha asignado al psicólogo en el campo de la salud.

En el campo de la atención a la salud biológica el psicólogo participa en el segundo nivel de atención (hospitales generales), además en el tercer nivel de algunas especialidades médicas, haciendo psicodiagnóstico, rehabilitación o pediatría, con una tendencia a la integración interprofesional; su participación en instituciones médicas es más valuable en unidades que atienden enfermedades que tienen un componente psicológico evidente y/o requieren la adherencia terapéutica permanente del paciente (Miller y Swartz, 1990). De esta manera, el psicólogo participa en el ámbito del cuidado de la atención a la salud física también, pero, al igual que en los hospitales psiquiátricos y centros comunitarios de la salud mental, lo hace bajo la demanda y supervisión del profesional médico (Enright y cols. 1990a).

Esta ampliación de las actividades profesionales del psicólogo al campo de la atención a la salud física, aunque aparentemente marca un desarrollo profesional y diversificación del mismo, sigue reproduciendo, en la esfera de la práctica concreta, su condición subordinada a las demandas del profesional y el ámbito curativo de la salud.

Esta condición ocurre en la práctica cotidiana, no obstante que legalmente el psicólogo sea considerado como un "profesional de la salud independiente" (Stone, 1979; DeLeon, Donahue y VandenBos, 1984; citado por Enright y cols., 1990a) en Estados Unidos y varias partes del mundo. La subordinación del psicólogo a las necesidades del profesional de la medicina se manifiesta no sólo en la forma de ejercicio profesional, sino en los contenidos de la investigación y en la orientación de sus actividades de enseñanza; aún cuando, en apariencia, el desarrollo conceptual y metodológico de la disciplina permite un ejercicio profesional de mayor relevancia y contribución ante los problemas de salud de nuestro país.

Este estado de cosas en la práctica profesional del psicólogo en el campo de la salud se mantiene, con diversos grados, en la mayoría de los países del mundo que lo reconocen profesionalmente, y aún en aquellos en que legalmente consideran que éste es un "profesional autónomo de la salud", como en Estados Unidos y algunos países de Europa. Esta conclusión se deriva del análisis de las condiciones en las que los psicólogos ejercen su práctica profesional, los privilegios profesionales que ejercen en el sistema de salud (indicadores válidos del grado de su autonomía profesional) y las demandas impuestas por otros profesionales de la salud.

Según Holtzman, y cols. (1988) el psicólogo es reconocido como un proveedor de servicios de salud plenamente independiente en Estados Unidos y algunos países de Europa Occidental; en otras zonas de mundo, no obstante, su reconocimiento legal es más limitado. Tales autores definen la independencia y autonomía profesional como el reconocimiento legal y la certificación de estudios o de la práctica (licencia). No obstante, tal criterio no representa del todo el grado de autonomía -aunque tiene que ver con ella-, y sólo puede ser considerando un indicador del grado de madurez profesional de una disciplina (Tenti, 1985); esto, debido a que posee un cuerpo de conocimientos aplicables a problemas sociales. Thompson (1987) considera que la verdadera autonomía profesional del psicólogo en el campo de la salud es medible a través del uso de responsabilidades y privilegios clínicos en centros de cuidado de la salud (toma de decisiones independientes, uso del voto, dar de alta, etcétera) y su inclusión formal en los equipos médicos del hospital. Entre las responsabilidades de los psicólogos que gozan de reconocimiento y aceptación en los equipos de salud están: a) el monitoreo y evaluación de la calidad del cuidado del paciente y; b) el desarrollo de reglas, regulaciones y políticas para la membresía, garantía y renovación de privilegios clínicos. Los privilegios son: "permiso para otorgar servicios dentro de la institución, con límites bien definidos con base en la licencia profesional, su experiencia, competencia, habilidad y juicios" (Junta de Comisiones de Acreditación de Hospitales, 1986; citado por Thompson, 1987, pag. 866). Así, para que los psicólogos obtengan autonomía profesional real ellos tienen que poseer los privilegios de admitir y dar de alta a pacientes, y también capacidad para intervenir en los equipos con el fin de determinar los tipos de servicios que ellos pueden otorgar, y no los que se le imponen. Considera que el psicólogo, para obtener autonomía profesional en el campo de la salud, necesita participar en la definición de reglamentos normativos que reflejen sus contribuciones y sus responsabilidades, lo cual ocurre muy poco.

A través de una breve revisión de la literatura acerca de las responsabilidades y privilegios que puede o debe utilizar el psicólogo, así como la naturaleza de su inclusión en el equipo de salud, como definición de su autonomía profesional, encontramos una mayor preocupación por aquellos del psicólogo clínico, principalmente. Los criterios de

autonomía profesional expuestos por Thompson difícilmente son obtenidos por la mayoría de los psicólogos clínicos y en muchas ocasiones éstos son discriminados.

Rozensky (1990) nos refiere que el psicólogo enfrenta exclusiones, de los cuales otros profesionales de la salud están exentos en organizaciones del cuidado de la salud. Por ejemplo, las corporaciones del mantenimiento de la salud y hospitales de Estados Unidos determinan qué profesionales intervienen en el equipo de salud, la competencia neoliberal hace que bajen sus costos al máximo reduciendo servicios profesionales secundarios; considerando que la psicología lo es, se excluye al psicólogo de tal programa. En otras ocasiones en que el médico prescribe el tratamiento psicológico, el pago al psicólogo requiere que lleve el visto bueno y aceptación del médico que autorizó y supervisó; lo cual, entonces, nos habla de que el psicólogo no puede admitir libremente pacientes si no es referido bajo prescripción médica y, por lo tanto, es algo que cuestiona la supuesta autonomía del ejercicio profesional del psicólogo en dicho ámbito.

En una encuesta de Dörken, Webb y Zaro (1982) encuentran que los privilegios médicos y la membresía de los psicólogos en su práctica hospitalaria está parcialmente limitada, los orígenes de tales privilegios en una quinta parte del total son formalizados a través de leyes, un tercio tienen base sobre acuerdos formales e informales. Mencionan que es raro que el psicólogo pueda tener colaboración médica en el cuidado del paciente o cuando él lo determine. También es raro que los psicólogos, aún los que son privilegiados por su ejercicio en el hospital, sean apoyados por el médico; lo más común es que él sea el que ayude al médico y éste se encargue totalmente del cuidado.

Por otro lado, Litwin, Kraft y Boswell (1991) encuestaron a psicólogos de 582 hospitales para determinar sus privilegios clínicos. Sus resultados sugieren que aunque los psicólogos están haciendo progresos para ganar su membresía de equipo, este progreso es bajo. Encuentran que muchos psicólogos tienen el privilegio de conducir evaluación (86 por ciento), terapia (80.4 por ciento) e investigación (74.6 por ciento) independientemente de los médicos; sin embargo, muchos aún carecen de esos privilegios básicos (aproximadamente el 25 por ciento del total). Otros privilegios más importantes, como son la admisión, dar de alta, ordenar tratamientos o restricciones, muestran muy bajo porcentaje (cerca del seis por ciento en promedio). A muchos psicólogos no se les permite una práctica independiente de su profesión. Por ejemplo, 49.2 por ciento no puede diagnosticar independientemente, el 13.5 por ciento no puede llevar a cabo la aplicación de pruebas y 19.6 por ciento no puede dar terapia sin la aprobación del médico, además de que el 25.4 por ciento no puede llevar a cabo investigación independientemente. Como podemos ver, las actividades características del psicólogo en el campo de atención a la salud no están totalmente reguladas por ellos.

Miller en 1988 (citado por Miller y Swartz, 1990) encontró que la marginalidad del psicólogo y los aspectos psicosociales en una unidad de neurocirugía fue demostrada en diversas formas. Por ejemplo, el conocimiento psicológico tendió a no ser totalmente integrado en la planeación y cuidado del paciente, pero se señalaba solamente que esa podría "ser parte" de los psicólogos. Este conocimiento, como también me consta personalmente que ocurre, fue integrado informalmente a través de las relaciones personales entre médicos y psicólogos y los reportes psicométricos, pero no a través de la discusión formal. Los psicólogos y los factores psicosociales parecen ser integrados solamente cuando surge un problema. La marginalización del psicólogo parece ser reforzada por la carencia de juntas coordinadoras generales que integren los aspectos psicosociales en

los planes de atención. La carencia de tales coordinaciones no permite el desarrollo de un sistema explícito para determinar los criterios de referencia al psicólogo; comúnmente, las referencias son verbales más que escritas y esto incrementa la supuesta invisibilidad del trabajo psicológico y la disminución de su importancia.

En general, en países desarrollados, donde existe un mayor reconocimiento del psicólogo como profesional independiente de la salud, sigue estando limitado en su ejercicio profesional a la aceptación, recomendación y supervisión del médico, ta como ocurre en programas de aseguramiento de salud en Estados Unidos (Medicare, por ejemplo).

La lucha por lograr una mayor independencia y autonomía profesional del psicólogo en el campo de la salud en países desarrollados ha implicado también que las asociaciones y gremios antepongan recursos legales a nivel federal y estatal. Por ejemplo, en Estados Unidos, en 1968, el Congreso determinó que los psicólogos clínicos pueden dar servicio, pero solamente si: a) el psicólogo es parte de un sistema integrado de salud y; b) si fué referido por un médico que diseñó un plan de tratamiento general para el paciente y se hace cargo del tratamiento psicológico y si se hace el pago a una institución de salud y no al profesional en particular. Dicha regla excluyente de la participación independiente del psicólogo provocó la respuesta de la APA y fue modificada, aunque no sustancialmente ya que solamente se logró que el psicólogo sea considerado parte del equipo de salud, no sin debates legales en la aplicación de las leyes federales y en cada estado (Enright y cols., 1990a).

El movimiento de los psicólogos a favor de incrementar los privilegios propios de un practicante profesional de la salud se han dado y se han logrado avances gracias a que los mismos han participado en el proceso de la política pública, lo cual ha permitido que se les reconozca como profesionales autónomos de la salud (DeLeon y cols., 1992). Sin embargo, se propone que es necesario cambiar los modelos de oferta de servicios tradicionales de los psicólogos en los ambientes del cuidado de la salud para que sean de costo/efectividad. De igual manera, Durán, Becerra y Torrejón (1991) señalan que los psicólogos no abandonan el papel que tradicionalmente se les ha asignado de dar atención individualizada a los problemas de salud mental y aislando al individuo o la familia de su contexto; se deben dejar las intervenciones individualizadas como complemento de un nuevo enfoque y no como única alternativa. Esto es importante en México ya que la lucha por espacios de ejercicio profesional de la psicología en ambientes de atención a la salud se dirime en las mismas instituciones que componen el sector salud dado que a nivel político no existen instancias o asociaciones representativas que signifiquen un contrapeso a la situación actual.

A pesar de la lucha legal por obtener mayor reconocimiento e independencia profesional, la práctica de la psicología en los ambientes hospitalarios aún depende de la referencia y control médico o psiquiátrica. Como establece Enright y cols. (1990b), los psicólogos tienen la autoridad estatutaria para tratar y diagnosticar problemas psicológicos con y sin la consulta de otros profesionales. Sin embargo, las barreras arbitrarias, o las restricciones de ambientes de tratamientos particulares, sean de consulta externa, interna, residencial o algún otra, están limitando el sitio del psicólogo como proveedor independiente y deben ser eliminadas; así, es necesario buscar nuevas fórmulas de oferta del servicio profesional del psicólogo en ambientes del cuidado de la salud en un marco de recursos financieros limitados. Como lo establecen los autores

arriba señalados, una de las maneras en la que la psicología puede ir avanzando en contra de las barreras impuestas por la medicina organizada es luchar, a través de organismos representativos para que se considere al psicólogo un "profesional independiente de la salud"; y como ya mencionamos, dicha consideración se adapta más a las condiciones del ejercicio del psicólogo clínico que a otros especialistas de la psicología.

Los psicólogos tienen mucho que aportar a los ambientes de salud general, sin embargo, también su condición profesional tiene que ver con la organización de los servicios, de tal manera que su participación es secundaria para los objetivos del sistema de salud. En ambientes de la atención a la salud organizados bajo la lógica del modelo biomédico, el foco de atención es la salud biológica, lo cual determina por lo tanto la naturaleza de las acciones del cuidado y el psicólogo entonces se constituye en un elemento auxiliar para el logro de los objetivos del sistema. La separación física de los servicios de salud "mental" y biológica no es más que la expresión de la necesidad de delimitar aquellos servicios esenciales de los secundarios, y la actividad del psicólogo lo es en ambientes curativos; aunque, también, a esta situación contribuye la concepción dualista mente-cuerpo como lo refieren Belar, Deardorff y Kelly (1987).

Perecería que el psicólogo podría tener mayor posibilidad de un ejercicio profesional independiente en ambientes de atención a la salud "mental", pero, como vimos, no es así. El psicólogo es desplazado a un segundo término o subordinado y una explicación es su tardía incorporación profesional a los ambientes hospitalarios de salud mental; o, mejor aún, la imposibilidad de romper del todo con el modelo de la "enfermedad mental" que se ha discutido ya mucho sociológica y psicológicamente (Szasz, Ullman y Krasner y otros, por ejemplo). Aunque el psicólogo inicie un tratamiento con algún paciente de manera independiente, pierde su control sobre él cuando lo remite a un centro hospitalario para mayor control y pasa a manos del médico, quedando su intervención en un segundo plano. El actual nivel de entrenamiento de los psicólogos en otros países los prepara para funcionar de manera "autónoma" en ambientes hospitalarios psiquiátricos (Enright y cols. 1990a), sin embargo no tienen el privilegio de hacerse cargo de un paciente, tampoco de solicitar ni de opinar sobre las intervenciones de los médicos cuando existen condiciones biológicas concomitantes que deben ser atendidas.

Como podemos ver, el ejercicio profesional del psicólogo en ambientes del cuidado de la salud general está limitada por las relaciones estructuralmente establecidas en donde el médico es el responsable de toda la atención del paciente. Cuando se trata de innovar y mejorar la práctica profesional del psicólogo en los ambientes del cuidado de la salud se dan, generalmente, problemas y conflictos (Wertlieb y Budman, 1979). Otros autores reportan una mejor experiencia, por ejemplo Bloom (1979) considera que los médicos y enfermeras se han mostrado extremadamente abiertos y cooperativos, rechazando que se le haya excluido como profesional y reconoce que existe un escepticismo que puede ser sano si el psicólogo es competente. Creemos que lo anterior no son casos aislados, el psicólogo es apoyado y aceptado abiertamente por el personal cuando muestra capacidad y utilidad, pero su reconocimiento es a nivel informal y, en México, nuestra experiencia es que se prefiere destinar el presupuesto para contratar enfermeras y no psicólogos en centros de atención a la salud; esto, en cierta forma, es comprensible si tomamos en cuenta que existe un rezago en la satisfacción de las demandas de salud de la población y que presiona al sector.

En México, la participación del psicólogo en el campo de la salud, como en muchos países en desarrollo, se acentúa como simple auxiliar de las acciones médicas (y psiquiátricas) y, como se puede suponer, su papel es de tan poca relevancia que su referencia como especialista de la salud mental es escueta en los ordenamientos legales, reglamentos y normas que regulan la organización y funcionamiento de la Secretaría de Salud.

El Diario Oficial (1987, pag. 28) sólo señala que el psicólogo clínico es parte del equipo de salud mental (junto con la enfermera y la trabajadora social entre otros) y que su actividad está bajo la supervisión del psiquiatra; llama la atención que no se hace ningún desglose específico de las funciones de dicho profesionista, como lo hace del psiquiatra.

En el Reglamento de la Ley General en materia de prestación de Servicios de Atención Médica, en relación a la salud mental (Capítulo VII), (1986) el artículo 128 especifica que en los hospitales psiquiátricos el responsable debe ser el médico cirujano, con especialidad en Psiquiatría, con un mínimo de cinco años de experiencia en la especialidad; requisitos similares se establecen para los jefes de servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización. No se hace ninguna referencia a las responsabilidades del psicólogo en relación a la salud mental, sin embargo éstas se enmarcan en los objetivos de las acciones de prevención, promoción, atención y rehabilitación; se supone que el médico-psiquiatra distribuye discrecionalmente, y de acuerdo a la cualificación del profesional, las actividades a desarrollar y las supervisa. Algunos autores señalan actividades específicas que son parte de esas responsabilidades generales. Por ejemplo, Gomezjara y cols. (1983) enfatizan que el rol característico del psicólogo en el Sector Salud es la aplicación, clasificación y reporte de pruebas psicológicas con fines de diagnóstico, el cual forma parte del diagnóstico integral. Asimismo, consideran que debe desempeñar labores de psicoterapia individual y grupal, actividades recreativas y educacionales, de investigación, de enseñanza, de capacitación y evaluación en general. Varias de las actividades reseñadas arriba también se llevan a cabo en hospitales generales e Institutos de Salud, sin embargo, aunque son papeles característicos del psicólogo, algunas se constituyen en fuente de conflicto que añaden limitaciones a su actividad. Por ejemplo, muchos problemas de la relación médico-paciente-estructura tienen que ser solucionados tratando al paciente, sin modificar la estructura o las conductas del médico, para evitar conflictos entre el psicólogo y otros miembros del equipo de salud (Miller y Swartz, 1990).

Así, aún en países más desarrollados que México y Latinoamérica, aunque el psicólogo tenga reconocimiento como profesional "plenamente independiente en la salud", las formas y objetivos de dicha práctica en realidad está supraordinada a los objetivos de los agentes profesionales que dominan legalmente los ámbitos de la atención a la salud: el personal médico. Es más, como ya mencionamos, para que el psicólogo como profesionista pueda desarrollarse en dicho ámbito tiene que adoptar formas y modalidades de trabajo que son propios de las características de tal ambiente, muchas veces orientando su actividad sobre objetos epistémicos que no son propios de su disciplina, como es la enfermedad, adoptando supuestos ideológicos de otras disciplinas en la identificación de los problemas, que además de guiar a malos entendidos, lo ubica bajo el control de los responsables de los resultados de las acciones de salud; lo cual, también, determina en gran medida las características y tipo de investigación del psicólogo. Por ejemplo, en México, dentro del sector salud, la mayor cantidad de investigación en

relación a factores psicológicos se lleva a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría, con lo que se puede suponer que mucha de ésta, en la que interviene el psicólogo, se hace conforme a la perspectiva del psiquiatra relegando cuestiones más trascendentes para el desarrollo de la psicología. Este aspecto, entonces, orienta la investigación en el sector a áreas que preocupan más a los psiquiatras, que aunque no dejan de ser importantes (como las adicciones), dejan de lado otros aspectos en los que el psicólogo puede intervenir de manera más autónoma como son la evaluación de servicios de salud, los factores psicológicos de proveedores y usuarios, la educación para la salud, la formación de recursos humanos para la salud, etcétera. Incluso, la investigación psicológica en aspectos de la salud se ve influida por la naturaleza del modelo biomédico y las características disciplinarias del contexto; se acepta acriticamente la concepción de otras disciplinas acerca de la naturaleza y causalidad de los fenómenos bajo estudio. Por ejemplo, García (1986) considera que la investigación en México tiene un enfoque pragmático, con poca elaboración teórica y con poca 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, los cuales son importantes para ubicar con mayor precisión el lugar y papel de los procesos sociopsicológicos. La investigación psicológica en el campo de la salud es importante para el desarrollo de la disciplina en el mismo, sin embargo es necesario que el psicólogo tenga las condiciones y la autonomía para definir los elementos de interés propios, sin dejar de lado el desarrollo de contribuciones que demandan su inscripción profesional.

Rodríguez (1984) menciona que el psicólogo, desde la perspectiva tradicional, participa como auxiliar técnico del médico, sin embargo, la superación del enfoque mentalista de la psicología abre el campo de actividades del mismo profesionista, pero dicha apertura no depende del todo de la disciplina, sino también de las condiciones de su práctica que son definidas por otros profesionales. Por otro lado, menciona que "...la participación de la psicología en el desarrollo del conocimiento que la medicina requiere como profesión ha crecido en lo que va de este siglo; sin embargo, su proyecto profesional no ha estado al mismo nivel, esto quiere decir que nuestra disciplina, en el nivel de la formación profesional, adolece de carencias". (pag. 22) Creemos que tal aseveración es parcialmente cierta, la formación de psicólogos en México adolece de carencias pero este aspecto no puede dar cuenta totalmente del papel que mantiene el psicólogo como auxiliar; las características y demandas de los ámbitos de atención a la salud también determinan, en gran medida, el estado actual que guarda la profesión. Para fundamentar esta aseveración sólo basta recordar que los datos acerca de la exclusión del psicólogo en unidades de atención a la salud son principalmente de Estados Unidos y Sudáfrica, países desarrollados con alto nivel educativo de dicho profesional. Así, por ejemplo, en Estados Unidos el 80 por ciento de los psicólogos poseen nivel de Doctorado (Holtzman y cols. 1988) y sin embargo existen problemas serios en cuanto a su posición, privilegios y aún son excluidos como proveedores independientes en los programas de aseguramiento social. Entonces, el nivel educación y solidez de la preparación no puede contar del todo al papel marginal que cumple el psicólogo en el campo de la salud, en esto, insistimos, también es importante la organización y estructura jerárquica del personal, conforme a los objetivos del modelo biomédico.

Como refieren Miller y Swartz (1990), el campo de la psicología clínica en los hospitales generales aún permanece nuevo e indefinido, aspectos en los que concuerda Rodríguez (1984). Lo que contribuye a que la psicología como profesión esté confinado a un término secundario es que el modelo biomédico no reconoce el hecho de que la

medicina es una ciencia tanto social como biológica. El psicólogo que trabaja en ambientes médicos no tiene acceso al conocimiento de la enfermedad, y ésta es importante para la biomedicina. Esto, inmediatamente, lo excluye del acceso directo del poder en tal contexto. El médico está investido del poder que socialmente le confiere el ser un "experto de la biomedicina" y todos los aspectos del cuidado del paciente. De esta manera, el hecho de que el médico sea el líder del equipo le permite hacer sugerencias acerca del bienestar psicológico del paciente, las sugerencias del psicólogo acerca del cuidado médico tal vez sean vistas como poco profesionales y no bienvenidas; así, el psicólogo se encuentra en la desventaja de la estructura jerárquica del hospital.

Existen casos, que desgraciadamente no son la regla, en donde los psicólogos pueden ejercer de manera efectiva, independientemente del profesional médico y tener privilegios como hacer admisiones, altas, referencias, dirigir y diseñar planes de tratamiento y pedir la ayuda de médicos cuando lo crea necesario; así, el psicólogo tiene total responsabilidad del paciente y solicita la colaboración del psiquiatra o médico como un consultor (Klein, 1990). Sin embargo, estos aspectos dependen en gran medida de la estructura organizacional de los ambientes hospitalarios, el sistema de pago y las actitudes que los empleadores y colegas tienen del psicólogo; esta condición es más común en organizaciones del mantenimiento de la salud de la iniciativa privada, mientras no medie un servicio por seguro médico, incluso en México.

No es importante que el psicólogo ejerza su profesión en ambientes hospitalarios como un profesional igual que el médico, sus contribuciones más importantes están en el campo de la prevención primaria y la promoción de la salud y existen otros ambientes más pertinentes. Sin embargo, los profesionales de la salud biológica también controlan, al menos en relación al sector salud, el campo de la salud pública y, por lo tanto, muchas de las políticas de salud se centran en estrategias preventivas (vacunación, regulación y saneamiento ambiental, por ejemplo) con poco énfasis en la promoción de la salud, de tal manera que el psicólogo se convierte en auxiliar también, cuando mucho, en un ámbito en el cual el podría ser, junto con otros profesionales de la salud y sociales, uno de los agentes principales y relevantes.

De esta manera, al analizar las condiciones de la práctica profesional del psicólogo en ambientes de atención a la salud lo hacemos con base en que éstos son ámbitos característicos del campo de la salud y, de alguna manera, reflejan las condiciones del mismo en general.

Consideramos que las limitaciones de la práctica de los psicólogos en ambientes de atención a la salud es debido a las condiciones que impone el modelo biomédico dominante en la medicina Occidental. El modelo biomédico explica la salud y la enfermedad en términos de cambios físicos, químicos y fisiológicos en los sistemas corporales de los individuos, divorciando la experiencia de la enfermedad del contexto social y no considerando los aspectos psicosociales. Millon (1982) considera que la limitación de las actividades del psicólogo clínico se deriva de la inferencia lógica que considera que si el desorden de la conducta se define en términos de parámetros psicosociales, el psicólogo no necesita estar involucrado con aspectos somáticos que no tienen nada que ver con lo psicológico; lo cual hace que el mismo psicólogo se margine. Esta actitud dividió al paciente ilógicamente y segmenta el cuidado de la salud. Inclusive, señalan Belar, Dearthoff y Kelly (1987) que el dualismo mente-cuerpo aún está presente en la psicología, la psiquiatría y el trabajo social como lo está en la medicina. Muchos trabajadores de la sa-

lud "mental" no se sienten obligados a revisar el expediente médico del paciente antes de darle terapia, así como muchos médicos no toman en cuenta los factores psicológicos. Mucho más desalentador es cuando el personal administrativo o normativo tiene las creencias de que los servicios psicológicos no deben ser responsables de servicios psicológicos relacionados a otras unidades (no psiquiátricas) médicas-quirúrgicas. Por ejemplo se tiende a considerar que los neurólogos deben ser responsables de la evaluación neuropsicológica o psicofisiológica y no el psicólogo.

El dualismo también está profundamente arraigado en las políticas de salud. Existe una división entre los servicios de salud mental y las unidades médico-quirúrgicas en donde los primeros son de escasa cantidad y comúnmente existe poca intercomunicación entre ambos servicios. Por ejemplo, en México existen 23 centros comunitarios de salud en el Distrito Federal en donde se tienen instalados módulos de salud mental y solo un centro comunitario de salud mental. Los servicios de salud mental en los centros comunitarios de salud, según comunicación personal del Dr. Humberto Rico (1994), sólo están relacionados a salud mental y en caso de valoración médica se refiere al paciente a tal servicio, pero la comunicación es escasa. En el caso del centro comunitario de salud mental se pretende que el líder del equipo de atención a la salud mental sea el psicólogo, aunque obviamente aquí lo dirige un psiquiatra. También, nos comentó el Dr. Rico que el número de psiquiatras que colaboran en el Sector Salud ha ido decreciendo debido a los bajos salarios y prefieren incorporarse al sector privado, de ahí que la participación de los psicólogos tienda a incrementarse en relación al psiquiatra, pero éste sigue siendo el responsable de las acciones del equipo; en algunos casos, dado el número pequeño de psiquiatras en los centros de salud, se han habilitado a médicos generales como tales (Programa de Salud Mental del D.F., 1993). Es importante mencionar que en el centro comunitario de salud mental están integrados alumnos de la Maestría en Psicología de la Salud de la U.N.A.M. y llevan a cabo una residencia, aunque se supone que su formación abarca los aspectos de salud biológica, en el programa del centro no encontramos referencia al trabajo "interdisciplinario" que el Dr. Rico nos mencionaba y que supuestamente involucraba a psicólogos en el equipo de atención a la salud biológica. Finalmente, la Coordinación de Salud Mental de la Secretaría de Salud depende de la Subdirección de Atención Médica, lo cual nos habla de la subordinación de las actividades a los criterios de profesionales médicos y, por lo tanto, al modelo biomédico; no obstante que en la presentación del programa de salud mental (1993) se haga referencia a que "no es posible seguir ignorando el componente psicológico de las enfermedades somáticas" (pag.1) sus actividades recaen principalmente en la salud mental y no se señala cómo puede intervenir el psicólogo en la prevención de la enfermedad, la promoción y el cuidado de la salud física. En conclusión, la separación entre salud física y mental es evidente en la separación de los servicios y la desvinculación del trabajo de médicos y psicólogos.

Como una alternativa al modelo biomédico, Engel (1977; citado por Miller y Swartz, 1990) desarrolló el modelo biopsicosocial, considerando factores biológicos, psicológicos y sociales; la extensión de la práctica del psicólogo de los psiquiátricos a hospitales generales está dentro del espíritu de dicho modelo. Sin embargo, el modelo biomédico, a pesar de todo, sigue vigente (Mayou y Smith, 1986) y esto puede ser explicado porque dicho modelo se ha constituido en un sistema de creencias culturalmente derivadas, una forma de ver la salud y la enfermedad que es parte de la idiosincrasia de los profesionales y, por lo tanto, adquiere estatuto de dogma.

Es comprensible el planteamiento anterior si consideramos que el conocimiento de cualquier profesional y su práctica están histórica, social y culturalmente construida, lo que hace difícil que se pueda sustituir plenamente sobre criterios de utilidad o adecuación. Esto nos lleva a considerar que la psicología se inscribe profesionalmente en un ambiente que mantiene una visión ortodoxa en cuanto a sus métodos que, para mantener el control, margina aquellas conceptualizaciones que pueden desplazar su práctica o, en el mejor de los casos, las integra a su ejercicio práctico. Creemos que eso es lo que ha pasado, la psicología en ambientes del cuidado de salud (hospitales y centros comunitarios) no pretende, ni puede, desplazar a la medicina por obvias razones en la curación, pero ésta no ha sabido integrar los factores psicosociales en su práctica por razones institucionales, económicas, del desarrollo de la disciplina médica y la formación del profesional de la salud; sin embargo, la psicología tampoco ha podido sacudirse de la influencia del modelo médico en su forma de ejercicio profesional. La psicología como profesión ha buscado la manera de "sobrevivir" en el campo de la atención a la salud adoptando modelos de intervención propios de otras disciplinas, en este caso la medicina clínica. De esta manera, la psicología clínica se encuentra influida por la concepción clínica del modelo biomédico ya que se fundamenta en la concepción ideologizada de dicha práctica. Por lo tanto, la psicología no sólo adoptó una manera de hacer práctica profesional en un ámbito concreto, sino que asumió como verdaderos los criterios del concepto "salud-enfermedad" propia de la medicina aplicados a la conducta; esto llevó a que la psicología se influyera del enfoque patológico y curativo que caracteriza a la medicina, pero además a un desarrollo pragmático y ecléctico de la disciplina en el campo. Ribes (1982) señala que en la historia de la psicología clínica y la psiquiatría se aprecia la vinculación entre prácticas sociales ajenas a la psicología. La inscripción de la práctica profesional de la psicología en el campo de la salud, a través de la práctica clínica, influyó en que ésta se basara en las representaciones ideológicas de la medicina acerca del proceso salud-enfermedad en la conducta, las cuales justifican y reproducen socialmente la necesidad de su aplicación, lejos de criterios científicos. En este sentido, la psicología clínica aún no logra superar su enfoque "patológico" de la conducta y, para ser funcional en el sistema de salud, adoptó una forma práctica de ejercicio que no le es del toda propia, caracterizada por ser individualizada y curativa.

De hecho, Ribes (1982), haciendo una explicación de cómo la psicología clínica es una forma de aplicar la psicología conforme a criterios ideologizados del modelo biomédico, nos explica que la historia de la locura, y ahora la historia de la salud, son la historia de las ideologías y la concepción del individuo y su práctica social respecto a la religión, al sexo, la familia, la propiedad, la justicia y las demás representaciones de las relaciones sociales que son parte de una formación histórica. En este sentido, la aplicación de la psicología clínica, no sólo representa una forma de aplicar la psicología poco funcional a las necesidades del sistema de salud actualmente, sino que también se constituye en una forma en la que, sin cuestionarse el qué, se aplica el conocimiento de la psicología para legitimar los valores subyacentes a "problemas" definidos al margen de los intereses y las necesidades de los individuos de la sociedad. Tanto el modelo biomédico, como la psicología clínica, en tanto comparten una preocupación clínica, son ilustrativos de una orientación patológica que ya cuestionamos en relación al ejercicio de la medicina. Para orientar la práctica clínica de la psicología es importante que se cuestionen los criterios valorativos que definen un problema y sus determinaciones sociales, para lo cual el individuo debe participar activamente.

Otro aspecto relacionado con la práctica de la psicología clínica en el ámbito de la atención a la salud biológica y siguiendo la lógica de que los "problemas" son siempre definidos con base en criterios de valoración social en un contexto determinado, es que el psicólogo tiende a centrarse en los problemas que el cuerpo médico define como tales en función de sus necesidades profesionales. Esto genera que haya un alejamiento del psicólogo de cuestiones propios de su objeto de estudio y se dedique a aplicar técnicas y metodologías al margen de su análisis conceptual; prueba de esta aseveración es el pobre trabajo conceptual de la psicología con respecto al proceso salud-enfermedad y una tendencia a la aplicación de técnicas conductuales en la intervención en problemas de salud, como ya señaló García (1986). Esta forma de ejercicio profesional, sin dejar de reconocer sus méritos, ha sido la forma predominante en el campo de la salud, una actividad "tradicional" que, sin embargo, reproduce la imagen profesional del psicólogo para él y otros, no permitiendo el desarrollo y aplicación de otras más funcionales. El cambio de la conducta y la evaluación individual de la misma puede hacerse de otras formas con base en la naturaleza de la disciplina, como veremos más adelante.

Parece evidente, entonces, que la inscripción profesional del psicólogo en el campo de la salud, involucrado solamente en actividades que se consideran "tradicionales" (Rodríguez, 1984), la clínica lo es, pero también la evaluación psicométrica, la selección, el reclutamiento y la capacitación, representan una subutilización de este profesional si consideramos el arsenal teórico y metodológico que representan las contribuciones que la psicología ha hecho a dicho campo. Así, no obstante que el psicólogo parece tener todo un bagaje conceptual y metodológico para diversificar su práctica profesional en el campo de la salud y ser de mayor costo/efectividad, aún se mantiene en un papel secundario y como especialista auxiliar de las acciones médicas, subordinado a las necesidades del profesional médico.

Las características y determinaciones sociales de los ambientes de atención a la salud son también condicionantes del papel profesional del psicólogo. Las características de los ambientes del cuidado de la salud (Hospitales y Centros de Salud, entre otras) se organizan y estructuran de acuerdo al conocimiento y el ejercicio profesional de la medicina. Como menciona Mishler (1981), la medicina es una institución social con reglas que gobiernan la membresía, los derechos y privilegios de los miembros y las formas de práctica apropiada. Aparte de los aspectos de control y poder que están involucrados en la práctica de la medicina, es importante subrayar que los ambientes de atención a la salud son instituciones propias de los médicos y ellos mismos demandan el poder de regularse por sí mismos; esto es, al derecho a definir los estándares profesionales de conducta, para evaluar si los practicantes se apegan a ella y aplicar las sanciones a esa violación.

La profesión de la medicina parece estar más interesada en impulsar el interés de los miembros y mantener su autonomía del control externo, lo cual fuerza la conformidad a los estándares profesionales. De esta manera, los diferentes indicadores de productividad y normas en los procedimientos son, entre otros, las expresiones objetivas de autocontrol al que, si otras profesiones desean incorporarse, se tienen que conformar, todas con los ajustes pertinentes cuando es posible. Esta situación lleva a que sólo se acepta el criterio de expertos dentro de la misma profesión, sin permitir que aquellos a los que sirven en la comunidad lo hagan. La consecuencia es el predominio de los valores profesionales e intereses sobre los valores públicos y el interés en el desarrollo de las políticas de salud y servicios de salud.

Así, la función de los hospitales tiende más a reflejar las necesidades e intereses de los profesionales de la salud que las necesidades de los pacientes. Duff y Hollingshead (1980; citado por Mishler, 1981) encuentran que un gran porcentaje de errores en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes (54 por ciento de pacientes en consulta externa y 25 por ciento del servicio quirúrgico) es debido a que los médicos no se interesan en los aspectos de la vida de los pacientes; lo cual implica que, dentro de la concepción del modelo biomédico, muchos médicos aún no están interesados en los componentes sociales y psicológicos de la enfermedad, ni están preparados para utilizar tal información en el tratamiento del paciente. No se está cuestionando la importancia del modelo biomédico y su utilidad para lograr objetivos importantes en el cuidado de la salud, su función sigue siendo válida hasta ahora, se pretende cuestionar el esquema en el cual están organizados los sistemas de salud y en la que inscribe su práctica el médico ya que limitan el rango de acciones efectivas para la salud.

La segregación y control subordinado de la psicología, como de otras disciplinas sociales en el campo de la salud, es el producto del control monopólico de la profesión médica sobre la salud y la enfermedad; en la sociedad moderna, los médicos tienen el poder de decidir qué síntomas merecen tratamiento, de qué tipo y cuales personas están legítimamente enfermas. Con base en las premisas del modelo biomédico, por lo tanto, se consideran secundarias o excluyen otras profesiones que atienden los factores psicológicos y sociales de la salud y la enfermedad, como ya lo habíamos señalado.

Sin embargo, la actitud del profesional médico hacia otras profesiones no médicas en el campo de la salud no se deriva de una voluntad personal en el ejercicio de su profesión. Las demandas del contexto en que desarrolla su práctica el profesional médico trasciende su voluntad y, a veces, hasta su capacidad para modificar e integrar otros elementos que mejoren su ejecución. Las demandas intensas de trabajo con pacientes seriamente enfermos o con grandes cantidades de pacientes asignados, combinado con los requerimientos de los organizadores de la atención de información rápida y precisa no permiten la reflexión profunda acerca de los papeles que juegan otros factores como los psicológicos y sociales, su análisis es sobre los factores biológicos; incluso, aquellos que llegan a considerarlos, no pueden más que sujetarse a los procedimientos técnicos establecidos, pues tienen límites de tiempo para abordar otros problemas de la vida relacionados con el problema médico.

Se considera que el paciente y el médico son la unidad básica del sistema del cuidado de la salud y los elementos técnicos y arquitectónicos son solamente un medio para la acción, los recursos técnicos son ayudas y otros profesionales son extras (enfermeras, técnicos, residentes, psicólogos, entre otros); esta es la visión que mantiene la profesión médica en sí misma. Otros profesionales de la salud son considerados como auxiliares y, más recientemente, el personal paramédico se ha unido a la casta, las etiquetas marcan sus roles subordinados. Las escenas y apuntalamientos son pasivos y poca atención ha sido puesta a la interdependencia dinámica entre la ejecución del médico y el ambiente activo de su trabajo. El resultado es que el sistema de salud es abstraído de su contexto social y las formas en las cuales los servicios de salud son organizados en un sistema social son oscuros; los mismos médicos, debido a la fragmentación de su labor pueden permanecer ajeno a la influencia del sistema en su actividad (Mishler, 1981).

Sin embargo, la planeación y organización del sistema de salud obedece, como señalábamos anteriormente, al control del ejercicio profesional de la medicina y aún sigue en mero discurso los cambios en el sistema para lograr los objetivos de la "Atención Primaria a la Salud" y el logro de objetivos de mayor relevancia; en este sentido, las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud siguen produciendo profesionales que no responden a las necesidades de salud reales de la población. Como sostienen Soberón y Cols.(1988), la educación del profesional de la salud debe reflejar las prioridades de salud sobre la base de la enfermedad que soporta la población y de la disponibilidad de intervenciones costo-efectivas. Para que existan cambios de fondo y no sólo retórica en el sistema de salud se requiere un cambio en las actitudes de los responsables de la organización de los servicios de salud y los proveedores de los mismos.

La posición y actividades de los psicólogos en ambientes del cuidado de la salud y el campo de la salud en general, dependen de las actitudes y receptividad de los responsables y prestadores de los servicios de salud; sin embargo, tales actitudes y receptividad a aceptar a otros profesionales a colaborar (no a auxiliar) dependen de las presiones que tienen para satisfacer las demandas de salud del país. Así, creemos que, dadas las características del periodo de transición epidemiológica e institucional actual, están actualmente planteadas las condiciones a través de las cuales los profesionales médicos pueden tener una mayor disposición para aceptar la integración y colaboración de la psicología, principalmente en ámbitos que la medicina actual no está cubriendo - promoción de la salud, prevención de enfermedades en individuos, grupos y comunidades, así como la reestructuración práctica de los servicios de salud. Suponiendo que el personal médico es el que puede asumir principalmente un rol administrativo en el campo de la atención a la salud, sus creencias, necesidades y disposiciones también pueden reflejarse en decisiones políticas que afectan significativamente a los psicólogos y los alcances de sus contribuciones.

La psicología, está, aún con sus limitaciones, en la posición de ofrecer contribuciones que tiendan a la solución de los problemas de salud de México y sus instituciones de atención a la salud, hasta ahora el psicólogo ha tenido un estatus carente de autonomía profesional. Existen ámbitos cada vez más claros y precisos en los que el psicólogo puede contribuir en el campo de la salud sin que exista conflicto con el profesional médico (Stone, 1990) y el psicólogo adquiera un estatus de mayor autonomía. Sin embargo, es conveniente tomar en cuenta algunas posibles reacciones del personal de salud en relación a la actividad del psicólogo en el campo de la salud.

De acuerdo a enfoque sociológicos el grado del conflicto interprofesional en el campo de la salud depende de la similitud entre las profesiones en términos de su entrenamiento, su clientela y los servicios que se ofrecen (Furnham, Pendleton y Manicou, 1981). Esto, dentro de la perspectiva de la psicología en el campo de la salud parecería significar un área de conflicto entre el psicólogo y el médico. Sin embargo, el psicólogo debe adoptar formas de práctica profesional que, sin sustituirla del todo, trascienda la tradicional "clínica", lo cual es posible si consideramos que la psicología principalmente puede aplicarse por medio de la interdisciplina/multidisciplina y la desprofesionalización de sus conocimientos y metodologías para lograr resultados de más amplio espectro y relevancia de lo que se puede lograr en la relación uno a uno (Durán, Becerra y Torrejón, 1991). De esta manera, las áreas más promisorias para lograr resultados de salud relevantes al país es la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y son áreas

en las que el modelo biomédico ha resultado insuficiente, de tal manera que la psicología puede colaborar junto con otros profesionales biomédicos y sociales.

Desde un punto de vista psicológico (Tajfel, 1978, citado por Furnham, Pendleton y Manicom, 1981) se considera que si grupos con alto estatus son (o se sienten) amenazados con la pérdida de la misma por otro grupo con menor estatus, ellos tienden a enfatizar su superioridad y su favoritismo por el grupo, rechazando al otro: además, se tienden a endurecer los estereotipos acerca del grupo amenazante. En este sentido, muchas actitudes de marginación y escepticismo hacia el psicólogo por parte del profesional de la salud se derivan también del significado de invasión que tiene el compartir la misma clientela y servicios aparentemente similares, pero con resultados "no evidentes", o incluso nulos, conforme a los objetivos del sistema; de tal manera que se tiende a considerar al psicólogo como irrelevante al cuidado de la salud biológica.

Podemos, con lo anterior, concluir que el psicólogo se encuentra, en general, en un estado de marginación dentro del campo de la atención a la salud y esto no concuerda con su etiqueta de "profesional de la salud independiente", lo cual ha llevado a una subutilización del mismo, tomando en cuenta las contribuciones de la psicología al campo de la salud, aún cuando se observan necesidades del sistema que tales contribuciones pueden satisfacer. Esta subutilización no tiene que ver esencialmente con el grado de certificación del psicólogo, sino también debido a la naturaleza de las demandas del campo de la salud biológica y las regulaciones profesionales de un gremio con un encargo social muy concreto y que excluye a otros profesionales. A esto, debemos agregar que el trabajo terapéutico clínico, como forma de ejercicio profesional característico y dominante, no es del todo aceptada por muchas causas entre ellas: el bajo nivel de productividad en relación a otras profesiones y las necesidades del sistema de salud, una dudosa eficacia desde la perspectiva médica y formas de ejercicio similares que parecen competir con la práctica clínica de la medicina. Mientras la psicología siga adoptando los requerimientos del modelo médico como suyos, se seguirán utilizando formas de trabajo cuya naturaleza no le es propia (el trabajo entendido como clínico, individualizado y curativo), sin posibilidad de generar alternativas y utilizando estrategias de ejercicio limitadas en su eficacia (curación vs. prevención), entre otras; es, en este sentido, que las posibilidades de desarrollar estrategias de trabajo más relevantes para el sector salud se encuentran limitadas por una forma de ejercicio profesional que compite con las otros profesionales y de impacto reducido. De esta forma, la psicología, necesita encontrar nuevas fórmulas de inscripción derivadas de su propio desarrollo conceptual como disciplina que no se sobrelapen con el ámbito de otras profesiones.

Sin lugar a dudas, la naturaleza de la relación que existe en la disciplina como ciencia y profesión juega un papel importante para definir el ámbito de aplicación de lo psicológico y derivar formas de ejercicio profesional acordes con el conocimiento de tal manera de que, a la vez que se tienen una identidad práctica establecida por el desarrollo de la profesión conforme a la disciplina, el desarrollo de la misma nos permite demarcar el rango de fenómenos que son competencia del psicólogo en la salud, la enfermedad y la organización de los servicios de salud. De esta manera, es importante establecer la naturaleza de la relación entre ciencia y profesión en la psicología, ya que, como pudimos ver, existe un cuestionamiento de la independencia profesional del psicólogo en el campo de la salud y que parece derivarse de las formas que adopta su ejercicio profesional, supeditadas a la demanda. Sin duda que es necesario trascender las prácticas

profesionales del psicólogo conforme a la demanda del ámbito de la atención a la salud, de tal manera que refleje la naturaleza de la disciplina, lo cual plantearemos a continuación.

## **2. LA NATURALEZA DE LA RELACIÓN ENTRE CIENCIA Y PROFESIÓN EN PSICOLOGÍA Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO ACTUAL DEL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL CAMPO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD.**

Definir una profesión implica delimitar el ámbito de acción particular de toda ciencia con aplicabilidad social (Ribes, 1986). Sin embargo, el ámbito de acción de toda ciencia aplicable socialmente tiene múltiples determinaciones que devienen de su propio desarrollo como disciplina, y de sus características constitutivas y funcionales, en un momento de su historia, así como del ámbito de acción en donde se inscribe como práctica. Entender la dinámica que juegan diversos factores que condicionan una práctica profesional, entonces, requiere un breve análisis de las posibilidades de aplicación sustentadas en su desarrollo teórico y metodológico, por un lado y de las condicionantes sociales e institucionales de su inserción, por otro, de tal manera que sea posible encontrar alternativas para el desarrollo del campo de aplicación para una disciplina en particular, en este caso de la psicología en el campo de la salud.

En el presente capítulo creemos necesario retomar un marco conceptual que explique las condicionantes socio-económicas de la emergencia y desarrollo de las profesiones, y las condicionantes de las mismas en un momento de su desarrollo histórico como disciplina. Posteriormente, es necesario determinar el estado actual de la psicología como profesión en el campo de la salud analizando la naturaleza de la relación entre ciencia y profesión ya que de ella se derivan las determinantes de las formas de ejercicio y las delimitaciones que permiten su articulación orgánica precisa con otras profesiones; en donde, sin duda, la delimitación del objeto de estudio juega un papel capital. Con esto, pretendemos entender porque las características de la práctica actual del psicólogo en el campo de la salud está determinada, principalmente, por las demandas de tal ámbito, llevando a ejercicios cerrados y confusiones en cuanto a la delimitación de las dimensiones que legalmente le corresponden en su encargo social.

Inicialmente, partimos de considerar que toda inscripción de una práctica profesional, como lo plantean Ribes y Talento (1978), está condicionada por el sistema de relaciones sociales que determina su funcionalidad, tanto en el plano económico-estructural como en el político-ideológico-superestructural.

Así, una definición del ejercicio profesional particular no sólo está determinada por el desarrollo conceptual y metodológico de la disciplina solamente sino que está sustraordinado de manera importante al sistema de relaciones sociales de las formaciones económico-sociales; inclusive, la voluntad de un individuo no es capaz de determinar las formas de ejercicio, utilización, estructuración y producción del trabajo intelectual.

El ejercicio profesional, por tanto, está estructurado conforme a las formas de organización social, de las demandas de ésta, para su sostenimiento y reproducción es-

tructural y superestructural, así como por el nivel de desarrollo de la disciplina en el momento de su historia.

Aquí, consideramos al ejercicio de cualquier profesión como la práctica de una técnica definida, basada en una instrucción especializada en un contexto socio-institucional que, preponderantemente, determina sus formas de ejercicio, estructura y productos del trabajo intelectual.

Tenti Fanfani (1985) define a la profesión como una tarea basada en el estudio intelectual especializado y en el adiestramiento cuyo fin es proporcionar servicio o asesoramiento experimentado a los demás, en virtud de un horario definido y de un salario. Peña y Rosenblueth (1981; citado por Gómez 1983) consideran que profesión o carrera es una categoría de personas especializadas que son capaces de aplicar la ciencia a la solución de problemas en una sociedad dada.

Flexner (citado por Tenti, 1985) hace mención de seis criterios para definir una profesión:

1. Implica necesariamente de operaciones intelectuales.
2. Derivan su material de la ciencia y de la instrucción.
3. Manejan este material con un fin definido y práctico
4. Poseen una técnica educativa comunicable.
5. Tienden a su organización.
6. Tienden a una naturaleza cada vez más altruista.

Además, Tenti (ibid.) menciona que la mayoría de los sociólogos norteamericanos señalan al nivel de autonomía como el indicador principal para medir el grado de profesionalización de una disciplina, lo cual implica:

- Conocer mejor que nadie lo que es bueno para el cliente, en virtud de un prolongado entrenamiento y educación previa;
- Someter sus decisiones únicamente a la vigilancia de sus colegas y;
- Colocar todos los niveles de pertenencia bajo la jurisdicción de la profesión y la entrada a la misma bajo el control de la asociación pertinente.

Es claro que una conceptualización de las profesiones lleva a considerar que éstas constituyen mediaciones entre las necesidades individuales y las necesidades funcionales de las formaciones socioeconómicas; es decir, contribuyen a la regulación y control que permiten el funcionamiento de la sociedad.

Intentando trazar un origen de los factores que condicionan toda actividad profesional, Ribes y Talento (1978) nos señalan que toda profesión se va definiendo como tal con base en sus formas de inserción en diversos ámbitos de la actividad productiva, institucionalizando campos de aplicación del conocimiento conforme a la formas particularizadas de la organización social, buscando la legitimidad y compitiendo por monopolizar sectores particulares del conocimiento que la lleva a exacerbar su especialización con la finalidad de "venderse como mercancía" (valor de cambio), muchas veces al margen de su desarrollo como disciplina (valor de uso); también, es importante señalar que, esta dinámica conlleva el riesgo de supraordinar el desarrollo conceptual y metodológico de la disciplina a las demandas y condiciones del contexto estructural y superestructural.

Ya que las profesiones se estructuran con base en su relación con el nivel estructural y superestructural de las formaciones socioeconómicas, es pertinente establecer este tipo de relación y sus efectos en el ejercicio de las profesiones.

Desde el enfoque sociopolítico existen pocas interpretaciones teóricas de la relación entre profesiones y sociedad (Latapí, 1982). Sin embargo, se puede establecer que, a través del desarrollo histórico, las formaciones económico-sociales configuran la manera en que se prestan los servicios especializados. De esta manera, el origen de las profesiones actuales se explica por la constitución del capitalismo; como producto de la transformación de las relaciones de intercambio en todas las áreas de la actividad humana. Se comenzó a enfatizar el valor de cambio (proporción en la que el valor de uso puede ser intercambiado por otro) de sus servicios profesionales, establecen el precio de éstos sobre la base de una equivalencia universal a través de la educación que suponen, integran así mercados amplios y crean instrumentos para regularlos.

Según Latapí (1982), usando un término de Polanyi, los servicios profesionales son "bienes ficticios", como el trabajo, la tierra o el dinero. Sólo por una ampliación ideológica pueden considerarse bienes de intercambio. Pero el proceso capitalista permite generalizar el concepto de "trabajo productivo" a toda actividad humana que pueda ser pagada, aunque la situación laboral sea profundamente distinta de la del trabajador industrial que genera plusvalía; así, con esto, el trabajo intelectual adquiere un valor de cambio que, muchas veces, trasciende a su valor de uso (necesidades concretas que puede satisfacer y que se realizan en el consumo).

Históricamente, el monopolio de la educación profesional, a través de los sistemas educativos y la condición estructural del mismo, permite a las profesiones crear el "valor de cambio" de sus servicios. Las carreras universitarias no responden cabalmente a la naturaleza de las necesidades humanas. Se crean en función de los requerimientos de las formaciones socioeconómicas, privilegiando las exigencias de los grupos dominantes. Entre estos los propios gremios profesionales vigilan que estas evolucionen o deriven en especializaciones de manera que favorezcan sus intereses.

Así, tanto en su origen como en su evolución, las profesiones están fuertemente determinadas por los requerimientos de la formación socioeconómica en su contenido y sus modelos de ejercicio. Son apoyos al correcto funcionamiento de los procesos productivos, en beneficio del capital (Latapí, 1982). La selección de las tecnologías propias de cada profesión se efectúa bajo la misma influencia. Se advierte que muchas profesiones han desarrollado especialidades en campos de escasa relevancia social o aplicaciones tecnológicas sofisticadas que elevan innecesariamente el costo de los servicios para los usuarios, desatendiendo el desarrollo de otras tecnologías o formas de organización que podrían abaratarlos. Los intereses de otras profesiones, instituciones, empresas o grupos financieros y políticos son los principales determinantes en la evolución de las profesiones.

Los planes de estudio reflejan todas estas influencias. Quienes los diseñan y reforman procuran adaptarlos a los requerimientos de cada profesión (Latapí, 1982). Todo es facilitado por el monopolio que ejercen las profesiones sobre el saber profesional a través del sistema educativo. Este monopolio no sólo impide la socialización y aplicación del conocimiento profesional (Ribes y Talento, 1978), sino que otorga legitimidad, a tra-

vés de la certificación y acreditación, a las definiciones que las profesiones van dando de sí mismas.

Así, el avance científico y tecnológico, a diferencia de como lo pueden suponer muchos, no surge de las necesidades objetivas de la sociedad sino del propósito, consciente o inconsciente, de hacerlas orgánicas a los requerimientos de las formaciones económico-sociales.

Se puede analizar la organicidad de las profesiones, con respecto a las formaciones socioeconómicas, en la relación que establecen los servicios profesionales con el desarrollo de las fuerzas productivas. Desde este punto de vista pueden distinguirse tres formas de ubicación:

1) Servicios profesionales que se incorporan directamente a los procesos productivos y colaboran en la generación de plusvalía (mantenimiento de equipos, innovación de tecnología, administración de personal, etcétera)

2) Servicios que sin estar incorporados a los procesos productivos favorecen o refuerzan los intereses del capital (asesoría, publicidad, diseño de procesos industriales, mantenimiento de la salud, etcétera).

3) Servicios que sin estar en las situaciones anteriores, contribuyen al afianzamiento de la formación socioeconómica en general (investigación y desarrollo, planeación y regulación, servicios a la consolidación del Estado, etcétera).

De estas tres formas, las profesiones se articulan, con grados diferentes de organicidad, a la formación socioeconómica existente, contribuyendo a su mantenimiento y reproducción. Como cada aportación de las profesiones al capital es variable, también hace variable su relevancia, *status*, e ingreso

La relación de importancia de las profesiones para la reproducción del capital no sólo está supraordinada a lo anterior, sino que establecen relaciones con otras con el fin de asegurar su poder social y sus privilegios. Las redes de apoyo que así resultan, y no sólo entre ellas, sino con otras instituciones, refuerzan estructuralmente al capital. También, además de lo anterior y las regulaciones a través de la Universidad, la vinculación orgánica de las profesiones con las formaciones económico sociales está dada por las normas de comportamiento gremial, en virtud de las cuales se asegura la reproducción de las profesiones.

Como consecuencia de la selección por los mecanismos antes expuestos, los profesionales se ubican en la posición de prestigio en la sociedad. El estatus del profesional en la sociedad se asegura por medios ideológicos -la imagen de excelencia que proyecta-, por el monopolio educativo que controla el mercado y los incentivos materiales, además de la libertad de ejercicio para quien cumple las acreditaciones requeridas.

Las profesiones desempeñan una función de control sobre sus miembros a través de mecanismos como el código ético, los beneficios y privilegios por sujetarse a sus roles y mecanismos informales como el control social por medio de lealtades personales y el sentido de pertenencia gremial.

Por otro lado, los modelos de ejercicio profesional establecidos son congruentes (orgánicos menciona Latapí, op.cit.) con la formación socioeconómica y están determinados por ella. Estos modelos de ejercicio profesional determinan la organización de los servicios, los roles de los profesionales, las tecnologías que deben emplearse, las relaciones con las demás instituciones sociales y, muy particularmente, la orientación de los servicios a determinadas clases sociales. Su organicidad con la formación económico-social queda así asegurada a través de los modelos de ejercicio profesional que actúan como instancias de distribución de los miembros. Los gremios profesionales son particularmente sensibles a cualquier intento por modificar sus modelos de ejercicio.

La ideología compartida en todas las profesiones cohesiona al grupo profesional que constituye así un grupo de interés con valores y normas comunes y sirve para darle legitimidad ante la sociedad.

Al retomar estas reflexiones acerca de las profesiones y su articulación a la formación económico-social pretendemos tener un marco conceptual que nos permita entender el por qué una profesión guarda un estado de cosas en un ámbito particular del mercado laboral y, en el caso del presente trabajo, el de la psicología en la salud. De esta manera es importante enfatizar algunos aspectos de la profesión en la sociedad y, a través de ésta, analizar el papel del psicólogo en el área de la salud.

Aquí, podemos establecer que la psicología, como profesión, ha constituido sus formas de ejercicio y utilización en el campo de la salud obedeciendo a las formas de organización de los servicios de salud basados en el modelo médico, a las demandas de éste y de los profesionales que legalmente ejercen en ellos. Esto ha llevado a la institucionalización de campos de conocimiento que están más orientados al interés de la medicina, buscando legitimidad al ofrecer conocimientos especializados con el fin de ser un producto vendible, al margen de su desarrollo conceptual y adaptando sus formas de ejercicio al interés de decisiones sociopolíticas que buscan mantener y apoyar el proceso de atención; sin duda que una ampliación de la actividad del psicólogo en el campo de la salud también obedece a las carencias que se generan con la tecnificación sofisticada de la atención y las deficiencias del modelo médico para involucrar otros elementos que son parte de la eficacia de los servicios de salud. Así, la organicidad de la psicología con otras profesiones de la salud se establece más en función de los requerimientos de los intereses del ámbito de la atención a la salud, que con base en su propio desarrollo conceptual.

Sin embargo, también juega un papel importante que la psicología carece de límites bien precisos en cuanto a su objeto de estudio, lo cual la incapacita para imponer regulaciones a un ejercicio ocupacional; no existe, hasta este momento una identificación clara y precisa de un paradigma conforme lo plantea Khun (1971) en toda la psicología, lo que impide una definición más precisa de su objeto de estudio. Además de que, a nivel práctico, se hace un ejercicio profesional muy heterogéneo en cuanto a los objetos de estudio (la mente, la conducta, por ejemplo) y entre todos estos practicantes sólo existe en común el nombrarse socialmente como psicólogos; añadiendo, entonces, confusión a la percepción de otros profesionales acerca de los productos del trabajo psicológico, estableciendo demandas o exclusiones con base en supuestos, erróneos las más de las veces.

Al respecto, es importante considerar que las profesiones se estructuran con base en una segmentación de la producción del conocimiento y de su propio ejercicio. Para que se conforme una profesión se requiere, además del conocimiento, una legalidad sobre la forma de adquisición de ese conocimiento que es representada por las escuelas, certificando que se tiene el conocimiento para ejercer una práctica profesional antes de que se tenga una experiencia respecto a la misma (Díaz-Barriga, 1990). Es así, en este sentido, que la profesión se puede considerar, en términos de Ribes (1986), "...el monopolio del trabajo intelectual especializado..." (p. 373). Para esto, se debe tomar en cuenta que la profesión tiene sus límites, el carácter de los mismos permite definir la autonomía de un campo profesional como la capacidad que tiene una profesión para producir e imponer las normas de su producción y los criterios de evaluación de sus propios productos. Es decir, las profesiones tendrán mayor autonomía en cuanto mayor nivel de capacidad tengan para retraducir y reinterpretar todas las determinaciones externas conforme a sus propios principios. En el caso de la psicología, la retraducción e interpretación en el campo de la salud, como en todos los demás, es a través de aplicar el conocimiento de la disciplina relacionándolo con los objetos de conocimiento y prácticos de la medicina. Así, la práctica profesional del psicólogo en el campo de la salud, y básicamente en ambientes del cuidado de la salud, está subordinada a la profesión médica una vez que hace suyos los objetivos de ésta sin que sean parte de su objeto de estudio.

Las valoraciones que existen sobre el ejercicio profesional dependen de una situación cultural (relativamente impuesto en una sociedad particular) y es independiente del conjunto de conocimientos que su ejercicio específico demanda. Cada profesión se comporta (y se valora) de muy distintas maneras en el conjunto social; sin embargo, una mayor valoración social no implica una mayor valoración científica, la "compra" del conocimiento profesional depende más de la valoración social que del conjunto de conocimientos que tal formación profesional implica. Como menciona Ribes (1986), una profesión se justifica en la medida en que hay un sector de problemas sociales específicos que demandan su ejercicio; así, la psicología en el campo de la salud busca una mayor valoración a través de buscar legalidad en la intervención de problemas de salud, definidos por otras profesiones.

Dado que el desarrollo de la disciplina como ciencia tiene implicaciones para el desarrollo de la profesión, es necesario hacer la distinción entre profesión y disciplina. De acuerdo a Díaz-Barriga (1990) la profesión como campo de conocimientos aplicables a la actividad social queda circunscrita al problema de la ejecución de un conjunto de habilidades técnico-cognoscitivas, mientras que un campo disciplinario apunta hacia la conformación teórica de un saber específico.

A la psicología, en tanto disciplina, la podemos analizar como ciencia y como profesión; es decir, esta última como una actividad pragmática, tecnológica, derivada de las demandas inmediatas de una comunidad determinada. En apariencia, las dos vertientes dentro de la psicología son complementarias, pero en realidad se manifiesta una dualidad ya que existe una desvinculación entre la teoría y la práctica, que es, de todos los campos de aplicación de la psicología, en el de la salud en donde es más evidente. Según Ribes (1986) esta dualidad se da en el nacimiento de la psicología como profesión y como disciplina. Como profesión surge como producto de la demanda social, después de la Revolución Industrial y las dos Guerras Mundiales, con el fin de encontrar soluciones a diversos problemas humanos en los ámbitos de la educación, el trabajo y la salud princi-

palmente. Básicamente se orientó a la atención de trastornos del comportamiento y de la educación, para la determinación de aptitudes para ciertas actividades y en la medición de diferencias individuales en el campo militar. A partir de su relativo éxito en dichas actividades, su espectro de aplicación se amplió a otros campos como es el industrial, el clínico, el social y otros. Así, las diversas áreas a las que se ha aplicado la psicología van dando el nombre a especialidades y subespecialidades como son: "psicología clínica", para problemas relacionados con la "salud mental"; la psicología "educativa", para abordar procesos de aprendizaje; la "industrial" para solucionar los conflictos laborales y mejorar la productividad; la "social" enfocada a los problemas y funcionamiento de las comunidades, y así otros. En el campo de la salud biológica la incorporación de la psicología se da como resultado del cuestionamiento del modelo biomédico y las presiones para una mayor racionalidad de los servicios dentro de limitaciones presupuestarias; incorporación para la que aún o estaba lista la psicología.

De esta manera, surgió una psicología aplicada, definida y delimitada exclusivamente por el ámbito de problemas que debía solucionar. La psicología aplicada, en tanto profesión, se constituyó como un encargo social heterogéneo, al margen del desarrollo y consideraciones de su dimensión científica (Ribes, 1986). El conocimiento científico en la psicología, que se dirige a la búsqueda de relaciones no aparentes en lo concreto, al establecimiento de leyes y principios del comportamiento humano y animal se fue haciendo cada vez más ajena a la psicología como profesión. De esta manera se explica que la aplicación de la psicología se orientara a la solución de problemas concretos en el campo de la salud caracterizándose por un pragmatismo y eclecticismo desvinculado del desarrollo de la disciplina como ciencia, lo cual la ha llevado a depender de la definición del ejercicio de otras profesiones (la medicina clínica vs. psicología clínica por ejemplo) y, aún, transfigurar su objeto de estudio dentro del campo reduciendo sus explicaciones a niveles de análisis cuya naturaleza le es generalmente ajena. Hay quienes aseguran que la psicología puede "sanar" padecimientos biológicos, dando origen a confusiones conceptuales e intromisiones en los límites de otras disciplinas. La psicología no tiene como objeto de estudio a la salud y la enfermedad, aunque la inscripción histórica del psicólogo en dicho campo lo haga parecer así. La psicología, partiendo de la definición que la considera como la interacción entre organismo y medio ambiente, se encarga de lo psicológico como proceso, como desarrollo, como concreción de lo biológico y lo social vinculado con la enfermedad y la salud; es importante, por lo tanto, observar cuál es el carácter funcional que asumen los diferentes tipos de interacciones que producen efectos específicos sobre la salud propia o de otros.

Entonces, la psicología como modo de conocimiento, se ha inscrito profesionalmente en un ámbito con un encargo social muy específico careciendo de un cuerpo de conocimientos teórico-metodológicos que le posibiliten como disciplina el análisis e intervención de los eventos propios de su campo, sin reducir, ni ser reducida a otras disciplinas o profesiones. Cuando esto ocurre, y se inscribe como práctica profesional en un ámbito que no es propio de su objeto de estudio, ni ha definido correctamente un objeto de estudio, la consecuencia lógica es que se supraordine a las necesidades y objetivos de dicho ámbito y responda a las interpelaciones de las necesidades de otros profesionales que se encuentran en su propio dominio; inclusive, tales interpelaciones significan, la adopción de modalidades de práctica que son propias de la naturaleza que caracteriza a tal ámbito. Así, la psicología en el campo de la salud adoptó modalidades de trabajo que caracterizan a la práctica médica y circunscribiéndose a los límites de acción que le marcaba ésta; en este caso, la adopción de la psicología de conceptos

como "salud y enfermedad mental" es la aceptación de la delimitación de los fenómenos que son su objeto de estudio (no la salud o la enfermedad, sino lo psicológico) por otra disciplina profesional. A esta situación debemos de añadirle la existencia de una dependencia tecnológica y científica que orienta los modelos de atención psicológicos y los problemas a estudiar conforme a las necesidades y características socioculturales de otros países; en este sentido, se han adoptado no sólo esquemas teóricos que dan cuenta de otra realidad diferente a la de nuestro país, sino modelos de atención poco afortunados a la realidad social y económica de México, como es el ejercicio liberal de la práctica de la psicología clínica. Este modelo, o forma de práctica profesional, ha resultado insuficiente y poco aceptado culturalmente en nuestro país para satisfacer las necesidades del mismo, similar a lo que ocurre con la medicina con base en el modelo biomédico.

Con respecto a lo anterior, Amoros (1980) considera que la psicología sufre los efectos de la dependencia sociocultural de los centros de dominación externa que la lleva a adoptar sus modelos teóricos y aplicados en el desenvolvimiento de su praxis profesional. Incluso, el psicólogo, sobre todo el clínico, ha desarrollado una actitud de sometimiento a las profesiones médicas con la consecuente desfiguración de procedimientos y metodologías; así, señala, que el psicólogo ha distorsionado su identidad de psicólogo clínico, obligándose a tomar prestado modelos de trabajo ajenos que sólo conducen a seguir manteniendo una posición de auxiliar de las acciones médicas.

Así, en la exigua relación que existe en la psicología entre ciencia -o proyecto de ésta- y profesión encontramos una explicación de porque el campo se ha configurado como un campo pragmático, carente de un objeto preciso que, a su vez, permita la delimitación de la gama de eventos que legalmente comprenden su campo de estudio. Sin duda que esta situación de dualismo en la relación entre ciencia y profesión en la psicología facilita la supraordinación de la misma a la definición que hacen los médicos del ejercicio profesional en el campo de la salud, al margen de los del desarrollo de la disciplina como conocimiento. También nos permite explicar que, en última instancia, el bajo nivel de autonomía profesional del psicólogo en el campo de la salud, considerada ésta como el grado de madurez de la disciplina como profesión, se debe, en parte, a su incapacidad conceptual para retraducir y reinterpretar precisamente los fenómenos del campo conforme a principios propios, teniendo necesidad de utilizar categorías analíticas de otras disciplinas y, muchas veces, sus tecnologías; pero también nos permite considerar que la psicología se constituye en una profesión que guarda un mayor nivel de organicidad en el campo de la salud, dadas las condiciones epidemiológicas prevalentes, y la posibilidad que representa para la profesión médica en tanto apoyo para el cumplimiento de su encargo social y su consecuente apuntalamiento.

Ahora bien, dada la importancia de la psicología como conocimiento y su relación con la configuración de la profesión, es necesario hacer otras consideraciones en torno a su naturaleza y su relación con la salud.

La psicología como disciplina en el campo de la salud, además de ser un campo pragmático, desvinculado de la teoría, tiende a un eclecticismo creciente. Este eclecticismo sin duda se conforma como producto de la insuficiencia de la actividad del psicólogo en lo que se refiere al logro de transformaciones sistemáticas y duraderas; ya Taylor (1990) señaló este problema a superar en el campo de la salud. El eclecticismo pretende fundamentarse en la idea de que se requiere del concurso de diversos enfoques que

analicen diferentes aspectos de un objeto de estudio para considerar que se está abarcando integralmente a éste. Sin embargo, el eclecticismo se debe en gran medida a que los problemas de algún campo en particular no han sido formulados convenientemente y que antes no se ha comprendido su desarrollo y estructura psicológicos (Ribes, 1986). Este es uno de los problemas que subyacen a la inscripción profesional del psicólogo en el campo de la salud y que se manifiesta en la deficiente definición del campo a nivel profesional y de la disciplina como conocimiento. Así, el término "Psicología de la Salud" se conceptualiza como un campo profesional que integra diferentes posturas teóricas (Stone, 1988), pero es el resultado de que la práctica profesional del psicólogo se integra a tales ambientes sin tener una comprensión y delimitación de la estructura psicológica que interviene en los problemas de dicho campo. Así, la problemática en cuanto a la definición del rol del psicólogo en el campo de la atención a la salud se deriva, en parte, del desconocimiento del mismo profesionista acerca de la estructura del ámbito psicológico en la salud, lo cual no le ha permitido tener claridad en cuanto a la forma de plantear, ejecutar y evaluar una intervención; es decir, no se tiene claro cual es la dimensión psicológica del fenómeno de la salud, la enfermedad y la organización del cuidado en la que el psicólogo está inscrito, invadiendo y adoptándose áreas de otros campos del conocimiento que están relacionadas.

La inscripción del psicólogo en el campo de la salud, como en muchos otros campos, inicialmente se llevó a cabo careciendo de un cuerpo de datos, métodos y herramientas para el estudio y tratamiento de los problemas de salud y enfermedad física. Su inscripción dentro del campo de la salud fue inicialmente en ambientes psiquiátricos, dominados por el modelo de "enfermedad mental" con base en el modelo biomédico. La práctica de la psicología en tales ambientes orientaron a ésta a adoptar formas de ejercicio profesional que le eran ajenas y más propias de la medicina: la clínica. El ejercicio profesional del psicólogo en ambientes psiquiátricos era, en gran parte, justificado por sus desarrollos en relación a la conducta denominada "anormal", y su práctica se conformó de acuerdo a los principios de la práctica médica, e inclusive como señala Ribes (1982), adoptó los presupuestos del modelo médico. Debido a la cercanía de la psicología con la medicina (Gentry y Matarazzo, 1981) y la actividad educativa del psicólogo en universidades de medicina, su inscripción en el campo de la salud física se llevó a cabo aplicando la práctica clínica y sus supuestos subyacentes. Así, la psicología clínica se constituye en la forma dominante de práctica social del psicólogo en ambientes de la atención a la salud y es a través de la cual se le conceptualiza como profesional de la salud.

Sin embargo, el psicólogo, en el campo de la atención a la salud biológica, se enfrenta a demandas muy diferentes al de los ambientes psiquiátricos y carecía de un cuerpo teórico-conceptual propio en los fenómenos de salud y enfermedad, lo cual inevitablemente lo restringía a la atención de los problemas de conducta sin intervenir conscientemente en tales fenómenos. Se carecía de un sistema conceptual que permitiera el desarrollo de métodos y herramientas en el estudio y tratamiento de los problemas propios de dicho campo, lo cual obligó al psicólogo a incorporar a su práctica diversos conceptos y metodologías que la psicología había ya desarrollado en otros campos del conocimiento y profesionales, pero sin un entendimiento profundo de los fenómenos y problemas del campo de la salud. Esta condición ha generado confusiones conceptuales y profesionales acerca del quehacer del psicólogo en el campo de la atención a la salud (Piña, 1991), las cuales, a su vez, se han generalizado a las concepciones que los profesionales de la salud tienen sobre la actividad del psicólogo en esta área.

La manera en cómo se ha planteado la inscripción profesional del psicólogo en el campo de la salud ha llevado a que su práctica se halla visto envuelta en malos entendidos, en ejercicios cerrados -hay quienes suponen que los problemas de salud pueden ser resueltos de modo exclusivo por ellos- así como discusiones improcedentes acerca del dominio de la psicología. De igual manera, se carece de una precisión en cuanto a la relación que existe entre lo psicológico y la salud, la falta de delimitación del trabajo del psicólogo y de otros profesionales y formas más funcionales del trabajo conforme al desarrollo conceptual de la disciplina. La heterogeneidad conceptual de la psicología en general juega un papel importante en la prevalencia de tales condiciones.

Así, existe una desvinculación, más evidente aún en el campo de la salud, entre la psicología como disciplina y como profesión. debido a que la psicología carece de un objeto de estudio propio debidamente definido y, por lo tanto, ésta lo configura a partir del encargo social, adaptando su práctica a las características y demandas del campo, en este caso de la salud, y constituyendo así un saber concreto del campo en función de la perspectiva de la medicina o de otras disciplinas relacionadas; el marcado énfasis de la psicología sobre los determinantes de la enfermedad y el tratamiento, y no los de salud, es una manifestación clara de lo expuesto aquí, otros ejemplos también puede ser vistos en la utilización de categorías de la sociología para el análisis psicológico del proceso salud-enfermedad.

La diversidad de enfoques ha estimulado diversas formas de estudiar a lo psicológico ubicando a nuestra disciplina en un nivel preparadigmático; en este sentido, no se podrá hacer referencia a la psicología como una disciplina científica, ni mucho menos clarificar su papel y su relación como práctica social. Así, de acuerdo con Ribes (1982) existe una dualidad entre la psicología como disciplina y profesión, considerando que la segunda ha influido sobremanera en el trabajo que el psicólogo por naturaleza desempeña. Dicho trabajo ha quedado enmarcado más como preocupación por solucionar problemas mediante las aplicaciones prácticas del conocimiento psicológico, aún cuando entre ambos dominios no medie relación alguna; esto, así, ha fomentado un rompimiento entre la psicología como disciplina y como profesión. Concretamente, la psicología de la salud, al igual que otros campos (clínica, educativa, social, comunitaria, etcétera) ha surgido más como producto de demandas sociales que como consecuencia de la especialización de los conocimientos psicológicos. El hecho de que se considere a la psicología de la salud como un área eminentemente aplicada lleva a hacer mención de todo el bagaje conceptual y metodológico de la psicología en la práctica concreta.

En el caso de la definición de la psicología de la salud de Stone (1979; 1988), "como la intersección de la psicología con todo el sistema de salud" (pag.1), lo psicológico no son los problemas de salud, o la organización de la oferta del servicio, sino, conforme a Ribes (1989a), es el comportamiento que está relacionado con la salud y la enfermedad, así como en las interacciones involucradas en el proceso de atención a la salud; de esta manera, como psicólogos debemos observar cuál es el carácter funcional que asumen diferentes tipos de interacciones que producen efectos específicos sobre la salud. Lo psicológico, son procesos individuales (discriminar, aprender, motivar, percibir, etcétera) que se manifiestan en la interacción del organismo con el medio ambiente.

Piña (1991) señala que como psicólogos no pretendamos incidir en campos que trasciendan lo estrictamente psicológico; sin embargo, bajo el concurso de un trabajo eminentemente ínter y multidisciplinario, cree que el psicólogo tiene en definitiva mucho que aportar. Ribes y López (1985) consideran que la psicología, como la ciencia del comportamiento humano, no puede constituir un cuerpo tecnológico especializado que, por sí solo, pueda resolver los problemas que una situación determinada plantee. La psicología constituye un conocimiento analítico acerca de fenómenos concretos y es éste el que puede contribuir a la construcción de una tecnología con aplicabilidad social -que debe incluir por necesidad procedimientos de evaluación y cambio del comportamiento individual-, pero su aportación tecnológica requiere de una segunda elaboración sintética. Esta segunda traducción o adaptación del conocimiento se da en el contexto de la multi y/o interdisciplina; la forma de trabajo que debería de caracterizar la forma de trabajo del psicólogo en el campo de la salud. La multidiscipliplina o interdisciplina constituyen el marco de referencia esencial de la tecnología como conocimiento práctico y de sus circunstancias de aplicación. Se señala que en la tecnología, como conocimiento adaptado a la solución de problemas prácticos, se conjugan, por necesidad, las aportaciones de todas las disciplinas analíticamente involucradas con dicha problemática en su diversidad de dimensiones. Si "...la tecnología aplicable socialmente se da como síntesis de dimensiones analíticas de varias disciplinas, dentro de reglas y tradiciones prácticas que convergen en relación a un problema concreto..."(pag. 477; Ribes y López, 1985), podemos decir que la psicología aún no ha desarrollado un cuerpo de conocimientos lo suficientemente sólidos para su integración multi o interdisciplinaria con otras profesiones de la salud. Para que esto ocurra, se necesita definir con claridad, en cualquier problema de salud, el nivel específico sobre el cual participarán las diversas disciplinas, además de especificar los aportes metodológicos y tecnológicos particulares a cada una de ellas.

También existe otra opción para canalizar la aplicación del conocimiento psicológico y que, creemos, es también muy pertinente en el sistema de salud, es la desprofesionalización como la plantea Ribes (1986). La desprofesionalización comprende "la transferencia a amplias capas de no profesionales de la información y los procedimientos tecnológicos fundamentales de la disciplina con el fin de permitir su aplicación extendida y permanente por parte de aquellos que tradicionalmente han sido solamente recipientes de servicios. En segundo lugar, la determinación de los problemas y niveles de aplicación de estas técnicas por parte de los mismos no profesionales, al margen de criterios institucionales que pueden ser o no complementarios a los definidos por ellos" (pag. 373). Ambos aspectos permiten romper con la delimitación de los problemas (como la dualidad mente-cuerpo) que es necesario enfrentar, sobre todo en el campo de la salud física; también es factible, a través de esta opción de práctica, romper con la demarcación profesional impuesta institucionalmente a la psicología en el campo de la salud

Entonces, tanto la psicología como la medicina se han abocado al cuidado del enfermo. El rol reconocido en el campo de la salud del psicólogo es de dedicarse a atender "la salud mental". Como mencionan Durán, Becerra y Torrejón (1991) "Ni el psicólogo mismo ni el resto del personal de salud conciben a este profesionista realizando tareas diferentes a éstas dentro del sistema de salud"(pag. 103). Para que este estado de cosas se mantenga, juega un papel importante la inadecuada definición del campo profesional y la falta de delimitación precisa de la dimensión psicológica de la salud; todo lo cual es, en gran parte, producto del grado insuficiente de madurez interna de la disciplina. Sin embargo, la forma de inserción de la psicología también obedece a factores sociales, institucionales y las características de la práctica de otras profesiones

con un encargo social concreto como es la medicina. Si partimos del planteamiento de Ribes y López (1985) de que la psicología, como conocimiento tecnológico, requiere, para su aplicación, transferir su conocimiento analítico a través de otras profesiones, o a los participantes directos que protagonizan una situación problema en la vida cotidiana. En este sentido, la psicología no ha logrado integrarse, como conocimiento, en la práctica de los profesionales de la salud, en parte por su falta de madurez como disciplina científica en relación al campo de la salud y, por otro lado, por los supuestos que subyacen al modelo biomédico que determinan las características de la formación de profesionales de la salud y la organización de la oferta de servicios de salud, de la cual el psicólogo es "auxiliar" de las acciones médicas.

Otro elemento que conviene señalar es que la psicología, como profesión, utilizando los criterios de Flexner (citado por Tenti, 1985) posee un nivel de autonomía muy bajo o nula debido a que no ha generado un sistema de vigilancia con criterios sólidos e instancias reguladoras apropiadas y aceptados por la mayoría de los psicólogos. Ya Ribes y Talento (1978) señalaban que en México la psicología no tenía criterios sociales explícitos que planifiquen y regulen el ejercicio profesional. De igual manera, se carece de organismos realmente representativos de los profesionales de la psicología que apoyen el desarrollo de la profesión como ocurre en Estados Unidos con la APA, por ejemplo. Estas serán algunas de las condiciones en las que la psicología como profesión necesita avanzar si pretende adquirir un papel más relevante en el campo de la salud y no sólo como producto de una demanda que surge de un periodo epidemiológico característico de una etapa del desarrollo de la sociedad.

Tomando en consideración los planteamientos hasta aquí hechos, creemos importante determinar ahora las características profesionales de psicólogos para el campo de la salud que les permita llevar a cabo la mayoría de las alternativas planteadas en el primer capítulo, e intentando romper con los problemas aquí expuestos.

## **CAPITULO III.**

## CAPÍTULO 3.

### LA FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO PARA EL CAMPO DE LA SALUD.

La formación de psicólogos para cualquier campo de la actividad humana valorada socialmente requiere la definición de conocimientos y habilidades terminales que éstos deben tener una vez que son expuestos a experiencias de aprendizaje. El cuestionamiento de las consideraciones originarias de las cuales debe partir la formación del psicólogo, como de otros profesionales, se asienta en diversas conceptualizaciones acerca de la educación superior y la sociedad. Cada una de estas interpretaciones se propone como objetivo la identificación de las formas, modalidades y contenidos que debería asumir la educación superior para contribuir de manera más adecuada al desarrollo social, económico y cultural.

Algunas de las dimensiones más importantes de las relaciones entre educación superior y sociedad son aquellas que tienen que ver con el grado de adecuación o de desfase entre el producto del sistema educativo y la realidad del mundo del trabajo y las necesidades sociales. En particular, la adecuación se mide en términos de las relaciones entre el perfil profesional (conocimientos y habilidades) del egresado y la naturaleza de las tareas que desempeña en su puesto de trabajo, profesión u oficio; o, también, sobre aquellas que debe desempeñar conforme a necesidades definidas socialmente en un periodo histórico. Esta relación puede asumir dos formas opuestas, ya sea de estrecha congruencia o de inadecuación total, entre estos dos opuestos se pueden encontrar diferentes formas de "sobrecalificación" en relación a los requerimientos ocupacionales específicos, o de subutilización de las capacidades adquiridas. Asimismo, se pueden encontrar necesidades ocupacionales no cubiertas por el sistema educativo, y ofertas de diversos tipos de profesionales que no son demandadas en el mercado de trabajo.

Las diferentes interpretaciones sobre esta problemática se basan en varios supuestos sobre el funcionamiento del mercado de trabajo, sobre la naturaleza del origen, definición y práctica de las carreras o profesiones estudiadas; sobre el origen y funciones de las jerarquías, estructuras, ocupaciones, sobre la "racionalidad" de la división y organización del trabajo existente, entre otros.

En el presente trabajo hemos planteado las condiciones estructurales que determinan el proceso salud-enfermedad y la respuesta social organizada ante el periodo epidemiológico, planteando algunas estrategias alternativas que tenderían a mejorar tal respuesta, conforme a los problemas señalados y los desarrollos de la psicología en el campo de la salud. También, señalamos que el psicólogo es "subutilizado" debido a las condicionantes derivadas de las funciones y estructura ocupacional del ámbito de la salud y también debido a la naturaleza de la disciplina psicológica como ciencia y profesión. En ese sentido, también enfatizamos la premisa de que el psicólogo, para ser de costo/efectividad al sistema de salud, debe inscribir su práctica profesional en ámbitos que están abocados a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud básicamente, aunque sin dejar a un lado la evolución de su participación en la atención a la salud tanto "mental" como biológica en ámbitos de cuidado o atención a la salud.

Así, partimos de la premisa de que la función de la psicología como profesión debe estar determinada por su aplicación a la solución de determinados problemas de la sociedad, así como por el desarrollo conceptual de la disciplina. Ahora bien, como todo campo de conocimiento y aplicación de la psicología, el campo de la salud demanda conocimientos y habilidades que son funcionales a las actividades establecidas, las cuales pueden considerarse punto de partida para determinar un perfil sobre el cual formar al egresado para dicho campo de aplicación; para lo cual bastaría, sencillamente, hacer un análisis de las actividades y derivar conocimientos y habilidades requeridas para instrumentar dichas actividades y, con base en ellas, proponer un programa de formación. Sin embargo, esto resultará engañoso si dejamos de lado los supuestos de la naturaleza de la disciplina y las condiciones históricas que la configuran (Ribes, 1989b) ya que, como vimos en el capítulo dos, dicha naturaleza configura las formas y modalidades del ejercicio profesional. De esta manera, es importante, además, considerar la naturaleza de la disciplina, las características de su aplicación al campo de la salud y la formación del psicólogo para proponer un modelo.

Por lo tanto, en el presente capítulo, para establecer las características necesarias de la formación del psicólogo en el campo de la atención a la salud creemos importante inicialmente determinar las tendencias, en términos de contenidos y experiencias de tales profesionales. A partir de las tendencias de formación de psicólogos de la salud podremos tomar en cuenta aquellos contenidos, experiencias y organización de las mismas que son relevantes en la formación de psicólogos en el campo y retomar aquellos pertinentes al perfil a formar. Posteriormente, caracterizaremos las aplicaciones concretas de la psicología en el campo de la salud para formular un modelo de formación profesional para el campo.

Es importante señalar que aquí partimos de la concepción de perfil en términos generales y como la caracterización peculiar al profesional de la psicología en el campo de la salud a partir de sus cualidades ostensibles, esto es, el conjunto de conocimientos y habilidades que distinguen su modo de ejercer la profesión en varias dimensiones como: 1) La definición del objeto de estudio del área; 2) La extensión profesional que abarca su área de acción; 3) Los planos del ejercicio como son las áreas profesionales, habilidades generales y habilidades específicas; 4) El cuerpo de conocimientos teóricos y metodológicos aplicables a la salud y; 5) El inventario de problemas tipo que asiste.

Por otro lado, es importante enfatizar que si bien las contribuciones de la psicología al campo de la salud se han aglutinado en el término "Psicología de la Salud" definida por Stone (1979; 1988) y Matarazzo (1980) nosotros partimos de que tales contribuciones son de la psicología general, como disciplina y profesión, que requieren adaptarse a los fines del campo. Por lo tanto, si bien nos basamos en ella, lo hacemos considerando que es la aplicación de la psicología a un campo de la actividad humana que, para su adaptación, necesita de conocimientos y habilidades específicos de la psicología, así como de las regulaciones y objetivos del campo.

## 1. TENDENCIAS EN LA FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS EN EL CAMPO DE LA SALUD.

La formación de psicólogos específicamente para el campo de la salud no es realmente algo nuevo, ya anteriormente se han desarrollado algunos cursos y talleres, pero carecían de formalidad y metas más precisas (Olbrisch y Sechrest, 1979). De hecho, los diferentes programas de entrenamiento general de psicólogos para trabajar en el campo de la atención a la salud surgen a partir de la definición de "Psicología de la Salud" que, como ya analizamos, está dominada por un pragmatismo y eclecticismo. Varios autores relevantes del campo de la psicología de la salud (por ejemplo, Stone, Cohen y Adler, 1979; Millón, 1982 y otros) consideran que la formación de psicólogos en psicología de la salud debería de hacerse una vez que se tiene un entrenamiento posdoctoral. El fundamento para dicha propuesta es que el campo es amplio y complejo y se requieren muchos psicólogos con diversas especialidades para satisfacer las necesidades del campo; así, se considera que si cada campo de especialización de la psicología general es relevante a la psicología de la salud, entonces se necesita adaptar las teorías y métodos a los requerimientos del sistema de salud. De esta manera, el entrenamiento posdoctoral puede ser más apropiado como medio para preparar a los psicólogos ya educados en alguna especialización para que utilicen sus habilidades en áreas de la salud relacionadas. Sin embargo, nosotros creemos que es demasiado pretencioso un programa de ese nivel para nuestro país, aunque debe ser un ideal a alcanzar. Creemos que la formación de psicólogos para la salud a nivel posdoctoral en México es pretencioso debido a que las mayores posibilidades de inserción del psicólogo en el campo de la salud están en las instituciones que atienden a derechohabientes que cotizan (IMSS, ISSSTE, PEMEX y otras) y las de atención a población abierta (Secretaría de Salud); esta última es la que mayor cantidad de psicólogos contrata (Rodríguez, 1989; *in* Navarro). En dicho sector es poco estimulante el salario, aún para profesionales médicos -necesarios para el sector-, con lo cual hipotetizamos que es poco probable que muchos psicólogos estudien un doctorado y posdoctorado para ganar salarios extremadamente bajos. Tal vez algunos estén interesados por las opciones que existen a nivel normativo en el mismo sector, o por aquellas que percibe en el sector privado, pero su inserción real suele estar determinado por su marco de relaciones interpersonales; sin embargo, a otros podría interesarles como un campo de investigación y desarrollo personal o de vinculación universidad-sector salud, en una perspectiva académica. Concretamente, en México las condiciones de inserción profesional del psicólogo en el campo de la atención a la salud son poco estimulantes en estatus y económicamente para atraer profesionales con doctorados y posdoctorados en psicología, lo cual influiría en la poca demanda de tales estudios; en la medida en que el psicólogo demuestre una buena relación costo/eficacia en el sector las condiciones pueden volverse más estimulantes. Así, conforme a estas condiciones, creemos que la formación de psicólogos de la salud en el nivel posdoctoral en cantidad suficiente es difícil, sino imposible, salvo las condiciones que ya señalamos.

Por otro lado, aún la formación del psicólogo en México es deficiente en cantidad en los niveles de posgrado dado que el número de psicólogos con doctorado aún es pequeño, pero en crecimiento (Díaz-Guerrero, 1984: citado por Holtzman y cols., 1988), aunque en cantidad no llegan al cinco por ciento con respecto a pregrado, con lo cual creemos que no se lograría satisfacer las necesidades de este profesional especializado en el sector salud.

Aún, en el nivel de pregrado encontramos insuficiencia en la cantidad de psicólogos que se forman, a pesar de la gran cantidad de escuelas y facultades de psicología (82 en 1987) y la gran demanda para estudiar la carrera (28,866 estudiantes) existe baja eficiencia terminal (13% de los ingresos son lo que egresan de la carrera), según datos de Rivera y Urbina (1989). Aún así, entonces, se hace necesario pensar en la formación de nivel pregrado y posgrado del psicólogo con formación en salud.

Entonces, bajo las consideraciones anteriores, nuestro propósito aquí es delinear aquellos elementos conceptuales, metodológicos y actitudinales de carácter general que debe poseer el psicólogo para desarrollar su práctica profesional en el sector salud conforme a las propuestas que hicimos, centrándonos principalmente en el nivel de pregrado (Licenciatura); también, considerando que la formación del psicólogo en esta área debe ser en cantidad suficiente para satisfacer las demandas, esto sólo es posible en ese nivel.

En la formación de psicólogos de la salud, tal como la definió Stone (1979), diversos autores consideran muy variados tópicos, según sus intereses particulares, los cuales pueden ser en general o relacionados con algún "subcampo" (por ejemplo, psicología clínica de la salud). También, encontramos dos tendencias principales en la de formación de psicólogos de la salud: 1) unos señalan campos de conocimiento y metodologías de la psicología que se necesita enseñar y; 2) otros sólo señalan estrategias de entrenamiento y los apoyos requeridos. Sin embargo, aún en los que no plantean contenidos específicos (por ejemplo, Stone, Cohen y Adler, 1979; Sechrest y Olbrisch, 1979), hacen hincapié en que el psicólogo, que inscribe su práctica profesional en el campo de la salud, debe tener conocimientos de psicología fisiológica, social, del desarrollo, aprendizaje, cognición, y psicología de la personalidad; asimismo habilidades y conocimientos de metodología y métodos estadísticos. Todo lo anterior debe ir acompañado de una sólida fundamentación teórica de las principales labores para que el psicólogo obtenga un fuerte sentido de identidad (Olbrisch y Sechrest, 1979); lo cual creemos que, dado el desarrollo y tendencias del campo, es difícil si no existe un marco conceptual más sólido.

De igual manera, se considera que los conocimientos referentes a otras disciplinas en la salud son importantes, tales como: la sociología médica para el desarrollo de una perspectiva de los determinantes socioeconómicos y políticos de la organización del sistema de salud y el proceso salud-enfermedad; la antropología médica, para determinar los condicionantes socioculturales de la atención, el proceso salud-enfermedad y; dependiendo del interés de los estudiantes cursos como educación física, economía, biología, enfermería, y planeación urbana y regional. Debido a que los aspectos que conforman el sistema de salud y sus problemas son diversos y complejos se menciona que es necesario generar varios programas de entrenamiento y que cada programa y estudiante tengan un grado de especialización (Stone, Cohen y Adler, 1979). También, mencionan que como no hay teorías y métodos peculiares para todo el campo, es necesario utilizar todo el rango de teorías y métodos de la psicología y principalmente de la psicología clínica, psicología social, del desarrollo y cognitiva.

Además, se considera que el programa de entrenamiento para los psicólogos debe ser en los ambientes de salud y que se enfatizan los aspectos que los caracterizan en muchos cursos de psicología (Millon, 1982; Adler, Cohen, Stone, 1979; Olbrisch y Sechrest, 1979). Entonces, considerando las peculiaridades del ámbito de aplicación de la

psicología, los programas deben entrenar todos los aspectos básicos de la actividad de los psicólogos en ambientes de salud: investigación, desarrollo teórico, enseñanza, consulta con gente, organizaciones y terapia.

Olbrisch y Sechrest (1979), dentro de una perspectiva estratégica, proponen tomar en cuenta diversos recursos que son necesarios para el entrenamiento de psicólogos en psicología de la salud. Consideran que es importante que contribuyan otros psicólogos expertos de áreas relevantes de la misma escuela o facultad (psicólogos sociales, clínicos, del desarrollo, etcétera) ya sea dando cursos o asistiendo a los alumnos en actividades específicas en las diversas áreas del sector salud. Asimismo, se deben utilizar las facilidades de las instalaciones para entrenar a los estudiantes, como son las clínicas y sus relaciones con la comunidad para practicar y hacer investigación. Los recursos de otros departamentos y carreras de la universidad son valiosos para formar psicólogos de la salud; así, se pueden instrumentar cursos como sociología médica, antropología médica, educación física, economía, biología, planeación y otros de utilidad para los objetivos. Otros recursos valiosos e importantes son los de la comunidad, tanto para utilizar la contribución de profesionales y agencias como para practicar el diseño e instrumentación de programas (por ejemplo, seguridad laboral, salud escolar, etcétera) o colaborando en la planeación de servicios de salud regionales.

Ahora bien, ya cuando el estudiante ha elegido una subespecialidad, o un ámbito específico de aplicación de la psicología, es importante que se le asista con cursos más especializados de acuerdo a su área de interés (el trabajo comunitario, en una unidad de cardiología, de cáncer, etcétera) y que tenga un buen modelo profesional, orientación y supervisión, de tal manera que cree una identidad profesional.

Por otro lado, algunos autores elaboran propuestas generales de programas para formar psicólogos para el campo de la salud, aunque lo hacen sobre un enfoque o área específica de la psicología de la salud, como es la "Psicología Clínica de la Salud", creemos que es importante exponer sus consideraciones ya que nos proveen de líneas para aplicar en un campo general. De esta manera, Belar Deardorff y Kelly (1987) señalan que la Conferencia Arden House (Arden House National Working Conference on Education and Training in Health Psychology) propone que el entrenamiento profesional del psicólogo de la salud incluyan una gama amplia de experiencias que permitan adquirir conocimiento en las siguientes áreas:

1. Bases biológicas de los sistemas de salud y la conducta.
2. Bases sociales de los sistemas de salud y la conducta
3. Bases psicológicas de los sistemas de salud y la conducta.
4. Evaluación de la salud, consulta e intervención.
5. Colaboración interdisciplinaria.
6. Aspectos éticos, legales y profesionales.
7. Estadísticas y diseño experimental en investigación en salud.

A estos puntos habría que añadir que es necesario el entendimiento de los fundamentos de la conducta humana y del pensamiento crítico para la prueba de hipótesis en problemas clínicos y la investigación; se supone que la formación general del psicólogo debe estar sobre la base del "practicante-científico".

También, con un enfoque particular de la "Psicología Clínica de la Salud", Millon (1982) planteó que ninguna área sustantiva de la psicología carece de aspectos relevantes para la salud, independientemente de la orientación teórica-metodológica que caracteriza a la "Psicología de la Salud". Así, podemos considerar que la formación de todo psicólogo que ejerza en el campo de la salud, e independientemente de su ámbito de interés (clínico, comunitario, social, psicofisiológico, etcétera), requiere un conocimiento y entrenamiento de los puntos anteriores y otros señalados más arriba.

Ahora bien, tanto Millon (1982) como Belar, Deardorff y Kelly (1987) plantean algunos contenidos específicos para formar psicólogos clínicos de la salud que, aunque la misma se señala como una "subespecialidad" de la psicología de la salud, nos proporcionan información en cuanto a la formación de psicólogos en el campo de la atención a la salud.

Belar, Deardorff y Kelly (1987) en la "Psicología Clínica" de la salud, aparte de las áreas de conocimiento arriba mencionadas, plantean que algunos contenidos específicos de cursos básicos son: anatomía, fisiología, patofisiología, farmacología aplicada, bases psicológicas y sociales de la salud y la enfermedad, políticas de salud y organizaciones de atención a la salud y evaluación de la salud e intervención. Además, consideran que la conducta y actitud personal del psicólogo en ambientes de atención a la salud es importante normar, una a través de información y otra es parte de sus cualidades como persona. Mencionan que el psicólogo requiere entender las subculturas que imperan en los ambientes de salud y, por lo tanto, debe conocer el lenguaje de tales ambientes, sus costumbres, sus prácticas, aspectos sociopolíticos y la naturaleza del funcionamiento interdisciplinario. Así, el psicólogo necesita información de la organización del sistema de atención, los aspectos relacionados con materias legales y de regulación de los servicios, de la distribución de responsabilidades de los profesionales en el funcionamiento del sistema; asimismo, es importante que tenga claro la conducta profesional que el paciente espera de él como de otros profesionales y los elementos que definen la jerarquía del poder en el sistema de salud. Se enfatiza que el psicólogo en tales ambientes tenga algunas actitudes como: evitar la sobreidentificación del psicólogo con la medicina; comunicaciones claras y concisas; aceptar los límites de su entendimiento; orientarse al paciente y abocarse a prestar servicios de calidad. Finalmente, mencionan que es importante que el psicólogo en éstos ambientes tenga algunas características personales que le permitan ajustar su práctica, éstos son: reconocer su propio valor como persona; poseer una tolerancia elevada a la frustración; evitar el fanatismo profesional; tolerancia para un programa de trabajo demandante; habilidad para tratar con varias actitudes negativas de los pacientes; y otros.

Por su parte, Millon (1982) no plantea contenidos específicos para el entrenamiento de psicólogos, pero señala tres metas que deben ser considerados para la elaboración de un programa de psicología clínica de la salud. El primero es que el estudiante debe tener los fundamentos teóricos y prácticos de un programa de graduados y orientar el programa a la experiencia y cursos didácticos que refinan su especialidad con un enfoque especial hacia la salud; así, los temas de la psicología deben vincularse con los problemas de salud y del sistema. Por ejemplo, un curso de psicología social puede ejemplificar sus principios básicos en tópicos como las diferencias étnicas en la búsqueda de atención médica o la dinámica del equipo de salud en relación a la estructura organizacional del sistema de salud.

La segunda meta es que se construyan los fundamentos de la psicología clínica como dominio del conocimiento y una profesión aplicada de tal manera que arroje luz no sólo sobre los desordenes de la "mente", sino también del cuerpo. De tal manera que, por ejemplo, los cursos de psicopatología se vinculen a desordenes orgánicos y se propone que se enseñen técnicas psicodinámicas y cognitivas para el cambio de la personalidad.

La tercer meta del programa es que debe proveer experiencias prácticas, oportunidades de aprendizaje y un entrenamiento didáctico profundo en una especialización específica; la investigación y disertación debe orientarse a profundizar en un aspecto del campo.

Posteriormente, Millon (1982) nos reseña brevemente el programa de entrenamiento de psicología clínica de la salud de la Universidad de Miami, señalando que no es un programa ideal, pero contiene las tres metas antes mencionadas y lo reseña como ejemplo. El programa de Psicología Clínica de la Salud se cursa en un periodo de cuatro años, los dos primeros están diseñados para la enseñanza de conceptos y técnicas de la psicología en general y la práctica de la psicología clínica en centro de salud mental. La práctica de la psicología clínica supervisada se lleva a cabo con individuos, grupos y familias, utilizando terapia breve y de crisis, haciendo evaluaciones diagnósticas, apoyo por teléfono y atendiendo emergencias; el objetivo es desarrollar las habilidades clínicas básicas. Las materias que se estudian durante esos dos años son: introducción a los métodos clínicos; diseños de investigación y estadística; evaluación, investigación dirigida; psicología del desarrollo; biopsicología; psicoterapia; práctica; métodos de investigación clínica; psicología social y; técnicas proyectivas.

El tercer año se enfoca a la especialización y se dan seminarios formales y cursos específicos de acuerdo al área de selección práctica de los estudiantes en instituciones de atención médica (por ejemplo, sociología de la salud, administración de la salud, etcétera). Regularmente, los cursos que se desarrollan son: medicina conductual; evaluación psicológica en ambientes de salud; psicopatología experimental y psicosomática; práctica avanzada; psicología social de la conducta de salud; intervención psicológica en ambientes de salud; seminario sobre vejez e; investigación para la disertación. El cuarto año es el internado en donde comúnmente los alumnos ya llevan su propuesta de disertación que elaborarán en ese año y que implica una profundización en el área de interés.

Otros autores no proponen ningún programa como tal, sino una serie de conocimientos y habilidades que son necesarios para que el psicólogo inscriba su ejercicio profesional en ámbitos muy concretos de la atención a la salud. Con base en esto, por ejemplo, Degood (1979) considera que para instrumentar y regular un programa de manejo de dolor en una clínica, el psicólogo debe estar familiarizado con técnicas como: manejo de contingencias, hipnosis, evaluación psicofisiológica, retroalimentación biológica, entrenamiento autogénico y relajación; muchos de estas técnicas requieren un buen programa de psicofisiología en nivel posdoctoral. Para diseñar e instrumentar un programa del manejo del estrés con pacientes de cardiología Bloom (1979) señala que el psicólogo debe estar entrenado en fisiología, farmacología y cuidado y funcionamiento coronario, así como la experiencia clínica a nivel de internado o posdoctoral. Por su lado, Tefft y Simeonsson (1979) consideran que la reorganización práctica de los ambientes de atención a la salud requieren que el psicólogo tenga una formación que le permita entender el contexto social, económico y político de los servicios humanos, así como de

su naturaleza y su historia, además de las estrategias y técnicas del cambio institucional y organizacional.

Aunque la mayoría de los autores consideran que la formación óptima de psicólogos para el campo de la salud es a nivel doctoral y posdoctoral, unos consideran que se pueden formar psicólogos a nivel pregrado que ya tienen experiencia en el campo, o también sin ella considerando la necesidad de mayor cantidad de psicólogos en el campo. Así, Stone, Cohen y Adler (1979) y Olbrisch y Sechrest (1979), consideran que es necesario desarrollar cursos para los psicólogos que ya laboran en el sector salud y que no tienen la formación de psicólogos de salud. Solamente los últimos autores analizan la situación de la formación de psicólogos para el sector salud y consideran que la cantidad de los mismos en formación en las escuelas de Estados Unidos no alcanza a cubrir la demanda el sector salud a nivel doctoral y posdoctoral y, por lo tanto, que es necesario orientar una estrategia a nivel pregrado, y posgrado inclusive, para formar a suficientes profesionales.

En México, actualmente se tiene una Maestría orientada a la formación de recursos humanos para el campo de la salud, esta se llama "Psicología de la Salud" y está adscrita a la Maestría en Psicología General-Experimental; del cual tomó los planes de estudio para entrenar a los alumnos en aspectos metodológicos básicos, esenciales para planear diseños experimentales y de investigación necesarios en el abordaje de problemas de salud (Rodríguez y Palacios, 1989). Otros elementos que se consideraron inicialmente para entrenar a estos psicólogos fueron: principios y métodos para la elaboración de instrumentos, intervención psicológica a nivel individual y comunitaria con el fin de prevenir la enfermedad y promover la salud. Además, se pensó en el entrenamiento para el conocimiento y manejo de los principios psicológicos básicos que intervienen directamente en los principios de salud y enfermedad. El entrenamiento de los alumnos se ha fundamentado en las técnicas de penetración de comunidades y de persuasión y conducción de las mismas.

Como refieren Rodríguez y Palacios (1989), se conceptualizó al especialista en psicología de la salud con dos tipos de habilidades: las de investigador y las de terapeuta y/o promotor de la salud en la comunidad. Para la formación de estos profesionales se utilizó un campo de entrenamiento en el que los alumnos se enfrentan a las necesidades reales de las poblaciones con problemas de salud, aportando intervenciones tendientes a la prevención; fueron dos comunidades en Milpa Alta y el Ajusco. Las actividades características de los alumnos en tales comunidades implicó la investigación de los principales patógenos conductuales de la población y diseñando los modelos de atención apropiados. Concurrentemente al trabajo con el equipo de salud en terapia individual, familiar y/o grupal, se trabaja en el diseño y conducción de programas de asesoría y capacitación al resto del equipo de salud. Las actividades de la maestría se estructuran conforme a las necesidades de formación de los alumnos, mismas que dependen de las necesidades de las comunidades en donde se encuentren.

Según los planteamientos iniciales de Rodríguez y Palacios en 1989, la Maestría en Psicología de la Salud considera importante formar en las siguientes habilidades y conocimientos:

a) El manejo de aspectos metodológicos básicos; "esenciales para planear diseños experimentales y de investigación necesarios en el abordaje de problemas de salud" (pag. 477).

b) El uso y manejo de la metodología, así como sus principios, de la elaboración de instrumentos de medición de aplicación individual y comunitaria .

c) Formación específica en los aspectos básicos para la aplicación, modificación y/o adecuación de los procedimientos psicológicos de intervención individual y comunitaria.

d) El conocimiento y uso de los principios psicológicos básicos que intervienen directamente en los procesos de salud y enfermedad .

e) El uso de técnicas de penetración de comunidades y de persuasión y conducción de las mismas.

En general, se conceptualiza al especialista en psicología de la salud con dos tipos de habilidades: las de investigación y las de terapeuta y/o promotor de la comunidad.

Posteriormente, nos proporcionan un perfil profesional que, de acuerdo a la "Residencia en Psicología de la Salud" y adscrita a la Secretaría de Salud, es:

#### **Como profesionista:**

- Dar servicio clínico en el centro de salud.
- Participar en la capacitación del equipo de salud.
- Desarrollar programas de cambio cognitivo-conductual en la comunidad.
- Supervisar la operación de sus programas en la comunidad.

#### **Como investigador:**

- Participar en la declaración de factores de riesgo.
- Desarrollar y validar sus propias escalas de detección de factores de riesgo.
- Desarrollar y validar nuevas técnicas de intervención para la detección de factores de riesgo con un enfoque individual, grupal, familiar y comunitario.

En general, estos perfiles nos parecen pertinentes para el desarrollo de la actividad del psicólogo en el ámbito de la salud ya que enfatizan la prevención primaria a nivel comunitario, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Sin embargo, no encontramos una descripción de las características del trabajo interdisciplinario que se enfatizó, ni se especifica si los centros de salud comunitarios en los que se lleva a cabo su entrenamiento son de atención médica o "mental". Estas incógnitas son importantes dado que tiene implicaciones para la formación de psicólogos de la salud. Si el entrenamiento es en centros comunitarios de salud "mental", aunque existe personal médico general, estos centros son coordinados por psiquiatras y bajo el programa de salud mental con las limitaciones que supone para el psicólogo, como ya lo referimos. No dudamos que pueden existir modificaciones importantes en las actividades de los centros que se instrumentan a través de la residencia en psicología de la salud, pero los programas operativos que tenemos (1993 y 1994), y amablemente facilitadas por el Dr. Rico, no expre-

san dichos cambios; las metas operativas planteadas son la consulta, conferencias para la salud mental (íntro y extramuros), estudios psicológicos, psicosociales, formación y coordinación de grupos, investigación y asistencia a talleres de capacitación. Asimismo, la justificación del programa de salud mental en el D.F. señala la importancia del programa de salud "mental" y no hace referencia a la psicología en la salud biológica. Parece que es necesario buscar alternativas y ambientes para la formación de psicólogos de la salud que enfatizen la interdisciplinariedad en relación a la salud biológica y no en sólo en la "mental" en el marco de la "Atención Primaria a la Salud". Queremos insistir en que el psicólogo puede ser mejor formado en ambientes de atención a la salud biológica de nivel primario ya que es ahí en donde se detectan los problemas de salud y sus tendencias, es ahí mismo donde el psicólogo puede colaborar interdisciplinariamente para generar estrategias con el personal de salud para prevenir la enfermedad; tanto el psicólogo como el personal de salud pueden beneficiarse mutuamente en su aprendizaje y apoyo para resolver los problemas de salud y de la organización de servicios.

Aunque las habilidades y conocimientos reseñadas por Rodríguez y Palacios (1989) en la formación de psicólogos de la salud están acordes con las principales contribuciones de la psicología en el campo de la salud y su delimitación conforme al enfoque y tendencias de la psicología de la salud, creemos que aún falta la integración de contenidos relacionados con otras actividades relevantes para el campo de la salud como: la evaluación de ambientes propedéuticos, la asesoría del personal médico y paramédico en las acciones de salud, la reestructuración organizativa de los servicios y la evaluación de su impacto en la atención, el adiestramiento de comportamientos funcionales a usuarios del servicio (sobre todo aquellos que están relacionados con la facilitación del acceso al servicio, el tratamiento y la rehabilitación) y la colaboración en la evaluación de la calidad de los servicios de salud prestados; actividades que requieren habilidades y conocimientos del sistema de salud, sus determinaciones socioculturales, políticos, económicos y técnico-científicos, teoría de sistemas y otros.

Analizando el programa de psicología de la salud vigente encontramos algunos temas generales que, según el Dr. Palacios, intentan cubrir los objetivos ya reseñados. En el programa encontramos, aparte de temas relacionados a la ciencia y metodología de la investigación y estadística, temas relacionados a: neuroanatomía, fisiología y problemas somáticos relacionados, asimismo diversos desórdenes (epilepsia, estrés, cáncer, alteraciones del sueño y envejecimiento) y mecanismos de plasticidad cerebral. También, encontramos temas relacionados a mecanismos psicológicos y neuropsicológicos que afectan el proceso de salud como la psiconeuroinmunología, estilos de afrontamiento y la reestructuración cognitiva. Y, finalmente, modelos teóricos aplicados al campo de la psicología de la salud como son: la teoría de la reversión psicológica y la del caos.

Como se pudo observar en el programa vigente de Psicología de la Salud, notamos la ausencia de enfoques como psicología de la salud, medicina conductual, psicología clínica de la salud y otros que, si bien no resuelven el problema de la definición del campo, pueden ayudar a delimitar los ámbitos de formación y acción del psicólogo. Asimismo, nos parece que hacen falta temas importantes que están relacionados con estrategias de penetración comunitaria, psicología comunitaria, sociología y antropología médica, aspectos relacionados con legislación, regulación y organización de servicios de salud. Algunas de estas deficiencias parecen haber sido subsanadas en la propuesta de un nuevo programa que se encuentra aún en aprobación.

En la propuesta de este nuevo programa se encuentran temas relacionados con algunos puntos reseñados en el primer capítulo, como son: Psicología de la Salud; Psicofisiología; Epidemiología; Comunidad y Salud, técnicas psicoterapéuticas. Asimismo, se incorporan materias relacionadas con la organización de servicios de salud y estrategias de prevención como es Salud Pública, aunque siguen estando ausentes temas relacionados con determinantes de la organización de servicios de salud; insistimos en esto debido a que el psicólogo puede contribuir de manera importante a la mejora de la calidad y calidez de la atención de la salud y para lo cual es necesario que conozca las condicionantes sociales, económicas, políticas y técnico-médicas de la organización de los servicios, así como del proceso salud-enfermedad.

Así, el programa de la Maestría en Psicología de la Salud parece que evoluciona conforme al desarrollo del campo; a diferencia del programa anterior, el programa propuesto intenta abarcar las principales contribuciones de la psicología al campo de la salud, los diferentes modelos que intentan conceptualizarlas y que ayudan delimitar un poco más la dimensión psicológica de la salud y su atención. En el programa vigente notamos también una tendencia marcada a temas de la fisiología del Sistema Nervioso y a la neuroanatomía, así como en las alteraciones biológicas de algunos problemas de salud (epilepsia, cáncer, etcétera), lo cual es necesario, pero siempre y cuando no reste atención a otros temas como las contribuciones de la medicina conductual y su énfasis en la interdisciplinariedad. No obstante, en el nuevo programa propuesto encontramos un mayor equilibrio e importancia de los temas que son parte de los desarrollos de la psicología de la salud, incorporando temas como la epidemiología, que es de mayor utilidad para que este profesionista defina patógenos conductuales a la salud, y salud pública cuyo tema es importante si se pretende que el psicólogo conozca algunas determinantes del proceso salud-enfermedad y la organización de los servicios de salud; pero se carece de temas de salud de otras disciplinas de la conducta y sociales como es la sociología médica y antropología médica y la administración de servicios, entre otros.

Así, tomando como referencia el programa propuesto de la Maestría en Psicología de la Salud encontramos que la formación de psicólogos para el sector salud es a nivel posgrado. El programa se caracteriza por la formación de los estudiantes a nivel conceptual conforme a los diversos modelos teóricos de la psicología de la salud, los campos que comprenden, y que reseñamos en el primer capítulo. También, a nivel de conocimientos teóricos, se enfatizan los aspectos psicofisiológicos de la salud y la enfermedad, la relación entre comunidad y salud, entre estrés y salud, la salud pública, ocupacional y seguridad; se plantean materias optativas con temas por sistemas orgánico-funcionales en donde la psicología ha contribuido (psico-oncología, trastornos gastrointestinales, perinatología) o desórdenes de salud concretos como el SIDA, Obesidad y desórdenes de la alimentación. Los diseños y métodos de investigación experimental y de campo, así como la estadística están integrados a las materias, con lo cual adquieren mayor significado para su aprendizaje. De igual manera, se enseñan habilidades y conocimientos de las técnicas terapéuticas para la promoción, prevención e intervención en problemas de salud; técnicas epidemiológicas; de intervención comunitaria e; instrumentación psicofisiológica.

Creemos que esta segunda propuesta es un programa que tiene mayor relación con el campo de la psicología de la salud y las contribuciones importantes de la psicología a la salud y la enfermedad, no obstante se hace poco énfasis en la organización de

los servicios de salud y consideramos que es un ámbito importante en que la psicología debe colaborar en México.

Por otro lado, aunque carecemos de información en relación a la cantidad de psicólogos que se han formado en tal programa, pensamos que la cantidad en este nivel es insuficiente para satisfacer las necesidades del sector salud conforme a las propuestas que planteamos en el primer capítulo; aún en el nivel de pregrado la cantidad es insuficiente (Rodríguez, 1984). De esta manera, si se desea encontrar soluciones para las necesidades reales de la salud de la población, hace falta pensar en la formación de mayor cantidad de psicólogos para el sector salud y ésto puede sólo es posible en el pregrado, aún con el bajo nivel de eficiencia terminal que existe en México (13 por ciento, según Rivera y Urbina, 1989). Así, consideramos que es necesario desarrollar un modelo de formación de psicólogos a nivel pregrado para el sector salud que puedan contribuir de manera más relevante de lo que hasta ahora lo han hecho y conforme a las propuestas planteadas. En realidad, no tenemos datos de programas formales de entrenamiento de psicólogos para el sector salud a nivel pregrado; no obstante, aquél que se proponga debe tomar en cuenta el problema de la desvinculación entre la disciplina como ciencia y como profesión, los avances en la formación de los mismos y las necesidades de salud reales de la población, así como de las instituciones de salud.

El programa de la Maestría en Psicología de la Salud parece ser un buen punto de referencia para determinar la pertinencia de programas formales que a nivel de pregrado pretendan formar psicólogos; principalmente, porque los temas que se abordan hacen referencia a los problemas que actualmente nuestra población enfrenta y provee de habilidades y conocimientos conforme a las contribuciones relevantes de la psicología en el campo de la salud. De igual manera, la formación de psicólogos para el campo de la salud a nivel pregrado también debe enfatizar aquellas habilidades y conocimientos que se dirijan a la solución de los problemas de la salud de la población dentro del marco de la estrategia de la Atención Primaria a la Salud, además que le capaciten para colaborar en la mejora de la calidad y calidez de los servicios de salud.

Actualmente, tenemos referencia de un programa de pregrado que, formalmente, pretende formar psicólogos para el campo de la salud. En la Escuela de Psicología del CETYS (Centro de Enseñanza Técnica y Superior, escuela privada de Tijuana) se hacen prácticas hospitalarias por parte de los alumnos de psicología clínica y se tienen objetivos que están orientados principalmente a contribuir de manera más relevante a los objetivos de la atención de la salud de usuarios de servicios médicos curativos, de esta manera los objetivos propuestos son: 1) manejo del comportamiento para el ajuste hospitalario; 2) desarrollo de los elementos conductuales que posibiliten el proceso de rehabilitación; 3) la instrumentación y desarrollo de programas ambientales que faciliten una mejor integración a la situación hospitalaria y; 4) el entrenamiento a profesionales y paraprofesionales sobre el manejo psicológico de los pacientes (Odriozola, 1989). El rol de los estudiantes está centrado en las siguientes prioridades de trabajo: programación de actividades, detección de pacientes, evaluación y diagnóstico, e intervención directa. Sin embargo, como podemos notar, tal programa, aunque provee de una experiencia en ámbitos de la atención a la salud, orienta sus actividades a la práctica tradicional de la psicología clínica y amplía algunos roles en relación a la asistencia del personal de salud para el manejo del paciente. Por otro lado, las actividades comunitarias, en la misma escuela, la llevan a cabo estudiantes de psicología educativa y los objetivos de sus actividades son: 1) detección de necesidades reales y "sentidas" de la comunidad; y del

ambiente; 2) priorizar dichas necesidades para establecer estrategias de intervención; 3) formular planes para el mejoramiento del ambiente y; 4) auxiliar a una escuela primaria para superar el bajo rendimiento, además de educación sexual a adolescentes. Odriozola (1989) considera que estas actividades están en el campo de la salud pública y los resultados son alentadores de tal manera que se ha incrementado la aceptación del psicólogo en instituciones de salud.

Si partimos del supuesto de "que todos los aspectos de la psicología están relacionados con la salud, la enfermedad y su atención" (Stone 1979; Millon, 1982), podría erróneamente suponerse que proveyendo solamente experiencias a estudiantes de psicología en contextos de atención a la salud permitirá que adquieran las habilidades, conocimientos y destrezas que son funcionales a la satisfacción de necesidades de salud de la población y de los servicios. El error está en considerar que la aplicación de los principios teórico-conceptuales, metodologías, técnicas y estrategias de la psicología en general al campo de la salud está en función del desarrollo de la disciplina solamente y que no es afectado por el contexto y sus demandas. Pero, como ya lo establecimos en el capítulo dos, la práctica profesional del psicólogo tiende a adoptar las formas de ejercicio profesional del contexto y las profesiones dominantes dentro de él; en este caso, el modelo biomédico. De tal manera, el programa del CETYS continúa reproduciendo la forma de práctica limitada propia de la medicina curativa con atención individualizada sin establecer objetivos orientados a la atención de grupos y con un enfoque preventivo; tal vez estos sean, al menos, tangencialmente atendidos en el trabajo comunitario.

Así, entonces, se plantea la necesidad de formar psicólogos con los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para inscribir su práctica profesional en el campo de la salud conforme a las propuestas anteriores, las cuales suponemos tienden satisfacer las necesidades reales de la población. No obstante, enfatizamos que debe existir una formación de psicólogos para el campo de la salud general en la cantidad suficiente para cubrir las necesidades del sector salud cuando menos y, aunque es cuestionable la eficiencia terminal de las carreras de psicología, esto es posible sólo a nivel pregrado; necesitamos, a su vez formalizar campos de aplicación profesional de la psicología para satisfacer las necesidades actuales y emergentes con base, también, en el desarrollo científico de la disciplina. Instrumentar la formación de psicólogos en el nivel pregrado, considerando los diversos conocimientos y habilidades hasta aquí reseñados es verdaderamente imposible. Es necesario desarrollar nuevas fórmulas que incorporen a los planes de estudio de las carreras de psicología conocimientos y habilidades mínimos y las experiencias prácticas suficientes para formar a psicólogos en el campo de la salud que satisfagan necesidades y no reproduzcan patrones insuficientes u obsoletos a tal objetivo. En este sentido, con base en las propuestas que, creemos, tenderán a solucionar las necesidades reales de salud de la población, los avances de la psicología en el campo, las tendencias de formación de psicólogos de la salud y algunos supuestos fundamentales sobre la naturaleza de la disciplina deseamos proponer un modelo de formación profesional del psicólogo en el campo de la salud.

## 2. CONSIDERACIONES EN TORNO A LA FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS PARA EL CAMPO DE LA SALUD.

Para establecer un modelo de formación profesional de psicólogos en el campo de la salud requerimos forzosamente referirnos a la naturaleza de la disciplina en general y en relación al campo de la salud, así como a las características de su aplicación en general y particular. Ya hemos referido en el capítulo dos algunos aspectos de la relación entre disciplina y profesión en psicológica que retomaremos.

Como lo analizamos en el primer capítulo de este trabajo, las contribuciones de la psicología en el campo de la salud no han ido precedidas por un desarrollo previo en la disciplina como ciencia, lo que ha configurado un campo de aplicación y conocimiento de la psicología pragmático y ecléctico; un campo profesional (Piña, 1991). Así, la aplicación de tecnologías y métodos de la psicología al campo de la atención a la salud biológica llevó a que posteriormente se formularan teorías y modelos que dieran cuenta de sus resultados y operacionalidad. Ribes (1989b) ya señalaba, en relación a otros campos también, que la psicología aplicada, en tanto profesión, se constituyó como un encargo social, heterogéneo, al margen del desarrollo y consideraciones de la ciencia; de tal manera que la psicología de la salud no escapó a tal tendencia.

No obstante, la psicología de la salud comprendido como campo de aplicación de la psicología en general, como ya lo señalamos en capítulos anteriores, refleja más claramente la presencia de la identidad múltiple de la psicología (psicoanálisis, conductismo, sistémica, humanista, etcétera), sin que exista posibilidad de establecer ninguna vinculación teórica o metodológica entre dichas identidades en tal campo. De esta manera, el divorcio entre ciencia y profesión se agudiza y se hace más difícil establecer la relación entre ambas formas disciplinares. Es evidente que una profesión requiere basarse en los conocimientos científicos de la disciplina, de lo contrario se le debe considerar un mero saber práctico; es decir, sólo una mera integración del saber práctico con conocimientos tecnológicos diversos.

Señalábamos en el segundo capítulo que una profesión es un conocimiento y ejercicio especializado definido en referencia a una problemática social determinada (Ribes y Talento, 1978). La profesión, en este sentido, se justifica en la medida en que hay un sector de problemas sociales específicos que demandan su ejercicio (Ribes, 1986). Entonces, siguiendo tales planteamientos, en el campo de la salud, como en todos aquellos definidos socialmente, no hay problemas psicológicos en tanto tales sino problemas de salud y que han generado históricamente el surgimiento de ejercicios profesionales dirigidos específicamente a su solución social: los médicos principalmente. No obstante, aunque no existen problemas psicológicos como tales en el campo de la salud, en términos de Ribes (1989b), sí existen dimensiones psicológicas en la salud, la enfermedad y la oferta de servicios de salud que son a las cuales se puede aplicar la disciplina para el logro de las metas del campo. De esta manera, como ya lo habíamos establecido, la naturaleza aplicada de la psicología tiene que concebirse **interdisciplinariamente** y mediada por la acción directa de disciplinas profesionales del campo de la salud.

De esta manera, la aplicación de la psicología no se da de manera específica y directa como otras profesiones, sino mediada interdisciplinariamente por profesiones

con un encargo social relativamente específico respecto a la solución de problemas sociales, en este caso de salud, y en los cuales interviene el comportamiento.

## **2.1 LA NATURALEZA DE LAS APLICACIONES DE LA PSICOLOGÍA AL CAMPO DE LA SALUD.**

En el capítulo anterior consideramos que toda práctica profesional está condicionada por el sistema de relaciones sociales que determinan su funcionalidad, tanto en el plano económico estructural como en el político-ideológico y superestructural (Ribes y Talento, 1978); de esta manera, se hace necesario que el conocimiento a aplicarse se adecue a las circunstancias concretas y singulares que definen su efectividad. En la medida en que el conocimiento de la psicología es general y abstracto no se puede aplicar directa y pertinentemente, por lo tanto requiriendo de un proceso de transformación e integración con otros tipos de conocimiento que hagan posible su aplicación (Ribes, 1989b), en este caso con respecto a los conocimientos de las disciplinas biomédicas y sociales en el proceso salud-enfermedad y la organización de los servicios. De esta manera, se requiere delimitar precisamente la dimensión psicológica en el campo de la salud y, con base en ello sistematizar los métodos y procedimientos de intervención y evaluación.

En el caso de las aplicaciones de la psicología al campo de la salud, la mayoría de los métodos y procedimientos son prácticas sistematizadas carentes de relación con el conocimiento de la psicología o extrapolaciones mecánicas de modelos o técnicas de laboratorio que proporcionan una falsa sustentación conceptual y la esquematización de los problemas a resolver. Ribes (1989b) considera que es importante fundamentar procedimientos de intervención y evaluación que satisfagan criterios prácticos, tales procedimientos deben ser el resultado de una teoría que sintetice el conocimiento de la ciencia psicológica con las circunstancias singulares que requieren su aplicación social. También señala que de esa manera la sistematización de procedimientos de intervención y evaluación vendrían a constituir el objeto mismo de investigación de la psicología aplicada en sus dos vertientes: la investigación tecnológica y la investigación evaluativa.

Otro aspecto que es importante resaltar es la aplicación interdisciplinaria de la psicología, dada su naturaleza, como ya lo expusimos en otro capítulo y en el presente. Su aplicación debe darse mediada por otros profesionales o conjunto de profesionales, incluyendo a los usuarios últimos de los servicios al transferir a éstos el conocimiento como metodología; es decir desprofesionalizando (Ribes y Talento, 1978).

Así, las consideraciones anteriores acerca de la psicología aplicada deben ser tomadas en cuenta para la formación de psicólogos que ejerzan en el campo de la salud. No obstante, también es pertinente considerar que la formación de psicólogos, de igual manera, debe obedecer a la necesidad de encontrar soluciones a problemas socialmente definidos en periodos históricos determinados, lo cual obliga a analizarlos críticamente y orientar las soluciones pertinentes, considerando criterios ético-morales de la sociedad.

### **3. LA GENERACION DE PSICÓLOGOS PARA EL CAMPO DE LA SALUD: UN MODELO PARA SU FORMACIÓN.**

Las consideraciones anteriores nos permiten plantear como preparar a un psicólogo que inscriba su práctica en el campo de la atención a salud biológica. Los planteamientos hechos previamente llevan a considerar que el psicólogo debe ser conceptualizado como un investigador, lo cual es congruente con los planteamientos de la CNEIP (1989; citado por Acle, 1989).

El psicólogo se constituye en un profesional que principalmente transfiere metodología dirigida a la evaluación y cambio de las dimensiones psicológicas involucradas en los problemas de salud y la operación de servicios de salud tarea que se efectúa en forma desprofesionalizada mediante su integración interdisciplinaria con otras disciplinas científicas y profesiones del campo de la salud: médicos, enfermeras, administradores, planeadores del sistema, promotores etcétera. Para cumplir eficazmente con sus funciones debe estar en condiciones de identificar las dimensiones psicológicas de los problemas (Ribes, 1989b), en este caso los de salud, y determinar las condicionantes estructurales que los configuran como tales. Así, no se trata de un profesional directo realizador de rutinas más o menos específicas en situaciones o ámbitos perfectamente delimitados, aunque lleva a cabo algunas como la llamada "clínica"; se trata de un investigador capacitado para diseñar y evaluar metodologías de intervención y predicción del comportamiento humano aplicables a través de la acción concertada con otros investigadores y profesionales directos del campo de la salud.

De esta manera, conforme a lo planteado hasta aquí, y retomando las propuestas de anteriores autores, así como las de Ribes (1989b), cualquier programa de formación de psicólogos para el campo de la salud debe considerar los siguientes aspectos:

- 1) La formación conceptual debe abordar los supuestos respecto a la naturaleza de lo psicológico en la enfermedad, la salud y el proceso de atención. Se debe buscar que el marco teórico sea conceptualmente congruente. Se debe evitar el eclecticismo y analizar críticamente las diversas posturas teóricas acerca de los mismos fenómenos o similares.
- 2) La psicología se debe enseñar como un conjunto de supuestos y dimensiones categoriales de análisis de los eventos y procedimientos y técnicas de investigación aplicables a los fenómenos del campo de la salud, integrables en la forma de bloques congruentes de metodología conceptual y empírica.
- 3) El programa debe centrarse en la enseñanza práctica y crítica de metodologías y su fundamentación conceptual, teniendo a la información como un sistema de apoyo. El énfasis, así, debe estar en la enseñanza de metodologías de investigación de campo, tecnológica y evaluativa. Las aplicaciones de la psicología deben derivarse del conocimiento sobre los eventos que conforman el campo de la salud y ser congruentes conceptual y metodológicamente. De esta manera, aunque la psicología de la salud se ha constituido como un campo ecléctico y pragmático, el análisis conceptual de cualquier problema en el campo debe llevar a la aplicación de las técnicas y metodologías congruentes con el enfoque utilizado. Debemos partir de reconocer que la psicología en el

campo de la salud manifiesta de manera clara la condición de la psicología contemporánea: el eclecticismo, sin criterios e identidad.

4) La práctica del conocimiento debe ser interdisciplinaria como un proceso recíproco de transferencia del conocimiento de diversos niveles y distintos profesionales de la investigación y la aplicación técnica directa; lo cual requiere, necesariamente, de la integración de conocimientos de otras disciplinas directamente relacionadas con la salud y la organización de servicios, sobre todo de aquellos que definen la funcionalidad de su aplicación en ámbitos específicos (hospitales, unidades, centros de salud comunitarios, etcétera).

En cuanto a la formación más específica del psicólogo para el campo de la salud conforme a las propuestas planteadas en el primer capítulo, consideramos necesario hacer una especificación de las habilidades y conocimientos que pueden ser pertinentes a cada propuesta, o grupo de ellas, con la finalidad de orientar sobre posibles contenidos del programa y, posteriormente presentar una estrategia general para la formación de psicólogos de pregrado.

La primer propuesta implica la integración de los servicios de salud física con los de psicología en el primer nivel de atención al salud con el fin de que se tienda a la integralidad y se cumplan de manera eficiente y oportuna los objetivos de prevención de la enfermedad física-"mental" y la promoción de la salud. Esta propuesta implica actividades como la evaluación e intervención terapéutica individual, familiar y de grupos. Sin embargo, el énfasis en estas actividades está en hacerlo de manera rápida y efectiva, prefiriendo el trabajo con grupos en su contexto comunitario y social. Debido a que se pretende que el psicólogo contribuya al manejo del paciente con enfermedad física en tales contextos, se pretende que tenga conocimiento del papel de los factores psicosociales en enfermedades de mayor incidencia; conocimiento que es importante para investigar, determinar y modificar los patrones de conducta patógenos a la salud.

Así, el psicólogo en esta propuesta creemos que debe tener las siguientes habilidades conceptuales y metodológicas:

- 1) Una especificación concreta de la dimensión de los procesos psicológicos que intervinen en la salud, la enfermedad y su atención, lo cual puede ser aportado por los diferentes aproximaciones dentro de la psicología de la salud.
- 2) Elementos básicos de propedeútica médica y sus efectos en el comportamiento
- 3) Conceptos y estrategias claras del trabajo ínter y multidisciplinario.
- 4) Principios y métodos del diseño y validación de instrumentos
- 5) Estadística.
- 6) Diseños experimentales y de investigación social.
- 7) Manejo y terapia de grupos
- 8) Principios y técnicas de la Modificación de Conducta.
- 9) Terapia Breve y de crisis
- 10) Habilidades de consultoría y asesoría.
- 11) Elaboración de cursos de capacitación.

En esta propuesta se enfatiza los conocimientos y habilidades de la metodología de investigación; la elaboración de instrumentos y aplicación de otros para el diagnóstico con individuos, familias y grupos; la utilización de métodos abreviados de apoyo emo-

cional y orientación para individuos, familias y grupos; la adecuación y aplicación de procedimientos psicológicos de intervención individual, familiar y grupal orientados a los procesos de salud y enfermedad.

Como la propuesta dos, tres, cuatro y cinco enfatizan el trabajo interdisciplinario en equipos de salud con diversos profesionistas para investigar, determinar e intervenir en los factores biológicos, psicosociales y ambientales que se relacionan a la salud, la enfermedad y su atención. Creemos necesario que el psicólogo tenga las siguientes habilidades y conocimientos.

- 1) Conocer y aplicar métodos de epidemiología.
- 2) Conocimiento de los diferentes factores psicosociales asociados a la salud, la enfermedad y que afectan al proceso de atención, regularmente explicados en las diversas aproximaciones inmersas en la psicología de la salud.
- 3) Habilidades para desarrollar y validar instrumentos de evaluación y diagnóstico a nivel individual, grupal, familiar y comunitario
- 4) Habilidades para diseñar, instrumentar y evaluar programas de intervención a nivel grupal, familiar y comunitario.
- 5) Conocimientos y habilidades para el manejo de grupos y análisis de la comunidad.
- 6) Conocimiento de los diferentes modelos de atención de la salud pública.
- 7) Conocimiento sobre seguridad, higiene y salud ocupacional.
- 8) Estrategias de penetración comunitaria y:
- 9) Conocimiento de los principales riesgos ambientales, sus manifestaciones en el comportamiento y causas.

Las propuestas seis y siete enfatizan la evaluación y reorganización práctica de los servicios de salud adecuándolos a las características y necesidades de salud de la población. En este sentido el psicólogo puede aportar colaborando con otros profesionales de la salud y sociales, las habilidades que entonces requiere para hacerlo en ese ámbito son:

- 1) Conocimiento de las determinaciones socioeconómicas, políticas y técnico-científicas de la organización de los servicios de salud.
- 2) Conocimiento de los ordenamiento legales y reglamentos que sustenta la organización de los servicios de salud.
- 3) Conocer los modelos de atención a la salud nacionales e internacionales.
- 4) Conocimiento de los indicadores de productividad y calidad de los servicios de salud, así como los modelos para su evaluación institucional.
- 5) Conocimiento y habilidades para elaborar diseños de investigación experimentales y sociales, así como la metodología para instrumentarlos.
- 6) Análisis estadístico
- 7) Conocimiento y habilidad para la instrumentación de estrategias del Desarrollo Organizacional, el manejo de grupos, círculos de calidad, etcétera.
- 8) Habilidades de consultoría y asesoría.
- 9) Conocimientos y habilidades para el manejo del estrés en organizaciones.

Finalmente, la propuesta ocho enfatiza la formación de recursos humanos dentro de los ambientes de atención a la salud, con énfasis en el personal del equipo de salud para mejorar su práctica profesional y la calidez de la atención. La participación del psicólogo para este objetivo requiere:

- 1) Conocimientos y habilidades para la detección y análisis de necesidades de capacitación.
- 2) Diseño e instrumentación de cursos de capacitación.
- 3) Habilidades de terapeuta clínico.
- 4) Conocimiento de los factores psicológicos que afectan a la salud y la enfermedad, así como al proceso de atención (por ejemplo, la adherencia terapéutica).
- 5) Habilidades de enseñanza

Como pudimos observar, las habilidades y conocimientos requeridos para que el psicólogo desarrolle las propuestas son demasiadas e imposibles de que uno solo las domine. Sin embargo, se pueden enfatizar algunas habilidades y conocimientos de áreas generales comunes a todas las arriba señaladas, las cuales son:

- 1) Metodología de la investigación experimental y de las ciencias sociales.
- 2) Análisis estadístico y psicométrico.
- 3) Diseño, elaboración y aplicación de instrumentos de evaluación.
- 4) Habilidades y conocimientos de intervención individual y grupal breve y de crisis.
- 5) Estrategias de intervención de la psicología comunitaria.
- 6) Habilidades de consultoría y asesoría.
- 7) Psicofisiología y neuroanatomía
- 8) Técnicas de Modificación de Conducta
- 9) Factores psicosociales asociados a la salud, la enfermedad y la atención.
- 10) Manejo de grupos

Pensamos que tales habilidades y conocimientos serían precuentes mínimas que los psicólogos deben tener para incorporarse al sector salud haciendo actividades de acuerdo a las propuestas planteadas. Sin embargo, no podemos dejar de considerar que existen otros conocimientos y habilidades importantes para el desarrollo profesional en el campo de la salud como son: anatomía, patofisiología, farmacología aplicada, políticas de salud y la organización de servicios. Pero tales aspectos pueden irse aprendiendo conforme a las necesidades que el ámbito y actividades le demanden al profesional; por ejemplo, si lleva a cabo investigación, definición y tratamiento de patógenos conductuales de los problemas de salud de mayor incidencia en la comunidad el profesional tendrá que investigar sobre tales factores en cada problema y las técnicas para modificarlos. En este sentido, debemos enfatizar que el psicólogo necesita tener, también, habilidades de investigación bibliográfica y autodidácticas.

Aunque recordamos que no pretendemos hacer psicólogos especializados en el campo de la salud en el nivel de pregrado, es importante, conforme lo plantearon varios autores (Millon, 1982, Olbrisch y Sechrest, 1979, por ejemplo), que se provean experiencias y prácticas en el campo de la salud bajo una supervisión estrecha por personal capacitado y adscrito al ámbito de salud específico.

Ahora bien, a partir de las consideraciones anteriores, deseamos plantear una estrategia general de formación de psicólogos para el campo de la salud que permita la instrumentación de las propuestas hechas previamente buscando mejorar las condiciones de salud de la población y los servicios de salud.

#### **4. UNA ESTRATEGIA GENERAL PARA LA FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS EN EL CAMPO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD A NIVEL PREGRADO.**

En el presente apartado pretendemos exponer una estrategia de formación de psicólogos en el pregrado para el campo de la salud, con el cual se busca satisfacer, cuantitativa y cualitativamente, las demandas de este tipo de profesional en el sector salud. De esta manera, partimos del supuesto de que las habilidades y conocimientos, anteriormente señalados, estructuradas conforme al modelo, permitirán que el psicólogo se inserte en el sistema de salud para cubrir la mayoría de las actividades que están implicadas en las propuestas. No debemos perder de vista que muchas de las habilidades y conocimientos han sido formados en el transcurso de la carrera y muchas de ellas sólo requieren su orientación conceptual al proceso salud-enfermedad.

Partimos de la última consideración con base en que el perfil general del psicólogo que propone el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología concuerda en aspectos básicos con los que ya mencionamos. El perfil del psicólogo, de acuerdo al Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP), se define:

1)"Como un profesionista universitario cuyo objeto de estudio es el comportamiento humano individual y social que a partir de los procesos cognoscitivos-afectivos y de su interacción con el entorno, es un promotor del desarrollo humano, siendo su función genérica la de intervenir como experto del comportamiento en la promoción del cambio individual y social desde su perspectiva interdisciplinaria. "

2) Su actividad se dirige a campos o sectores de aplicación en donde convergen diferentes áreas de la psicología; campos relacionados con las necesidades sociales correspondientes a los sectores de: Salud, Educación, Producción y consumo, Ecología y vivienda y Organización social."

3) "Las funciones profesionales del psicólogo serán las de detectar, evaluar, planear, investigar e intervenir (incluyendo esta última prevención, rehabilitación y orientación)", interrelacionadas, a veces, unas con otras de acuerdo al campo (citado en Acle, 1989; pag. 127).

Cabe la consideración de que el mismo CNEIP señala en sus recomendaciones generales para la planeación de la enseñanza de la psicología en México que deben desarrollarse modelos curriculares homogéneos que establezcan objetivos generales comunes de formación profesional; como este Consejo agrupa a las representaciones de las Escuelas y Facultades de Psicología del país, suponemos que se siguen sus recomendaciones. Así, creemos que, cuando menos en el papel, las escuelas y facultades de psicología concuerdan y adoptan algunas recomendaciones que nos hacen suponer que la formación de psicólogos considera conocimientos y habilidades que consideramos necesarios en este trabajo. Por ejemplo, algunas sugerencias que son necesarias para que el psicólogo pueda satisfacer el perfil que delineamos antes son:

"a) Proporcionar una formación metodológicamente sistemática que imprima consistencia a los contenidos informativos del curriculum".

"b) Hacer hincapié en la vinculación de la ciencia básica con las técnicas aplicadas."

"d) Capacitar al psicólogo en el trabajo institucional y comunitario para que entrene a los paraprofesionales y a los no profesionales, de acuerdo a las necesidades del país, abandonando la concepción liberal de la profesión hoy día" (pag.105).

Lo anterior, está relacionado directamente con el enfoque del psicólogo como un profesionista-científico, por lo tanto se supone que la formación les provee de conocimientos y habilidades de investigación, análisis crítico, una orientación interdisciplinaria y un interés por los problemas de la comunidad, su análisis y solución.

De esta manera, si nuestra suposición resulta en algún grado cierta deseamos hacer la siguiente propuesta que persigue objetivos: 1) la formación de psicólogos de pregrado que, sin ser especialistas en psicología de la salud, tengan las habilidades y conocimientos suficientes para inscribir su práctica profesional en el campo de la salud conforme a las propuestas que planteamos y el marco de la estrategia de la Atención Primaria la Salud y; 2) establecer mecanismos de vinculación entre la escuelas y facultades de psicología de la UNAM y el sector salud a través de las actividades sustantivas de la Universidad y la satisfacción de necesidades del sector salud; el cumplimiento de un objetivo automáticamente permitirá el logro del otro. Para entender la importancia de los dos objetivos y su vinculación me permito pasar a la propuesta, la cual contiene los siguientes puntos:

1) Se propone que las escuelas y facultades de psicología de la UNAM interesadas diseñen e instrumenten un programa que se derive de las propuestas planteadas en el primer capítulo y se haga una propuesta ante la Secretaría de Salud para establecer un convenio de colaboración.

2) Una vez convenido entre el sector salud y la institución educativa, y establecidos los límites de responsabilidad para cada una, se diseñarán programas específicos que comprendan objetivos que cubran cada una de las propuestas. Diferentes objetivos y actividades pueden diseñarse para un solo ámbito; por ejemplo, la colaboración en la evaluación de servicios de salud, diseñar y participar en la instrumentación de un programa de garantía de calidad, la capacitación a usuarios de servicios de salud y determinar los patógenos conductuales de la comunidad pueden hacerse en el primer nivel, en el segundo o en el tercero. Asimismo, se pueden tener diferentes ambientes para un solo objetivo; una estrategia de prevención de la enfermedad en instituciones de salud, educativas, comunitarias, en medios masivos, etcétera. Como podemos ver, existen programas según propuestas y de ahí se pueden hacer subprogramas cada uno con objetivos específicos.

3) Los programas y subprogramas estarán coordinados por psicólogos con especialidades acordes con los objetivos del programa. Por ejemplo, psicólogos de sociales y comunitarios con programas que implican el trabajo comunitario de prevención y promoción, aunque no implica descartar la participación con otras especialidades (clínicos, del desarrollo, psicofisiólogos, etcétera). En el diseño, instrumentación, coordinación y evaluación de cada programa y subprograma, la colaboración de psicólogos de la maestría en psicología de la salud podría ser importante asesorando y proponiendo.

4) Se propone que, conforme los lineamientos de práctica o servicio social de cada escuela o facultad se instituya una práctica de un año cuando menos en ambientes de

salud. La inscripción de los alumnos a cada programa o subprograma sea conforme a sus intereses.

5) Las prácticas deben estar orientadas a la formación de las habilidades y conocimientos que requiere el alumno conforme al programa y sus actividades, así como las demandas del ámbito específico en que está practicando. Asimismo, debe tener una supervisión estrecha y debe procurarse buenos modelos de entrenamiento.

6) Se debe enfatizar la investigación y, por lo tanto, el reporte final debe guardar la estructura de un reporte científico a escala.

7) Se deben considerar los recursos de formación adicionales que están relacionados con materias como: sociología médica, antropología médica, aspectos de regulación de servicios de salud, aspectos patofisiológicos de algunos trastornos. Para esto es necesario que también se pudieran utilizar recursos de la universidad, lo cual es más fácil si ésta es interdisciplinaria, y del propio ambiente de práctica.

8) Es necesario que cada programa cuente objetivos de aprendizaje, su material bibliográfico, los apoyos didácticos adicionales y la forma de evaluación.

9) Finalmente, es importante que exista una retroalimentación constante entre las autoridades de los ambientes del sector salud en los que se lleva a cabo la práctica y los responsables de los programas y subprogramas para hacer los ajustes a los mismos, o diseñar nuevos si es necesario, de manera eficiente y con la inmediatez que el problema de salud requiere.

El diseño e instrumentación de esta propuesta, como se puede ver es demasiado general y aún quedan aspectos que analizar y documentar, sin embargo creemos que es una alternativa de la que pueden beneficiarse, tanto la UNAM como el sector salud si es plenamente fundamentada. Nuestro interés no es profundizar en su fundamentación, sino sólo ofrecer una alternativa al déficit de la formación de psicólogos para el sector salud. Hacemos énfasis que la formación de los psicólogos para el campo de la salud debe estar dirigida a disminuir al mínimo su orientación curativa, individualista y expectante de la demanda, a través de asumir el enfoque de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud que propone la estrategia de la Atención Primaria a la Salud (Soberón y cols., 1988). En la medida en que esto se logre y diseñemos nuestra propia estrategia de colaboración en el sector salud avanzaremos en alcanzar una mayor madurez de la psicología como profesión y, por lo tanto autonomía.

Sin embargo, antes es importante determinar en qué medida realmente la formación del psicólogo en el pregrado puede ser adecuada a las necesidades reales de salud de la población y del sector; creemos que esta respuesta no es fácil ya que involucra un análisis profundo de los contenidos de los temas planteados en los planes y programas de estudio, los perfiles que proponen, la dinámica de enseñanza, la organización de prácticas, la formación de los profesores, las condiciones de aprendizaje, el marco teórico dominante de cada plan, etcétera. No es una tarea sencilla e involucra muchos elementos que van más allá del presente trabajo, sin embargo tal vez se puedan sacar algunas conclusiones tentativas a través del análisis de los temas y contenidos de los planes de estudio de las carreras para determinar en qué medida se forman psicólogos considerando el modelo propuesto así como las habilidades y conocimientos,

además de analizar el tipo de experiencia en el campo de la salud que ofrecen a los alumnos; serían datos interesantes para determinar algunas tendencias en la formación de psicólogos en nuestro país. Hasta ahora sólo encontramos comentarios con base en tendencias de la cantidad de profesionistas formados en relación a los que se requieren y el tipo de enseñanza que se les da (por ejemplo, Rodríguez, 1984) o con base en experiencias como Durán (comentario personal a Durán, Becerra y Torrejón, 1991), Palacios (1994; comentario personal) todos consideran que la formación del psicólogo es cualitativamente deficiente y dependiente de modelos de ejercicio clínico tradicionales que son limitados, como lo analizamos en el capítulo dos.

## CAPITULO IV.

## CAPÍTULO 4

### LA PROSPECTIVA DEL PSICÓLOGO EN EL CAMPO DE LA SALUD: UN ESTUDIO EXPLORATORIO DE SU INSERCIÓN PROFESIONAL.

Ahora bien, desde el primer capítulo hasta aquí hemos planteado el problema de las características de la transición epidemiológica de México y la insuficiencia de la respuesta organizada de la sociedad ante ellas debido, en parte, a las limitaciones del modelo biomédico y las condiciones de desarrollo socioeconómico del país. Considerando las contribuciones de la psicología para el campo de la salud, se plantearon algunas estrategias que consideramos tenderán a mejorar y mantener la salud de la población, a la vez que se impide el avance de la enfermedad ya presente. De igual manera, planteamos las características de la práctica profesional del psicólogo en el campo de la salud y las condicionantes derivadas de su naturaleza en las formas de ejercicio. Con base en la naturaleza de la disciplina y las tendencias en la formación de psicólogos en el campo de la salud, se planteó un modelo general para entrenar psicólogos que, pensamos, tendrán la capacidad para instrumentar las estrategias diseñadas en el presente trabajo.

Desde la perspectiva de un enfoque de prevención de riesgo de la enfermedad y la promoción a la salud en las que se basaron las propuestas hechas, la participación profesional del psicólogo en el campo de la salud se hace posible debido a que muchos de los problemas de salud de la población del país implican necesariamente la modificación de comportamientos y la promoción de nuevos, en individuos, grupos y comunidades; además, representan áreas de acción del campo de la salud en las que la medicina, generalmente, muestra poco interés y no interfiere con el modelo de atención a la salud vigente. Sin duda que las contribuciones de la psicología al campo de la atención a la salud abre una gama amplia de posibilidades para que el psicólogo colabore de varias maneras relevantes a la solución de los problemas actuales y emergentes, y expanda su papel profesional en tal campo.

Igualmente, la necesidad de encontrar nuevos esquemas de atención acordes con la heterogeneidad de los problemas de salud de la población, dentro de las restricciones presupuestarias, implica forzosamente reorganizar los servicios de salud de tal manera que se satisfagan las necesidades de una población que necesita estar mejor informada en aspectos de salud con el fin de que participe en el cuidado de la misma (Frenk, 1993), para que demande una atención de calidad con calidez y colabore con los procedimientos de atención médica efectivos y abreviados (Ribes, 1989a). Los nuevos esquemas de atención sin duda también requieren la modificación de políticas y estrategias sectoriales e intersectoriales, así como de financiamiento, aspectos que deben considerarse en la transición institucional de los servicios de salud, pero que no analizaremos debido a que rebasa el interés del presente trabajo. Así, la participación del psicólogo en dicha reorganización parece interesante a través de estrategias del desarrollo organizacional, asesorando el cambio y evaluando las dimensiones interactivas del proceso de atención y mucho más roles potenciales que pueden ser inferidos de las contribuciones reseñadas en el primer capítulo.

Realmente, no se puede definir precisamente la ubicación organizacional del psicólogo en sector salud para la instrumentación de actividades involucradas en las estra-

teguas planteadas, salvo en unas cuantas consideradas tradicionales, como: consulta clínica, capacitación, selección y reclutamiento, básicamente. Otras actividades que involucran papeles como asesor, consultor organizacional y comunitario, entre otros, debido a la naturaleza de la disciplina como ciencia, prácticamente hace imposible ubicar al psicólogo en áreas concretas (Ribes, 1984) del sector salud, ya que dependen de la necesidades imperantes y emergentes de los objetivos del mismo.

Posiblemente sea de utilidad práctica generar algunos departamentos o áreas específicas -dentro del área preventiva principalmente- en donde puedan ubicarse a los psicólogos con la capacidad para involucrarse en diferentes áreas conforme a las estrategias delineadas y programas específicos; recordemos que el psicólogo, por sus habilidades de evaluación tiene la capacidad para detectar necesidades en varias áreas en las que ejercen legalmente otros profesionales y, asimismo, para diseñar estrategias que las satisfagan, lo cual requiere un trabajo interdisciplinario.

La instrumentación y operación de las estrategias planteadas requiere de una mayor cantidad de psicólogos, formados bajo el modelo que propusimos, lo cual sólo se puede hacer en cantidad suficiente en el nivel de pregrado (licenciatura). Creemos que las contribuciones de la psicología en el campo de la salud, organizados a través de rubros como Psicología de la Salud, Medicina Conductual y Psicología Clínica de la Salud (Stone, 1979, 1988; Ribes, 1989a; Schwartz y Weiss, 1978; y Millon, 1982) abre opciones para que el psicólogo colabore relevantemente en dicho campo (Rodríguez, 1984). Además, en muchos países ya se presenta un gran interés para la incorporación en el Sector Salud de servicios que se derivan de tales enfoques. Por ejemplo, en Canadá, la Comisión Hall en 1980 recomendó que el área de servicios psicológicos sea ampliamente revisada para sacar provecho de ellos e intentar mejorar el estado de los servicios de salud de ese país (Amett y Lechner, 1982).

La ubicación organizacional de los psicólogos en el sector salud en México regularmente es en módulos de salud mental, departamentos de psiquiatría y de psicología en hospitales de segundo y tercer nivel e institutos; algunos en oficinas normativas con actividades diversas y, muchas, poco relacionadas con su formación. Esas posiciones y actividades, así como las emergentes, dependen, en gran medida, de la receptividad y actitudes mantenidas por el personal de salud (principalmente médicos) y el personal normativo encargado de la planeación y evaluación de los servicios con respecto a los psicólogos y sus prácticas. Asumiendo esto, las creencias del personal de salud son importantes y sus actitudes se pueden reflejar en decisiones políticas que, significativamente, afectan a los psicólogos, la manera en como practican y las actividades que llevan a cabo.

La lectura acerca de los problemas de salud, los factores a ser evaluados y tratados, así como las actividades necesarias para cumplir con las metas en cada ámbito del sector salud es hecha por el personal de salud, principalmente el médico, los administradores y los planeadores del sector; asimismo; tales actitudes, también, dependen del conocimiento de lo que el psicólogo puede hacer y la percepción del grado de amenaza a su estatus profesional e invasión de sus dominios. Así, en gran medida, la inscripción profesional del psicólogo en el campo de la salud llevando a cabo actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, así como reorganización de los servicios depende de la voluntad política para instrumentar dichas propuestas y, por otro lado, de las actitudes y creencias del personal de salud operativo y administrativo; el

campo de la salud, más que otros campos, requiere la colaboración conjunta, orquestada y entusiasta, a veces parsimoniosa (Swartz y Miller, 1990), de todos los implicados en los ámbitos del sector; así, sino no existe aceptación y confianza sobre lo que el psicólogo puede hacer por el logro de los objetivos campo, habrá rechazo y posibles desacuerdos que pueden resultar en más y mayores problemas que soluciones.

Para que esta aceptación se dé con mayor posibilidad y amplitud, sin duda, se requiere de un cambio del modelo de atención a la salud vigente. Varias disciplinas sociales y de la conducta (Mishler, 1981; Stone, 1988) ya han hecho sus cuestionamientos y propuestas al modelo, sin embargo el cuestionamiento del mismo y el impulso para el cambio debe venir necesariamente de parte de los profesionales que sancionan la legalidad de las acciones de otros profesionales en dicho campo, estos son: el equipo de salud, principalmente el médico, y los organizadores del sistema (administradores, directores, subdirectores y otros).

No obstante, aún sin el cambio del modelo de atención a la salud, las estrategias que expusimos serán factibles en la medida en que se orienten realmente a ocupar espacios de acción atingentes a los problemas actuales del sistema en los que el modelo biomédico muestra poca efectividad, que satisfagan las necesidades percibidas por el mismo personal y organizadores, que no invadan los ámbitos de autorregulación del campo y la profesión médica y, además, perciban capacidad en el psicólogo para llevarlas a cabo. De hecho, los factores que determinan la receptividad del psicólogo, como de otros profesionales, en el sector salud, son múltiples y complejos, pero es necesario iniciar su abordaje con la finalidad de establecer las perspectivas de desarrollo profesional del mismo. Como un aspecto crucial a esto es que si el psicólogo define mejor su objeto epistémico, sin invadir dimensiones de la salud y la enfermedad que corresponden legalmente a otras disciplinas, esperaríamos que su participación sea mejor aceptada y valorada en un equipo de salud interdisciplinario.

Las percepciones que mantengan los integrantes del equipo de salud (médicos, enfermeras, promotores de salud y otros) y los directivos del sistema de salud son importantes ya que ellos influyen, como lo planteamos, en las formas de ejercicio profesional del psicólogo, las actividades que lleva a cabo y la cantidad de aquellos que se inscriben en el campo. La forma de trabajo en los ambientes de salud es principalmente en equipo, lo cual es congruente con las propuestas ya planteadas, pero nosotros enfatizamos la colaboración inter y multidisciplinaria, lo cual requiere un mayor grado de aceptación y confianza entre los integrantes del equipo. Si en los equipos de salud e interdisciplinarios con los que puede colaborar el psicólogo existen conflictos y los otros profesionales mantienen estereotipos que limitan su ejercicio profesional será difícil, sino imposible, que se puedan instrumentar las propuestas que planteamos, o generar otras formas de trabajo más funcionales. En el campo de la salud es en donde encontramos una mayor definición de papeles y estereotipos profesionales que son difíciles de modificar sin generar suspicacias, reticencias y conflictos, sobre todo con los profesionales que regulan el campo. De esta manera, no sólo se trata de formar psicólogos e insertarlos en acciones estratégicas como las planteadas, sino que se hace necesario determinar cuál es el grado de aceptación de que el psicólogo las lleve a cabo colaborando, muchas veces, con el equipo de salud de manera más autónoma.

De igual manera, también es importante determinar el grado de receptividad que tienen los organizadores y administradores del sistema, en virtud de que ellos poseen la

capacidad normativa y estatutaria para incorporar a los psicólogos en actividades que reflejen el desarrollo de la misma disciplina en el campo y la satisfacción de las necesidades actuales y emergentes de salud de la población. No basta, como ya mencionamos, con el desarrollo de la disciplina en el campo para justificar la inclusión del psicólogo, la funcionalidad en el mismo es importante, así como su articulación orgánica con otras disciplinas. Sin embargo, el grupo de profesionales que ejercen en el ámbito normativo también pueden ver amenazadas sus posiciones y estatus de poder en algunas actividades que el psicólogo puede llevar a cabo, mientras que en otras es bienvenido; no obstante, en tal receptividad, también la percepción de capacidad que se tiene sobre el psicólogo juega un papel importante. Posiblemente muchos perciban las actividades como necesarias, pero consideren que el psicólogo es incapaz de llevarlas a cabo, por ejemplo. Ya se ha documentado suficientemente acerca de tales actitudes (Furnham, Pedleton y Manicom, 1981) y se considera que si un grupo profesional es visto por otro grupo en una manera rechazante y estereotipada, ésta se constituye en una limitación para un ejercicio profesional emergente o novedoso. La historia de inscripción profesional del psicólogo en el campo de la salud, como vimos, ha dado suficientes bases objetivas para concebir al psicólogo de manera estereotipada, como pudimos constatar en capítulos anteriores.

Tratando de clarificar los factores sociopsicológicos que están presentes en las relaciones interdisciplinarias, se han abordado desde diversas perspectivas las percepciones que tienen entre ellos diversos profesionales de la salud. Desde el punto de vista sociológico (por ejemplo, Mishler, 1981) se plantea que los grupos profesionales que buscan establecer un papel único de diagnóstico de manera independiente, encuentran también la oposición de aquellos grupos que tienen una autonomía limitada reconociendo el papel superior del médico; por ejemplo, el trabajo social y la enfermería. De esta manera, los grupos profesionales subordinados a la medicina muestran una actitud de rechazo ante otros grupos que intentan ejercer con mayor independencia, y no sólo de los profesionales que tienen un papel superior: los médicos.

En este siglo, se ha visto el surgimiento de subprofesiones o paraprofesiones en ámbito de atención a la salud que han buscado establecer control sobre una categoría particular o aspecto de la enfermedad y su tratamiento y/o sobre algún aparato, tecnología o proceso. Cada uno tiene una historia de compromisos, conflictos y cooperación con otros grupos profesionales y paraprofesionales. Cada grupo ha intentado lograr su autonomía y habilidades autoregulatorias, por lo tanto fortaleciendo su estatus de profesión, pero esto ha implicando conflicto con otros grupos.

El grado de conflicto entre los grupos es, probablemente, una función de la similitud entre ellos en términos de su entrenamiento, sus pacientes y los servicios que ellos ofrecen; es decir, la competencia entre ellos, como ya lo habíamos señalado. En el caso de la psicología, entre más tenga ésta la capacidad para llevar a cabo su trabajo independientemente de la organización y de la supervisión médica, y más solapamiento de su trabajo con el de los médicos -u otros profesionales-, es más grande su potencial de conflicto con tales grupos; lo cual, en nuestro país representa una mayor limitación para ejercer su práctica profesional, como vemos que ocurre con la psicología clínica.

Así, desde la perspectiva de la sociología, parece haber un buen número de razones para esperar diferencias en varias profesiones médicas que pueden generar con-

flictos entre ellas y el psicólogo cuando éste lleva a cabo actividades novedosas, como las derivadas de las propuestas planteadas; no sólo es factible el conflicto con el grupo profesional de médicos, sino también con otros (profesionales y paraprofesionales) que ha luchado por lograr mayor autonomía y autoregulación en el campo.

Desde el punto de vista psicológico, la teoría de relaciones intergrupales Tajfel (1978; citado por Furnham, Pedleton y Manicom, 1981) sugiere que los individuos logran una identidad social identificándose con otros profesionales y grupos de referencia. De tal manera, al compararse ellos mismos con grupos similares, perciben la distintividad de su propio grupo que valoran por encima de otros. Así, es posible que ocurra un favoritismo de grupo y hostilidad hacia otros grupos que aparentemente hacen funciones similares, aunque esta dinámica no ocurre con grupos de bajo estatus. Esta teoría es interesante en momentos de transición institucional en el campo de la salud ya que cuando los grupos se encuentran amenazados por la pérdida de estatus se tiende a enfatizar la superioridad y el favoritismo en el grupo. Es posible que el personal de salud se sienta amenazado al sentir que se invade su campo de acción y conocimientos, rechazando la colaboración con el psicólogo o que él colabore con ellos; esta situación es más factible en ámbitos de atención médica debido a su historia y, además, la cohesión como grupo profesional es elevado debido a su estatus social.

Otro aspecto importante es la formación de estereotipos que los psicólogos hemos ido generando en nuestra inscripción en ambientes laborales, principalmente el de la salud. Los profesionales de la salud y administradores pueden mantener la idea generalizada, al igual que el psicólogo, de que la única manera de ejercicio es la clínica y que los eventos legítimos que nos corresponden están sólo en la llamada salud "mental". De esta manera, puede existir escepticismo acerca de la capacidad del psicólogo para llevar a cabo diversas actividades, diferentes a las que comúnmente se hacían y una tendencia, por parte del mismo, a estar nuevamente sujeto a la demanda, sin proponer alternativas.

Hay pocos estudios que han investigado la receptividad y actitudes de personal de salud hacia la forma de practicar del psicólogo y varias actividades más relevantes de las que actualmente lleva a cabo. Burkett y cols. (1978) demostraron la oposición de médicos cuando las enfermeras llevarían a cabo un nuevo papel y ejercerían una mayor autonomía profesional; no obstante, existe una tendencia a que los médicos más jóvenes acepten más estos nuevos papeles.

McGuire y Borowy (1979) estudiando las percepciones entre los profesionales de la salud, se interesaron específicamente en las actitudes hacia profesionales de la salud mental, encontrando, también, que las actitudes a los papeles profesionales identificados con la medicina física (médico, enfermera, etcétera) fueron más positivas y menos positivas hacia aquellos profesionales tradicionalmente identificados con la enfermedad mental (psiquiatras y psicoanalistas). En un rango de mayor a menor deseabilidad de las profesiones, el orden fue el siguiente: médico, psicólogo asesor, enfermera, trabajadora social, psicólogo clínico y psiquiatra. Como podemos ver, existen conflictos y discrepancias, pero también dependen del ámbito y si existe competencia por recursos físicos y financieros.

En muchos estudios se ha considerado que la edad, el tipo de trabajo y la experiencia juegan un papel importante en la percepción y aceptación de otras profesiones (Furnham, Pendleton y Manicom, 1981).

Se puede, así, considerar que los miembros del equipo de salud evaluarán negativamente a los profesionales, y sus actividades, que buscan apropiarse de un campo de conocimiento, estilo de operación o de un particular grupo de clientes que está bajo su control y jurisdicción. En este sentido, el psicólogo, por su forma de práctica históricamente constituida en el campo de la salud y por su interés en los mismos problemas que el equipo de salud, puede ser rechazado, limitado en sus actividades y no reconocido como profesional capaz. Ya hemos planteado cómo la forma de práctica profesional del psicólogo en las instituciones de salud es similar a la del profesional de la medicina, pero también suponer que la psicología es capaz de "curar" enfermedades biológicas incorpora otro elemento de rechazo a la práctica del psicólogo. Así, es importante que ante la emergencia de nuevos papeles se determine la receptividad o aceptación del psicólogo para establecer alternativas de inserción profesional del mismo, así como principales problemas y áreas de interés que se requieren investigar -a través de los cuales también las instituciones formadoras de profesionales se pueden vincular con el sector salud.

La formación de profesionales de la psicología de acuerdo al desarrollo de la disciplina y las necesidades del sector salud, como parte de un mercado de trabajo, requiere mucho esfuerzo, necesiéndose en ese sentido también determinar las perspectivas de su inserción con base en la receptividad y las actitudes de la clase profesional hegemónica, e ir generando espacios de inscripción con mayor probabilidad de éxito. Incluso, el mismo Programa Nacional de Salud (1990-1994) señala en su programa de apoyo 2, acerca de los recursos humanos, que debe investigarse "...en coordinación con las instituciones educativas, las características y perspectivas del mercado de trabajo del personal técnico y profesional" (pag. 122).

Entonces, es importante determinar el grado de receptividad y las actitudes del personal de salud y los organizadores del sector con respecto a actividades del psicólogo, conforme a las estrategias propuestas; con base en ello, podemos orientar la formación de psicólogos para ese campo, establecer nuevas fórmulas de inserción profesional, establecer áreas prioritarias de investigación y delinear actividades prioritarias en las que existe mayor posibilidad práctica de ampliar relevantemente su participación. Con esa intención se propuso el siguiente:

## **OBJETIVO:**

Determinar, de acuerdo a los planeadores, directivos y personal del equipo de salud, de oficinas normativas, centros de salud y hospitales de segundo nivel, el grado de aceptación de que el psicólogo desarrolle actividades relacionadas con un enfoque preventivo de riesgo, apoyando de manera más directa e integral el proceso de atención y en el mejoramiento de los servicios. Asimismo, determinar las actitudes y estereotipos de los mismos individuos a través del orden de importancia que le dan a varias categorías de actividades, tradicionales y emergentes, del psicólogo en el campo de la salud.

Por otro lado, analizaremos los contenidos temáticos, áreas y perfiles de nueve programas de estudio de nivel pregrado de la carrera de psicología para determinar su

pertinencia a la formación de psicólogos para el campo de la salud conforme al modelo planteado y los contenidos propuestos; de esta manera, podremos establecer si existen tendencias y condiciones para generar a nivel pregrado los cuadros profesionales que colaboren de manera relevante en el campo de la salud.

## **OBJETIVOS PARTICULARES.**

1. Determinar el grado de aceptación, del personal de salud y organizadores, de la participación del psicólogo en actividades que implican la integración de los servicios de psicología a usuarios en el primer y segundo nivel de atención, principalmente aquellas que tienden al logro de un servicio integral, que refleja la heterogeneidad del periodo epidemiológico y el mejoramiento de los servicios de salud.
2. Determinar el grado de aceptación de dicha población para que el psicólogo se integre a equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios para investigar e intervenir en factores involucrados en el proceso salud-enfermedad a nivel individual, grupal, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención del riesgo y la promoción de la salud.
3. Determinar el grado de aceptación de la población en cuestión acerca de que el psicólogo intervenga en el mejoramiento y evaluación de los servicios de salud, tanto organizacionalmente como ambientalmente, de manera individual y/o en equipos interdisciplinarios.
4. Determinar, a través de la población mencionada, si perciben al psicólogo principalmente en actividades llamadas "tradicionales" por Rodríguez (1984) o en actividades emergentes conforme a la psicología de la salud.
5. Determinar la influencia de variables ocupacionales, profesionales y de nivel de adscripción en el nivel de aceptación de las diversas actividades contenidas en los objetivos particulares anteriores.

## **MÉTODO.**

### **SUJETOS.**

Las características de la población encuestada se encuentran concentradas en la tabla 1 y 1b del anexo "A", así como en las gráficas correspondientes que les siguen. Participaron en el estudio ciento y ochenta y tres personas del equipo de salud y planeadores de la Secretaría de Salud. Las personas que participaron en el estudio se ubicaron trabajando en los siguientes lugares del Sistema de Salud: 1) Centros de salud urbano, 72 personas (39.3 por ciento); 2) Hospitales de segundo nivel, 54 personas (29.5 por ciento) y; 3) Oficinas normativas, 57 personas (31.1 por ciento).

58 personas del total que participaron en el estudio (31.7 por ciento) son de sexo femenino y 125 del sexo masculino (68.3 por ciento). Su distribución por rangos de edad es como sigue: el 19.7 por ciento tienen entre 16 y 25 años; 37.2 por ciento tienen entre 26 y 35; 38.3 por ciento tiene entre 36 y 45 años; 3.8 por ciento entre 46 y 55 y; 1.1 por

ciento, tienen más de 56 años; con un promedio de edad de 32.9 años en general. (Gráfica 1)

La distribución de los encuestados por años de experiencia en el puesto que ejercía al momento del estudio es como sigue: el 53.6 por ciento tiene entre 1 y 5 años; el 24 por ciento entre 6 y 10 años; el 16.9 por ciento en 11 y 15 años; el 4.9 por ciento entre 16 y 20 años y; más de 20 años tiene el 0.5 por ciento de la población (Gráfica 2).

Conforme a las profesiones de la población total al momento del estudio se distribuyeron como sigue: 44.8 por ciento son médicos; 38.3 por ciento son enfermeras y promotores; 7.1 por ciento son de ciencias biomédicas y de apoyo (biólogos, y estomatólogos e ingenierías); 4.9 por ciento eran de economía y administración y; 4.9 por ciento de ciencias sociales y educativas (sociólogos, antropólogos, pedagogos) (Gráfica 3).

La distribución por especialidad de los encuestados mostró los siguientes porcentajes por cada una de ellas: El 57.9 por ciento no tiene alguna especialidad, le siguen en porcentaje aquellos que tienen especialidad médica (23.5 por ciento), salud pública-epidemiología (15.3 por ciento) y administración de hospitales (3.3 por ciento); no encontrándose alguna especialidad relacionada con sociomedicina (Gráfica 4).

Sólo el 13.1 por ciento del total tiene estudios de posgrado, representando la mayor cantidad aquellos que estudiaron salud pública, investigación de servicios de salud y disciplinas biomédicas (3.8 por ciento cada una respectivamente); en esta última se consideran disciplinas que están orientadas a la investigación básica (Gráfica 5).

Los puestos que reportaron ejercer los encuestados muestra la siguiente distribución en porcentajes cada uno de ellos: el 51.4 por ciento eran contratados como personal operativo (médico especialista o familiar, enfermera, promotor, etcétera) independientemente de sus funciones; 25.7 por ciento era contratado como coordinador; 19.7 tenía jefatura; 2.7 por ciento tenía alguna subdirección y; sólo el 0.5 por ciento era director (1 persona) (Gráfica 6).

Las principales funciones de los encuestados fueron las operativas (73.8 por ciento), seguidas por las de organización y coordinación de programas y/o actividades (Gráfica 7).

En la tabla 1 y 1b, así como en las gráficas 1 a la 7 se podrá encontrar con mayor detalle la distribución porcentual de las variables anteriores, desglosadas por área de adscripción.

#### **Criterios de inclusión de los sujetos en el estudio.**

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión de los sujetos en el estudio: 1) personas que tuvieran cuando menos un año de ejercer el puesto que reportan tener (experiencia); 2) que tuvieran cualquier profesión así como estudios técnicos de atención a la salud (caso de enfermeras y promotores de salud, por ejemplo); 3) estar adscritos a hospitales de segundo nivel, a centros de salud cuando menos con cinco módulos de atención, o a oficinas de diversas direcciones de las subsecretarías de la Secretaría de Salud.

### **Criterios de exclusión.**

1) personal que no cubre los requisitos anteriores; 2) personal que labora en centros de salud mental comunitaria; 3) psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas y/o que hagan funciones similares; 4) personal que labora en hospitales de tercer nivel de atención médica o en Institutos de Salud.

### **MATERIAL.**

Cuestionario con 32 reactivos y lápices. El lugar de aplicación fue variado; consultorios, sala de juntas, oficinas y salas de espera de centros de salud urbanos y hospitales de segundo nivel, así como de oficinas generales.

### **DISEÑO.**

El presente trabajo no parte de hipótesis alguna, se pretende la exploración del campo de la salud en relación a la receptividad del psicólogo llevando a cabo actividades de mayor relevancia, conforme a lo planteado en capítulos previos. De esta manera, este es un estudio exploratorio que pretende sondear áreas de mayor aceptación y factibilidad de la acción del psicólogo, algunos factores determinantes de éstos y establecer algunas áreas de investigación en que el psicólogo debe enfatizar debido a su importancia o la urgencia percibida.

Según Ander-Egg (1977), los estudios exploratorios comportan dos aspectos principales: el estudio de la documentación y el contacto directo con la problemática. En este trabajo ya hemos hecho el análisis de la pertinencia de la inscripción profesional del psicólogo en el campo de la salud, así como de las limitaciones que surgen de su propio desarrollo como ciencia y de la naturaleza profesional propia del campo de la salud. El siguiente aspecto a cubrir en el presente estudio es el sondeo de la factibilidad, no técnica, sino interprofesional, de la inscripción profesional del psicólogo conforme a los miembros del equipo de salud y los organizadores (no siempre médicos) del sistema de salud y algunas características de ellos que pueden determinar su receptividad; asimismo explorar áreas y problemas prioritarios de investigación de la psicología en el campo de la salud.

De esta manera, no se plantea aquí un diseño experimental, preexperimental, cuasiexperimental o cualquier otro, sino un estudio exploratorio. Sin embargo, es importante hacer varias consideraciones de tipo metodológico que deben ser tomadas en cuenta en los resultados y conclusiones que presentemos:

1. La muestra de la población sobre la que hacemos las estimaciones estadísticas no se considera representativa de la población general debido a que ésta no fue seleccionada a través de un método de muestreo aleatorio y estratificado, como inicialmente se planteó en el protocolo. Esto se debe a que en la práctica se careció de los recursos económicos, materiales e interinstitucionales para aplicar el instrumento a la muestra inicialmente planeada y a falta de colaboración de la población blanco, que no esperábamos, para obtener una muestra ponderada al azar conforme a instituciones de salud, Oficinas y personal profesional, cuando menos. Finalmente, se encuestó a personal de tres adscripciones, si bien con los criterios de inclusión y exclusión mencionados, conforme a

disposición y deseo de participación de los mismos; aún así nuestra muestra fue muy reducida en cantidad (N=183). Se instrumentó una estrategia de envío masivo de cuestionarios que falló ya que sólo se recuperaron el 3.5 por ciento de 75 encuestas enviadas. Por lo tanto, las inferencias estadísticas hechas aquí sólo son válidas para la muestra que presentamos y no generalizables al universo del que proviene nuestra muestra;

2. Relacionado con el punto anterior, debido a que la muestra no fue obtenida al azar y su probabilidad de elección no es conocida, se puede considerar que es una muestra sesgada que nos limita en su análisis con pruebas estadísticas paramétricas, cuya potencia, sin duda, nos permitiría inferencias válidas y generalizables; esto, conjuntamente con el tamaño pequeño de la muestra, nos lleva a utilizar, como principal estimación, el promedio simple con un nivel de desagregación limitado y;

3. No obstante las consideraciones anteriores, utilizamos dos pruebas paramétricas; una, para estimar la confiabilidad del instrumento, como es la Alpha de Cronbach y, dos el análisis de varianza univariado (One-Way) para establecer el posible efecto de algunas variables de la muestra sobre las puntuaciones sobre cada reactivo; los resultados y conclusiones hechas con base en ellas, aunque pueden ser válidos, deben ser vistos con parsimonia.

## **PROCEDIMIENTO.**

Con base en las estrategias planteadas en el primer capítulo, se diseñaron 40 actividades del psicólogo en el sector salud y se muestrearon con un grupo de individuos que cubrían los criterios de inclusión. Posteriormente, seleccionaron veinticuatro actividades que, con base en los planteamientos anteriores, enfatizaban la participación del psicólogo o su inclusión en algunas otras que actualmente lleva a cabo el sector salud y tres que rechazaban encubiertamente su colaboración o inclusión; de estas tres, dos enfatizaban la exclusividad del médico para llevar a cabo actividades que el psicólogo puede llevar a cabo con un entrenamiento (epidemiología) y otra en la que se supone que es más del dominio de éste (evaluación psiconeurológica). Asimismo, se diseñó un reactivo de ordenamiento de seis actividades generales, tres "tradicionales" y tres conforme a las propuestas que planteamos pero que enfatizaban el trabajo interdisciplinario y multidisciplinario. Se diseñó otro reactivo de clasificación dicotómica que presentó actividades de intervención general e investigación conforme al esquema general de Stone (1979) que planteamos en el primer capítulo. Con 27 actividades se diseñó un instrumento con un formato de respuesta forzada en un rango de cinco puntos tipo Likert, siendo el número uno de total desacuerdo y el cinco total acuerdo. Además, se recolectó información demográfica, escolar, laboral, de experiencia de colaboración de psicólogos, sus funciones, y si tenía conocimiento de las contribuciones de la psicología, así como preguntas abiertas acerca de las habilidades que el psicólogo requiere para colaborar en el sector salud. El procedimiento detallado fue el siguiente:

### **Fase 1**

Con base en las estrategias planteadas en el primer capítulo, se diseñaron cuarenta actividades que enfatizaron algunas contribuciones relevantes de la psicología al campo de la salud y la participación del psicólogo; sin perder de vista que fueran relevantes para instrumentar tales estrategias. Las actividades se redactaron en forma de reac-

tivos de elección forzada con cinco opciones de respuesta; se le dio al número uno a la opción que representó rechazo total a que el psicólogo la llevara a cabo, o se incorporara a alguna actividad y el número cinco a la mayor aceptación. Posteriormente, se diseñó un reactivo de ordenamiento de seis actividades, tres con actividades reportadas por Rodríguez (1984) como tradicionales y tres que enfatizaban el trabajo ínter y multidisciplinario, por lo tanto consideradas emergentes. También, se desarrolló un reactivo de calificación con dos opciones para determinar la prioridad de cinco actividades de investigación e intervención. Se piloteó con cuarenta y tres personas que laboran en el sector salud a nivel normativo, un centro de salud y a estudiantes de la Maestría en Investigación de Servicios de Salud de la E.N.E.P. Iztacala ya que se consideró que es una muestra con características similares a la población a encuestar. Con los cuarenta reactivos de elección forzada se llevó a cabo un análisis estadístico con la prueba "r de Pearson" (producto-momento) para analizar la correlación total-reactivo (eliminando el reactivo de la suma del total) y se seleccionaron aquellos reactivos igual o mayores que .20 con una probabilidad de .05, quedando en total veintisiete. Después, se aplicó una prueba de consistencia interna con la escala Alpha, obteniéndose un coeficiente de confiabilidad de .8666; un coeficiente considerado como bastante bueno por Thorndike (1989). La versión final del instrumento se presenta en el anexo B.

El reactivo 28 implicó la clasificación de seis actividades del psicólogo que, de acuerdo al criterio del encuestado, deberían ser ordenas por orden de importancia para el logro de las metas de salud del sistema. Estas actividades describían tres actividades tradicionales y tres de trabajo multidisciplinario e investigación interdisciplinaria del psicólogo, tanto con respecto a la salud como a la organización de la atención. En el piloteo no se analizaron las respuestas a este reactivo debido a la muestra pequeña de contestadores en el piloteo y el número de reactivos de ese tipo, también pequeño.

Con respecto al reactivo 29, éste presentó cinco reactivos que señalaban áreas de investigación a calificar según prioridad (2) o no prioridad (1) para satisfacer las necesidades del sistema de salud y de la población usuaria de servicios de salud. A este reactivo se aplicó la prueba Phi para determinar el grado de asociación por área de descripción, encontrándose que sólo los reactivos C y D muestran valores phi aceptables ( $V=.20519$  y  $V=.18727$  respectivamente) con nivel de significación  $< 0.05$ , encontrándose los mismos datos con la muestra más grande; con lo cual las respuestas a los "subreactivos" A, B y E deben ser tomados con precaución.

Encontramos que han resultado poco confiables los reactivos 28 y 29 del instrumento, y que analizamos aparte dada la naturaleza métrica del instrumento en general, los resultados de confiabilidad pueden ser debido al sesgo de la muestra y la cantidad pequeña de encuestados, sin embargo los incluiremos en los resultados con las consideraciones y precauciones ya hechas.

En general, las actividades diseñadas para el instrumento se intentó que se basaran en actividades características de cada estrategia planteada en el primer capítulo y contuvieran actividades específicas como: evaluación, detección, tratamiento, enseñanza-capacitación investigación y trabajo interdisciplinario; aspectos que son, en general, parte de la naturaleza práctica de las estrategias planteadas.

## Fase II.

En esta fase se aplicó el instrumento al personal de salud y planeadores del sistema que cumplieran con los criterios de inclusión ya descritos. Se enviaron cuestionarios por correo obteniéndose una tasa baja de recuperación de los mismos (cinco de 76), por lo cual se procedió a hacer la encuesta personalmente. El personal contestó anónimamente el cuestionario y se le solicitó información relacionada con su sexo, profesión, estudio, funciones y puesto, los cuales fueron clasificados en las siguientes categorías generales:

1. Profesión, incluyó cinco categorías: 1) Médicos; 2) Enfermeras y Promotores; 3) Ciencias biomédicas (biología, química, ingenierías bioquímicas) y de apoyo (incluyendo odontología); 4) económico-administrativas y; 5) ciencias sociales (sociología, antropología) y educativas (pedagogía).

2. Especialidad, incluyó cinco categorías: 0) no especialidad; 1) salud pública-epidemiología; 2) administración de servicios de salud; 3) ciencias sociales (antropología médica, sociología médica, por ejemplo) y; 4) médico-asistencial (toda especialidad dirigida a la atención y estudio de enfermedades biológicas) .

3. Estudios de posgrado se clasificaron en 6 categorías: 0) no tiene; 1) Administración de servicios de salud/Investigación de Servicios; 2) Salud Pública; 3) Investigación biomédica (ciencias básicas); 4) médico-asistenciales y; 5) ciencias sociales (sociomedicina, por ejemplo).

4. Puesto o cargo que ocupa consideró diversas categorías conforme a su contrato: 1) operativo; 2) coordinación ; 3) Jefatura ; 4) subdirección y 5) Director.

5) Las funciones se clasificaron en cuatro categorías que podrían ser ejecutadas por un mismo sujeto, con lo cual puede existir yuxtaposición de las mismas: 1) organización-coordinación; 2) administración; 3) investigación-docencia y 4) operativas.

6. Años de experiencia en el puesto y;

7. Si había tenido colaboración de psicólogos en su actividad.

## FORMA DE ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS DATOS.

Se analizó los datos en términos del porcentaje general de acuerdo, desacuerdos e indecisiones a cada una de las veintisiete preguntas. Se hace una análisis de varianza separado para cada pregunta para evaluar si existen diferencias significativas conforme a variables como: área de adscripción, profesión, puesto, sexo, especialidad y estudios de posgrado. Con aquellos reactivos que mostraron diferencias significativas al .05 en el análisis de varianza univariada (One-Way), se aplicó la prueba de comparación múltiple Student Newman-Keuls para determinar el grado de diferencia significativa de acuerdo a cada una de las variables señaladas arriba sobre los resultados; lo cual nos indica que existe influencia de tal (es) variable(s).

En cuanto a la pregunta 28, se analizó conforme a la prueba U de Mann Whitney para establecer su capacidad de discriminación por área de adscripción u otras variables. En esta pregunta se presenta la ordenación de los reactivos de acuerdo a la moda por área de adscripción y general. Para la pregunta 29 se presentan los porcentajes de prioridad y no prioridad por área de adscripción y general, a ésta se aplicó la prueba de Phi para establecer su nivel de consistencia a través de áreas de adscripción.

## RESULTADOS.

Los resultados se presentan como porcentaje de personal que acuerda, desacuerda o está indeciso en este estudio exploratorio y se presentan a nivel general en la tabla 2, 2b y gráfica 8, sin embargo, su desglose por área de adscripción se presenta en las tablas 3 y 3b. El análisis de varianza univariada para cada reactivo que muestra diferencias significativas al nivel de .05 en relación a las variables se presenta en las tablas 4 y 4b del anexo "A"

En general, encontramos una tendencia a aceptar la mayoría de las actividades del psicólogo propuestas y al psicólogo mismo en muchas de las actividades actuales del sistema de salud (el 79 por ciento).

La mayoría de los encuestados (90.7 por ciento) está de acuerdo en que el psicólogo puede aportar capacitando al personal de salud para mejorar la calidad y calidez de la atención médica. En este elevado acuerdo encontramos diferencias significativas conforme a la especialidad ya que aquellos que no tienen alguna especialidad (lo cual no quiere decir que no tengan algún posgrado) son los que acordaron con mayor énfasis que el psicólogo los capacite,  $F(4.0904)= 3.3651$ ,  $p< .007$ , mientras que aquellos tenían especialidades médicas, administrativas y de salud pública tuvieron menor acuerdo. El 87 por ciento acordó en que el psicólogo entrenara en modelos de relación médico paciente para incrementar la adherencia terapéutica; sin embargo, aquellos que tenían una especialidad en salud pública o ninguna son los que acordaron con más énfasis ( $F(5.3152)=5.0913$   $p<.001$ ), mientras que aquellos con especialidad médico-asistencial tendieron a aceptar menos (media de 3.8605). El grado de aceptación de estas dos actividades parecen no estar relacionadas con el área de adscripción, profesión, el puesto, sexo, especialidades o posgrado.

El 89.7 por ciento de la población acepta que el psicólogo asesore en el manejo del paciente crónico-degenerativo, el 4.3 por ciento desacuerda y el 6 por ciento muestra indecisión. El grado de aceptación difiere de acuerdo a área de adscripción, siendo los de hospital los que acuerdan más fuertemente ( $F(3.2224)=2.1037$   $p<.0422$ ), mientras que las oficinas normativas y centros de salud tienden a acordar de igual manera (medias de 4.3 y 4.4 respectivamente). Igualmente, la variable sexo parece tener relación con un mayor acuerdo ( $F(4.486)$   $p<.0357$ ) por parte de los hombres (media de 4.600). Las demás variables parecen no tener relación con los resultados.

El 85.2 por ciento de los encuestados acepta que es necesario que se entrene al personal de áreas de urgencias en autocontrol del estrés (pregunta 4), 8.2 por ciento esta en desacuerdo y el 6.6 por ciento está indeciso; no parece existir diferencia significativa con relación a alguna otra variable.

El 76.5 por ciento de los encuestados está de acuerdo en que se entrene al personal que atiende pacientes con traumatismos físicos en control del dolor para mejorar su eficacia (pregunta 5), el 18.6 por ciento está en desacuerdo y el 4.9 está indeciso. En estos resultados la variable profesión y estudios de posgrado juegan un papel importante ya que las enfermeras y promotores son los que más acuerdan ( $F(2.5236)=5.3249$   $p<.0426$ ) y los médicos son los que tienden más a la indecisión y rechazo (media de 3.6463). En cuanto a la variable estudios de posgrado, los que más enfáticamente acuerdan son los que no tienen ningún posgrado ( $F(3.0332)=4.5571$   $p<.0189$ ) y los que manifiestan mayor rechazo e indecisión son los que tienen posgrado de salud pública, y administración hospitalaria. Las variables de área de adscripción, puesto, sexo y especialidad no parecen tener relación.

El 90.6 por ciento de la población acepta que el personal que colabora en comunidad sea capacitado en habilidades y conocimientos de psicología (pregunta 6), el 7.1 por ciento rechaza que esto mejore su desempeño y el 3.3 está indeciso. En estos resultados afecta el área de adscripción ya que, primeramente los hospitales y luego los centros de salud acuerdan fuertemente ( $F(6.6622)=5.6912$   $p<.0002$ ) mientras que los de oficinas normativas manifiesta bajo acuerdo e indecisión. Las otras variables parecen no tener relación. Relacionado con esta actividad y ámbito de acción (pregunta 20), el 79.8 por ciento de los encuestados acuerda en que el psicólogo desarrolle estrategias de penetración comunitaria para lograr el éxito en la instrumentación de programas de salud, el 13.1 por ciento está en desacuerdo y el 7.1 por ciento está indeciso. Sin embargo, al contrario del resultado anterior, encontramos diferencias significativas en el grado de acuerdo, ya que los hospitales acuerdan más fuertemente ( $F(7.7538)=3.35$   $p<.0006$ ) que centros de salud y oficinas, los médicos más que las otras profesiones ( $F(4.9280)=6.30$   $p<.0009$ ), las mujeres más que los hombres ( $F(4.4996)$   $p<.0353$ ); y los que tienen alguna especialidad médico-asistencial, acuerdan más que otros ( $F(4.7061)=6.16$   $p<.0035$ ), mientras que los que no tienen ninguna especialidad tienden a la indecisión y rechazo. Como podemos ver, esta actividad (pregunta 20) es la que mayores diferencias significativas tienen en relación a las variables analizadas.

El 82 por ciento de los encuestados considera que es importante que el psicólogo diseñe y evalúe programas de educación para que los usuarios utilicen adecuadamente los servicios (pregunta 7), el 12.6 por ciento no considera esto importante y el 5.5 está indeciso. En esta actividad encontramos diferencias significativas conforme al área de adscripción ya que tanto hospitales como centros de salud los consideran muy importante ( $F(8.9407)=11.555$   $p<.0002$ ) y las oficinas normativas tienden a no acordar o a la indecisión (media de 3.7). Otras variables parecen no estar relacionadas. Pero cuando se trata de que el psicólogo entrene a los usuarios en comportamientos funcionales al proceso de atención médica (pregunta 23) encontramos que el 83.7 por ciento acuerda que es necesario y encontramos diferencias significativas en relación a la profesión. De esta manera, existe un mayor acuerdo de profesionistas de ciencias biomédicas y de apoyo (laboratoristas, dentistas, técnicos y otros) ( $F(3.0644)=3.4901$   $p<.0180$ ), seguido por médicos y enfermeras, mientras que los profesionistas con ciencias sociales y económico administrativas tienden al desacuerdo y la indecisión.

El 87.5 por ciento de los encuestados acuerda en que es necesario generar estrategias comunitarias de detección y atención de enfermedades "mentales" como parte de los servicios de los centros de salud biológica (pregunta 8) (lo cual implica la integración de servicios). Encontramos aquí, no obstante, diferencias significativas conforme al

puesto ya que aquellos que son operativos y coordinadores tienden a acordar menos que los subdirectores y directores de área o unidades ( $F(2,9883)=2.652$   $p<.0203$ ). Sin embargo, nuestra población se compone mayoritariamente de operativos y coordinadores, por lo que debemos tener cuidado con estos resultados. El acuerdo es menor cuando se presentan actividades que implican abiertamente la integración de servicios de salud "mental" y biológicos en centros de salud. El 76.5 por ciento de los encuestados considera que debe haber servicios psicológicos de terapia breve y de crisis en centros de salud biológica (pregunta 24), 15.3 por ciento desacuerdan y 8.2 por ciento está indeciso. En estos resultados encontramos diferencias significativas relacionadas con los resultados en el área de adscripción, puesto y especialidad. Por área de adscripción, los centros de salud acuerdan con mayor énfasis que las oficinas ( $F(7,9926)=11.18$   $p<.0005$ ) que tienden al rechazo y la indecisión; por puesto, encontramos que los operativos y coordinadores acuerdan más fuertemente ( $F(5,2784)=7.2696$   $p<.0005$ ) que subdirectores directores y jefes; mientras que aquellos no tienen especialidad acuerdan más fuertemente que los que tienen alguna ( $F(3,4624)=5.0135$   $p<.0175$ ) siguiéndole los que tienen una médico-asistencial. Relacionado con estas actividades, aquellos que piensan que no sirve de nada integrar interdisciplinariamente los servicios psicológicos con los biomédicos representan el 53.5 por ciento, mientras que los que si creen que sirve de mucho son el 40.4 por ciento y 6 por ciento están indecisos. En estos desacuerdos encontramos diferencias significativas relacionadas con el área de adscripción y el puesto ejercido. En el área de adscripción encontramos mayor indecisión en oficinas y hospitales, mientras que un rechazo abierto de centros de salud ( $F(9,2631)=23.2308$   $p<.0001$ ), lo cual es consecuente con la baja aceptación a que el psicólogo se integre a la discusión interdisciplinaria de casos clínicos (pregunta 21) con el 67.8 por ciento de la población, 19.7 rechazándola y 12.6 indecisa; en esta última existen diferencias significativas por área de adscripción siendo el personal de hospital los que más acuerdan y los del centro de salud y oficinas quienes más rechazan o están indecisos ( $F(6,7679)=7.8829$   $p<.0015$ ), como se puede ver en las tablas 3 y 3b.

El 85.2 por ciento de los encuestados consideraron que es necesario que se detecten y modifiquen los comportamientos nocivos para la salud, así como aquellos que permiten mantener la salud para el logro de las metas de salud del país (pregunta 9), el 7.7 por ciento estuvieron en desacuerdo y el 7.1 por ciento estuvieron indecisos. Hubo diferencias significativas conforme a la profesión y el puesto; conforme a la profesión estuvieron más fuertemente de acuerdo los médicos y después los de ciencias biomédicas y de apoyo y tendieron a la indecisión y rechazo las enfermeras, ciencias sociales y económico-administrativas ( $F(5,7317)=5.3249$   $p<.0002$ ), los coordinadores acordaron más que otros puestos ( $F(2,4565)=4.6483$   $p<.0474$ ).

El 74.3 por ciento de los encuestados acordaron en que es necesario que el psicólogo implante sistemas motivacionales (pregunta 10), el 19.6 por ciento no estuvo de acuerdo y 6 por ciento estuvo indeciso, existiendo diferencias significativas conforme al puesto ya que acordaron más fuerte los operativos y coordinadores que los jefes y subdirectores. ( $F(2,7114)=4.1431$   $p<.0316$ ), otras variables no parecen tener relación.

El 87 por ciento de los encuestados consideraron necesario que el psicólogo participe en la evaluación del impacto de las acciones preventivas de enfermedad y promoción de la salud en centros de salud y hospitales (pregunta 11), el 15.9 por ciento no estuvo de acuerdo y 7.1 por ciento estuvo indeciso, existiendo diferencias significativas por área de adscripción ya que los hospitales y centros de salud lo consideraron más impor-

tante que las oficinas normativas ( $F(7.5123)=10.1658$   $p<.0007$ ) que tendieron a la indecisión y rechazo.

El 72.7 por ciento acuerda en que el psicólogo debe participar en programas de mejoramiento de la calidad de la atención médica (pregunta 12), el 20.8 por ciento no acuerda y 6.6 por ciento está indeciso. No encontramos diferencias significativas conforme a alguna variable. No obstante, relacionado con esto, el 68.3 por ciento de los encuestados acuerdan en que el psicólogo participe en la reorganización de hospitales y jurisdicciones para el logro de las metas de salud (pregunta 25), el 23.9 por ciento está en desacuerdo y 9.8 está indeciso encontrándose diferencias significativas por área de adscripción, profesión y puesto (véase tabla 5b). Por área de adscripción encontramos que el centro de salud manifiesta más acuerdo que las otras tres áreas que tienden al rechazo e indecisión ( $F(7.5733)=10.9558$   $p<.0007$ ); en términos de profesión, las enfermeras acuerdan más fuertemente que las otras profesiones que tienden a la indecisión y rechazo (más relacionados con los médicos y ciencias económico-administrativas) ( $F(3.6434)=5.3410$   $p<.0070$ ) y; en términos de puesto encontramos mayor aceptación de operativos y coordinadores ( $F(3.4141)=5.0289$   $p<.0102$ ) y mayor rechazo de subdirectores y jefes.

El 82.5 por ciento de los encuestados acuerdan en que investigar los factores psicosociales de la población usuaria permitirá organizar eficientemente los servicios de salud preventivos y curativos (pregunta 13), el 10.9 por ciento no creen esto y el 6.6 está indecisa. Encontramos diferencias significativas en cuanto a áreas de adscripción y por profesión. El personal de hospital acuerda más fuertemente en que dicha actividad es necesaria ( $F(7.5305)=5.9327$   $p<.0007$ , mientras que es menor el acuerdo en los centros de salud y oficinas en la misma proporción. De igual manera, los médicos acuerdan con mayor fuerza en esta actividad que los otros profesionales ( $F(3.2201)=3.8061$   $p<.0140$ ) y los que tienen profesiones económico-administrativas tienden a la indecisión y el rechazo (respuesta media de 3.5) de tal actividad.

El 86.9 por ciento de los encuestados acuerdan en que se investiguen los efectos de psicológicos de la enfermedad y los efectos sinérgicos con el tratamiento para incrementar la eficacia de la atención médica (pregunta 14), el 6 por ciento desacuerdan con esto y el 7.1 por ciento están indecisos. Existen diferencias significativas por área de adscripción (véase tabla 5) ya que los de hospitales acuerdan más fuertemente (media de 4.7  $F(7.5305)=5.9327$   $p<.0007$ ) que los centros de salud y las oficinas tienden a considerarla menos importante. En términos de puesto ejercido los operativos y coordinadores acuerdan más fuertemente en que tal actividad es necesaria ( $F(3.0157)=2.4383$   $p<.0194$ , mientras que aquellos que tienen puesto de jefatura y subdirectores tienden más al rechazo y la indecisión.

El 55.2 por ciento de la población considera que sólo el médico con especialidad en epidemiología es capaz de determinar comportamientos nocivos a la salud (pregunta 15), el 42 por ciento no acuerda en esto y 2.7 por ciento mostró indecisión. Esto implica necesariamente un rechazo a que el psicólogo lleve a cabo funciones de epidemiólogo, aún en relación a la determinación de comportamientos patógenos. No encontramos diferencias significativas conforme al análisis de varianza, sin embargo encontramos una tendencia a rechazar tal afirmación en los hospitales (véase tabla 5). Esto tiene también qué ver con la aseveración de que sólo el médico con especialidad de administración de hospitales es capaz de llevar a cabo cambios organizacionales a los servicios (pregunta

18) ya que el 52.4 por ciento lo acepta, el 43.2 no acuerda y 4.4 está indeciso, no encontrándose diferencias significativas en relación con alguna variable; sin embargo, cabe mencionar que los hospitales manifiestan una mayor tendencia a aceptar dicha aseveración y los centros de salud a rechazarla. Similamente, el 53.5 por ciento de la población acuerda en que no aportaría nada integrar interdisciplinariamente los servicios psicológicos y médicos (pregunta 27), el 40.4 no acuerda con esto y el 6 por ciento está indecisa, encontrándose diferencias significativas, como ya lo habíamos señalado en términos de área de adscripción ya que las oficinas normativas y los hospitales rechazan más fuertemente tal aseveración y los centros de salud acuerdan más (72.3 por ciento; ver tabla 5b) ( $F(9.2631)=23.23$   $p<.0001$ ). Y aquellos que tienen puesto de coordinador y jefatura tienden a aceptar con mayor énfasis tal aseveración ( $F(3.8376)=9.88$   $p<.0051$ ).

El 89.6 de los encuestados acuerda en que es necesario identificar y modificar aquellos factores organizacionales y ambientales que generan estrés en los pacientes (pregunta 17), el 5.5 está en desacuerdo y el 4.9 está indeciso. Encontramos diferencias significativas de acuerdo al área de adscripción ya que los hospitales acuerdan más fuerte en esto que los centros de salud y las oficinas normativas ( $F(3.8486)=2.822$   $p<.0231$ ) y la profesión médica acuerda más fuertemente que las otras ( $F(3.7.634)=2.6832$   $p<.0058$ ), mientras que los que tienen profesión económico-administrativa tienden al rechazo y la indecisión.

El 80.4 por ciento de la población acuerda en que es necesario que operen servicios orientados a la consulta psicológica y problemas de familia en centros de salud médica (pregunta 22), 11.5 por ciento no acuerdan y el 8.3 manifiesta indecisión encontrándose diferencias significativas en el área de adscripción ya que hospitales y centros de salud acuerdan fuertemente y las oficinas normativas tienden al rechazo y la indecisión (ver tabla 5b) y menor acuerdo ( $F(6.7679)=7.88$   $p<.0015$ ). De igual manera encontramos que, por profesión, los coordinadores y operativos de servicios concuerdan más en esta actividad, mientras que jefes y subdirectores concuerdan menos y tienden al rechazo e indecisión ( $F(6.1404)=6.8331$   $p<.000$ ); aquellos que no tienen especialidad acuerdan más fuertemente y tienden al rechazo los que tienen especialidad de salud pública ( $F(3.1421)=3.7589$   $p<.0266$ ). En otra actividad relacionada (pregunta 24), el 76.5 por ciento de la población acuerda en que es necesario en que los centros de salud ofrezcan servicios de salud mental con terapia breve y de crisis, el 15.3 no acuerda con esto y el 8.2 está indeciso. Encontramos diferencias significativas por área de adscripción acordando más fuertemente los centros de salud y hospitales y las oficinas normativas menos ( $F(7.9926)=11.1836$   $p<.0005$ ), los operativos y coordinadores acuerdan más fuertemente, mientras que jefes y subdirectores menos ( $F(5.2784)=7.2696$   $p<.0005$ ); y los que no tienen especialidad acuerdan más fuertemente que los que tienen alguna ( $F(3.4624)=5.0135$   $p<.0175$ , existiendo una tendencia consistente en tales reactivos.

El 67.2 por ciento del personal encuestado acuerda en que el psicólogo debe participar con el equipo de salud en el desarrollo de nuevas técnicas de detección e intervención en patologías biológicas a nivel individual, grupal y comunitario (pregunta 16), lo que implica que el psicólogo colabore en el diseño e instrumentación de programas, por ejemplo, en el diagnóstico e intervención masivo de grupos; sin embargo, el 20.3 por ciento no acuerda con esto y el 12.6 por ciento está indeciso sin que haya alguna variable responsable de una diferencia significativa. Así, existe una tendencia, sin embargo, más acentuada en hospitales (70.3 por ciento) a aceptarlo y menor a nivel de oficinas normativas, pero sin que esta tendencia sea significativa.

Finalmente, las 4 funciones parecen producir diferencias significativas en los resultados. En general, encontramos que el grado de acuerdo más grande es cuando no se realizan que cuando se realiza alguna de las funciones. Por ejemplo aquellos que realizan funciones de coordinación y organización tienden al desacuerdo o la indecisión en cuanto a integrar los servicios de psicología en centros de salud con un enfoque de terapia breve y de crisis. Asimismo cuando no realiza la función analizada tiende a acordar menos con planteamientos como que el médico con especialidad en epidemiología es el único que puede determinar comportamientos de enfermedad y salud ( $F(3.9139) p < .0494$ ). La excepción a lo anterior es la respuesta a la pregunta 19, ya que los que no hacen función de docencia e investigación manifiestan menor acuerdo en que el psicólogo forme grupos de autoayuda ( $F(7.0957) p < .0084$ ), en que genere estrategias de penetración comunitaria para programas de salud médicos ( $F(5.3550) p < .0218$ ).

Todos estos datos de las funciones, sin embargo deben ser tomados con precaución y escepticismo, ya que la división de los encuestados de acuerdo a sus funciones reportadas se sobrelapan, los grupos están sumamente desiguales y, por lo tanto demasiado tendenciados, por lo que no abundaremos más en su descripción.

#### **Resultados de la clasificación de seis actividades por orden de importancia para el logro de los objetivos de salud.**

Los datos generales y por área de adscripción de esta pregunta (28) se presentan en la tabla 5. A nivel general, conforme a la moda, encontramos que por mayoría consideran de primer importancia que el psicólogo apoye en acciones médicas y, en el mismo lugar haga selección, reclutamiento y capacitación como hasta ahora lo ha hecho; en segundo lugar consideran de importancia que proporcione servicios de salud mental; en cuarto lugar, que colabore en el equipo de salud multidisciplinario; en quinto lugar, que haga investigación interdisciplinaria de la relación conducta-enfermedad y, finalmente, en último lugar, participe en los equipos normativos; no existiendo acuerdo general sobre la actividad que debe ocupar el tercer lugar. Estas apreciaciones varían poco y, de hecho, a través de la prueba de U. de Mann Whitney, no se encuentran diferencias significativas en las tres áreas de adscripción salvo en la clasificación de la pregunta 4 (colaboración del psicólogo en el equipo de salud) entre el centro de salud y el hospital; el centro de salud lo ubica en el tercer lugar de importancia y el hospital en cuarto lugar (véase Gráfica 10).

Debido a la escasa consistencia de la clasificación de estos reactivos, enfatizamos que deben verse con precaución y los exponemos sólo como tendencias que hay que confiabilizar y validar con mayor cantidad de población y especificando más los reactivos de clasificación.

El centro de salud ubica las acciones médicas y los servicios de salud mental como segundo orden de importancia (a ninguna otra da un orden prioritario), en tercer lugar considera a la selección y reclutamiento, así como su integración al equipo de salud multidisciplinario, en quinto lugar ubica su participación a nivel normativo y en sexto considera que debe hacer investigación de la relación conducta-enfermedad.

El hospital, por su parte, ubica en primer lugar de importancia la selección, reclutamiento y capacitación, en segundo los servicios de salud mental, en tercero actividades de apoyo a las acciones médicas, en cuarto la integración del psicólogo al equipo interdisciplinario, en quinto que investigue interdisciplinariamente la relación conducta-enfermedad y finalmente, su inclusión en el equipo normativo.

La población de oficinas normativas ubica en primer lugar, al igual que la moda general, que el psicólogo lleva a cabo acciones de apoyo al médico, en tercer lugar (no hay segundo) que opere servicios de salud mental, en cuarto lugar la selección capacitación y reclutamiento, en quinto lugar que se integre al equipo de salud e investigue la relación conducta-enfermedad y, concordando con la moda general y de hospitales, en sexto lugar que se integre al equipo normativo.

Podemos notar un predominio de la ubicación en los primeros lugares de importancia o prioridad a actividades tradicionales del psicólogo (apoyo acciones del médico, servicios de salud mental y selección y reclutamiento) y ubicando en el último lugar su integración en el equipo normativo e investigación de la relación conducta-enfermedad (lo que contrasta con las respuestas a las preguntas que ya describimos sus resultados).

#### **Resultados de la clasificación prioridad no-prioridad de cinco actividades de investigación psicológica.**

Los resultados de este reactivo (pregunta 29) de calificación dicotómica se presentan en la tabla 6. Debido a que los datos obtenido mostraron una distribución sesgada, no se aplicó una prueba paramétrica para establecer su consistencia por medio de la discriminación entre grupos. Para analizar su consistencia, entonces, se utilizó la prueba Phi que es una prueba basada en Chi cuadrada para medir el grado de asociación con otra variable, en este caso por área de adscripción de la población. Desgraciadamente, al igual que la pregunta 28, encontramos poca consistencia de los reactivos dicotómicos que componían la pregunta y solamente dos de ellos mostraron un nivel moderado de discriminación entre grupos los "subreactivos" c ( $\Phi = .20519$   $p < .02123$ ) y d ( $\Phi = .18727$   $p < .04041$ ), por lo que los resultados deben ser tomados con parsimonia y los presentamos aquí como tendencias de respuesta que deben ser investigadas afinando la pregunta e incrementando la población.

En general, el 88.6 por ciento de la población consideró que era prioritario que el psicólogo investigue los efectos de la conducta sobre el proceso salud-enfermedad (reactivo A), lo cual es consistente con la pregunta 14 (86.9 por ciento acordó lo mismo) que ya reportamos, el 11.5 por ciento consideró que era secundario esto para lograr objetivos de salud importantes. No hubo diferencias significativas en las tres áreas de adscripción: centro de salud (87.5 de acuerdo), hospital (92.6 por ciento de acuerdo) y oficinas normativas 86 por ciento de acuerdo).

El 86.9 por ciento de la muestra de la población encuestada consideró prioritario que se haga investigación de las conductas relacionadas a la prevención de la enfermedad y el ajuste a ella (reactivo B). No se encontraron diferencias significativas por área de adscripción para centros de salud (86.1 por ciento), hospitales (94.4 por ciento) y oficinas normativas 80.7 por ciento.

El 56.8 por ciento la población de la muestra encuestada consideró prioritario que se haga investigación de los factores poblacionales que influyen en el uso de los servicios de salud y el impacto de las acciones de salud, el 43.2 por ciento la consideró secundaria. Se encontraron diferencias significativas a través de Phi entre las tres áreas de adscripción ( $\Phi= .20519$   $p < .021$ ) ya que como podemos ver en la tabla 4 las oficinas normativas mostraron el menor porcentaje de personal que lo consideró prioritario (42.1 por ciento) y, seguido por el centro de salud (61.1 por ciento) y el hospital (66.7 por ciento).

El 47 por ciento del total de la muestra encuestada consideró prioritario que el psicólogo haga investigación y optimización organizacional del sistema de salud (reactivo D) y el 53 por ciento lo consideró secundario al logro de las metas de salud. Encontramos diferencias significativas entre las tres áreas de adscripción ( $\Phi= .18727$   $p < .04041$ ), ya que el 33.3 por ciento del personal de oficinas normativas consideró que era prioritario y el 66.7 secundario; le siguió el centro de salud con 51.4 por ciento que lo consideró prioritario y, después, los de hospital con un 55.6 por ciento considerándolo prioritario (véase tabla 4).

Finalmente el 76 por ciento de la muestra general consideró prioritario la selección, capacitación y desarrollo del personal de salud (reactivo E) y el 24 por ciento lo consideró secundario, no encontrándose diferencias significativas por área de adscripción: el centro de salud lo consideró 81.9 por ciento prioritario, el hospital el 70.4 por ciento del personal lo consideró prioritario y los de oficinas normativas el 73 por ciento lo consideró prioritario.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

La mayoría del personal encuestado siente que es necesaria la participación del psicólogo en el campo de la salud, o que se lleven a cabo actividades que involucran necesariamente aspectos psicológicos. No obstante, existen diferencias significativas en el grado de aceptación y rechazo con base en las variables que se analizaron: área de adscripción, hospitales, oficinas normativas, profesiones especialidades, estudios de posgrado, puesto y funciones. Variables como la edad, sexo, años de experiencia y si han colaborado con ellos psicólogos parecen no producir alguna diferencia significativa; se presentaron algunos casos en los que parece que esto sí ocurrió, pero la distribución anormal de tales datos no nos permitieron analizarlos de manera confiable para extraer algunas conclusiones. Como mencionamos inicialmente, la muestra poblacional en la que hicimos este estudio exploratorio no puede considerarse representativa, sin embargo los resultados que nos hemos encontrado se apegan a la lógica de los planteamientos iniciales de este capítulo.

Se pueden resaltar varias consideraciones de los resultados que pueden ser punto de partida para un análisis del campo y las implicaciones para la inscripción profesional del psicólogo.

Primeramente, encontramos un bajo nivel de aceptación a que el psicólogo lleve a cabo actividades que implican evaluar los servicios de salud, diseñar y desarrollar estrategias de garantía de calidad, reorganizar los servicios de salud; en fin, en que el psicólogo tome un rol participativo en la modificación de tales ambientes, o que participe

como parte de un equipo interdisciplinario que se ocupa de hacerlo. El mayor porcentaje de personal que se opone a esto, obviamente, corresponde a áreas que, entre sus funciones, tienen hacer tales actividades o al menos coordinarlas: oficinas normativas. En la misma situación se encuentran los hospitales, aunque en menor grado; esta situación es comprensible debido a que, dependiendo de su nivel complejidad (número de camas, especialidades, etcétera), ellas disponen de personal o instancias departamentales que monitorean su comportamiento productivo y proponen los cambios que consideran necesarios, así su estructura organizacional les permite, al menos en el papel, llevar tal actividad. En este sentido, que el psicólogo haga ese tipo de actividades o se integre a los equipos profesionales que lo hacen implica una intromisión en sus mecanismos de autorregulación que les hace sentir que se invade su ámbito profesional. Igualmente ocurre con actividades que implican la instrumentación de sistemas motivacionales y de retroalimentación del desempeño, los hospitales y oficinas normativas muestran menor porcentaje de acuerdo que los centros de salud, y los que poseen jefatura y subdirecciones se oponen más que los operativos y coordinadores. En esta situación parece que es posible una disparidad en cuanto a la percepción de necesidades entre operativos y mandos medios, ya que los primeros pueden considerar que es necesario un mejor sistema motivacional y los mandos medios consideran que éste es suficiente dentro de las restricciones presupuestarias impuestas, lo cual debe tomarse en cuenta si el psicólogo interviene en esta, ya que podría ser benéfico que lo haga sólo como consultor y evaluador y no como instrumentador; con lo cual se evitarían fuentes de conflicto potencial.

Los centros de salud parecen aceptar más que el psicólogo elabore e instrumente sistemas motivacionales, pero tal vez se deba a que la mayoría del personal encuestado es operativo (enfermeras, promotores y médicos generales), influyendo que los salarios son bajos y, además, posiblemente los que hacen funciones de coordinadores encuentran dificultad para motivar al personal. De esta manera, el psicólogo podría orientar su trabajo más como consultor para generar, junto con los encargados y personal representante, sistemas motivacionales y de retroalimentación del desempeño dentro de las limitaciones presupuestales, los lineamientos operativos y las normas sindicales, así como diseñar los sistemas de evaluación pertinentes.

Enfatizando, el personal de oficinas normativas son los que muestran un menor porcentaje de aceptación de que el psicólogo intervenga en actividades como evaluación de servicios, del impacto de actividades preventivas y de promoción, la instrumentación de programas de garantía de la calidad y la reorganización de los servicios conforme a las necesidades de atención de la población (como lo propone Ribes (1989a) y a través de la Psicología Clínica de la Salud (Belar, Deardorff y Kelly, 1987), seguido de los hospitales. Estos resultados ponen sobre la mesa, primeramente, las limitaciones que el psicólogo tendrá para aplicar algunas actividades tendientes a organizar el ambiente hospitalario para, por ejemplo, aliviar el estrés de la enfermedad o adaptarlo para alcanzar mayor eficacia de las acciones de salud. En este nivel es importante trabajar en hacer las propuestas pertinentes y fundamentarlas para que el personal encargado las impulse. Por otro lado, se hace necesario definir claramente la dimensión psicológica del proceso de evaluación de servicios de salud e impulsar propuestas prácticas y metodológicas que apoyen a los responsables de tales programas. Habría que considerar que las limitaciones para la participación del psicólogo en tales actividades no es privativo para este profesional. De hecho, la evaluación de servicios de salud en México es algo muy reciente y aún se carece de una cultura de la evaluación de servicios o de su reorganización; ha habido muchas experiencias en este campo con éxitos pero de duración

muy corta, como en el Instituto Nacional de Perinatología (Ruelas y cols. 1990); el campo de la salud se caracteriza por ser aún poco permeable a nuevas ideas y de evoluciones lentas.

Estos datos son también congruentes con los hallazgos de Arnett y Leichner (1982) cuando presentaron a varios residentes de psiquiatría actividades del psicólogo para ver su aceptación y rechazo. Ellos encontraron que la mayoría de los psiquiatras mantenían la idea de que el psicólogo no debería mantener roles administrativos en el departamento de psiquiatría; sobre todo lo mantenían aquellos que sostenían una creencia fuerte en el modelo médico. Los resultados del presente estudio sostiene datos similares y podríamos plantear la hipótesis a investigar de que los organizadores del sistema de salud sostienen una creencia más fuerte en el modelo biomédico que aquellos de centros de salud, seguido de personal de hospitales. No obstante, también podríamos considerar que el rechazo a que el psicólogo se integre en actividades administrativas y que significan regulación de la profesión médica (recordemos que la mayoría clasificó la integración del psicólogo al equipo normativo en último lugar) representa una amenaza a sus estatus como profesión independiente ya que se invaden, aparentemente, espacios de autorregulación profesional (Mishler, 1981) y la visión estereotipada que se tiene sobre el psicólogo genera escepticismo acerca de la importancia de su colaboración. En esta situación, tampoco debemos olvidar que el psicólogo es percibido como un profesional de apoyo y dependiente del criterio médico (Arnett y Lechner 1982). De esta manera, en el futuro no se percibe que el psicólogo pueda incorporarse de manera más activa y relevante a actividades que implican administración, evaluación y reorganización de los servicios de salud, aún estando integrado al equipo normativo interdisciplinario; lo cual requiere que se generen estrategias de penetración y afianzarlos con convenios interinstitucionales. Sin embargo, esto no quiere decir que no pueda llevar a cabo tales actividades con equipos dirigidos por personal médico y se recomienda que lo haga inicialmente en hospitales integrando recomendaciones prácticas, dado que allí es en donde se encuentra mayor receptividad y al lado del personal operativo y coordinador; asimismo integrar los resultados para que a través del personal médico se instrumenten, dado que se considera que son los legítimamente pueden llevar a cabo dicha actividad. Entonces, el psicólogo aquí puede integrarse como asesor, consultor y diseñador de estrategias de evaluación e instrumentación de garantía de calidad.

Otra actividad que presenta limitaciones al psicólogo es el entrenamiento del personal de salud y más específicamente los médicos en habilidades y conocimientos que pueden mejorar su práctica. A mayor nivel de especialización del personal médico, encontramos menor aceptación a que el psicólogo entre en el manejo del paciente para incrementar la adherencia terapéutica. Esto es comprensible en la medida en que la enseñanza de habilidades de consulta clínica y de asesoría de la psicología son similares a las habilidades que deben tener los médicos que hacen clínica, con lo cual se sienten amenazados en su estatus profesional y sienten que cuestionan su capacidad (Furnham, Pendleton y Manicom, 1981). No obstante, estos aspectos de capacitación y asesoramiento en el manejo del paciente son mejores recibidos en hospitales, dado el tipo de problemas que atienden y que les preocupan más, como es el manejo del paciente crónico-degenerativo de tipo terminal, asimismo están más receptivos a aprender habilidades que mejoren su capacidad de respuesta profesional que en centros de salud. En estos resultados parece que las demandas de los ambientes laborales juega un papel importante; el trabajo dentro de centros de salud parece más estereotipado y repetitivo, con lo cual aprender nuevas habilidades que mejoren la calidad de sus ejecución parece

no ser importante (recordemos que el énfasis está en la cantidad de pacientes atendidos y no en la calidad), en cambio en hospitales la convivencia cotidiana con los pacientes impone retos a superar en cuanto a su manejo y de ahí un mayor interés por aprender. De esta manera, a diferencia de lo que se pudiera pensar, parece ser que el trabajo de capacitación y desarrollo de personal en los hospitales es mejor aceptado que en centros de salud o percibido como necesario por personal de oficinas normativas. El personal operativo y de apoyo se manifiesta más abierto que el médico para que el psicólogo le transfiera sus habilidades.

Por otro lado, existe un escepticismo de personal con estudios de salud pública y administración de hospitales acerca de las aportaciones del psicólogo en cuanto a la capacitación de personal, lo cual debe orientar dicha estrategia de trabajo a través de los departamentos de enseñanza e investigación y tal vez capacitar a otros médicos como mediadores para difundir los conocimientos y habilidades; es importante mencionar que aquellos encuestados que ejercían funciones de docencia e investigación son más críticos acerca de la efectividad del psicólogo en la atención de pacientes en unidades hospitalarias y centros de salud.

Al contrario de lo que se podría esperar, los hospitales, más que los centros de salud, están de acuerdo en que el personal de comunidad sea capacitado con técnicas psicológicas para instrumentar programas sustantivos de salud y que el psicólogo lleve a cabo estrategias de penetración comunitaria; los médicos manifiestan mayor interés en que sea así y menor interés mostró el personal de salud comunitario. Esto puede ser debido a que los hospitales atienden aquellos casos que, con una buena estrategia de prevención, no debieron llegar a ese nivel y, por otro lado, el personal de salud que lleva a cabo actividades comunitarias sienten que cuestionan su trabajo o invaden su área de actividad, con lo cual tienden a rechazar. En este aspecto, sugerimos que se trabaje concretamente con actividades que el mismo personal de centros de salud y comunidad reportan como problema; es decir, que ellos definan los problemas y las habilidades que requieren para solucionarlo. Debemos recordar que el personal de enfermería y promotor manifiesta poca aceptación a que se lleven a cabo actividades de detección y tratamiento de enfermedades mentales, ya que conciben su actividad sólo en relación a los problemas de salud biológica y los de conducta son de otro ámbito (el dualismo mente-cuerpo está aún vigente); además, para ellos implicaría más trabajo, el cual no les es remunerado.

No obstante, los operativos y coordinadores de centros de salud acuerdan más fuertemente en que debe haber en ellos servicios de psicología para atender problemas familiares, asesoría, atención de crisis y terapia breve; no así lo aceptan los jefes y subdirectores. Encontramos un rechazo a la terapia tradicional de largo plazo (psicoanálisis principalmente) en hospitales y centros de salud ya que la consideran lenta e inefectiva a las necesidades de atención médica. Tal vez, el menor acuerdo de que exista servicios de psicología clínica en centros de salud por parte de jefes y subdirectores se debe a que ellos son médicos y perciben que es una actividad similar a la del clínico y compite con ella, por lo tanto generando conflicto.

Existe una menor aceptación de personal de centros de salud a integrar los servicios de psicología con los biomédicos. Es decir, se acepta que debe haber servicios de psicología, pero cada servicio debe funcionar aparte, sin interrelacionarse, lo cual se manifiesta también en el rechazo a que se integre al psicólogo a la discusión de expe-

dientes médicos en centros de salud, y se acepta más que esto ocurra en hospitales. Creemos que esto se debe a la propia dinámica de los centros de salud que haría más complicado la revisión de casos u obligaría a hacerlo, ya que no se hace en esa área.

De igual manera, parece existir un rechazo, por parte de médicos de centros de salud, a que el psicólogo intervenga interdisciplinariamente en la determinación de nuevas estrategias de diagnóstico e intervención en patologías biológicas, pero aceptan que el psicólogo lleve a cabo la detección de patógenos conductuales, lo cual es de mayor interés de personal con puesto de coordinador.

Una área promisorias de trabajo del psicólogo en el campo de la salud es el entrenamiento de los pacientes en comportamientos funcionales para su atención, sin embargo éste debe dirigirse más hacia aquellos que serán sujetos a procedimientos de intervención que lleva a cabo el personal de apoyo (enfermera) y de laboratorio (toma de muestras, punciones y otros) en hospitales ya que los médicos lo consideran menos importante.

En los hospitales el psicólogo puede encontrar un campo de acción interesante para investigar los efectos psicológicos sobre la enfermedad y el tratamiento, pero están más interesados en ello los operativos y coordinadores de servicios que los médicos, no obstante se recomienda que se tome en cuenta la severidad y extensión de los problemas para priorizar su investigación.

También, los hospitales aceptan en mayor grado que el psicólogo puede fungir como epidemiólogo y que esto no es privativo del médico, sin embargo consideran que sólo es privativo del médico la modificación organizacional de los servicios de salud. Parece que la lógica que subyace a esto es que siempre la modificación de los servicios se tiene que hacer sobre criterios técnico-científicos, aunque no siempre es así (Mishler, 1981) y los centros de salud se manifiestan más de acuerdo en que el psicólogo pueda intervenir modificando la organización de sus servicios; no obstante, es posible que esto represente para ellos una opción a un cambio de algo que se percibe agobiante y poco efectivo a las demandas que enfrentan, pero constituye una oportunidad de actividad del psicólogo.

Los hospitales acuerdan más en que se modifique los factores estresantes del mismo, acordando más los médicos y los que hacen administración lo rechazan; obviamente que corresponde a su ámbito de acción que tienen que cuidar y de ahí su rechazo.

Así, en general, las contribuciones del psicólogo pueden ser aceptadas diferencialmente conforme a las necesidades de las áreas de adscripción que se encuestaron. No obstante, existe una tendencia a rechazar la intervención del psicólogo en la reorganización práctica de los servicios de salud y su evaluación, aunque se perciba que dichas actividades son necesarias no se acepta del todo que el psicólogo las lleve a cabo. Esto es lógico ya que, como establecimos en un principio, son áreas de regulación profesional médico y lo perciben como su área de acción; no obstante, se percibe, a través de los resultados, la posibilidad de colaborar con ellos de manera cada vez más creciente en cuanto se pueda demostrar que se comparte preocupaciones similares y se conocen los parámetros relevantes de su actividad.

Contrario a lo que se podría esperar, la aceptación del psicólogo en hospitales es más grande que en centros de salud, lo cual puede generar dificultades para integrar ambos servicios y trabajar conjuntamente a nivel comunitario. De esta manera sugerimos proveer servicios paralelos que apoyen el conocimiento del trabajo del médico en centros de salud hasta irlos integrando paulatinamente a través de programas de trabajo con programas de salud específicos (por ejemplo, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas y otras).

Habría que buscar la manera de cambiar o romper los estereotipos en que estamos ubicados los psicólogos, se nos sigue considerando básicamente como trabajadores de la salud mental que apoyan al médico y psiquiatra. Estos estereotipos son aún más fuertes en centros de salud y oficinas normativas que en hospitales, lo cual indica que en un futuro cercano es difícil que se contrate psicólogos para llevar a cabo las estrategias que planteamos inicialmente; aunque se reconoce un interés por las contribuciones de la psicología al campo de la salud. En los hospitales existe un mayor interés por integrar al psicólogo al equipo de salud, tal vez porque en ese nivel ya está integrado, aunque sea marginalmente. Pero todas las áreas de adscripción coinciden en que el último punto de importancia es su integración al equipo de regulación normativa; no obstante creemos que es importante investigar cómo se le percibe en áreas eminentemente preventivas y de promoción de la salud.

Finalmente, con respecto a las prioridades de investigación, las tres áreas de adscripción encuestadas acuerdan más enfáticamente que es importante que el psicólogo investigue la influencia de la conducta sobre el proceso de enfermedad (relacionado con los resultados de la atención), seguida de la investigación de conductas de prevención y del ajuste del individuo a la enfermedad. Aunque consideran que es importante que se investigue más sobre selección capacitación y desarrollo de personal, área de acción tradicional del psicólogo, se considera que esto no debe ser parte de la investigación para optimizar la organización del sistema de salud y los servicios, siendo similar el acuerdo en las tres áreas; aunque, congruentemente con lo anteriormente analizado, el área de hospital es la que mayoritariamente acepta esto.

En conclusión, la inscripción del psicólogo es muy incierta aún dentro del sistema de salud aunque se conozcan las contribuciones de la psicología en el campo de la salud. Las áreas de más difícil inclusión para el psicólogo son aquellas que implican la organización y administración de servicios de salud, las más promisorias son aquellas de la comunidad en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, pero como área aparte de los servicios de salud médicos, con lo cual podemos decir que será difícil lograr que se integre un equipo de salud interdisciplinario como se planteó en anteriormente. Asimismo, enfatizo, es importante generar estrategias que rompan con los estereotipos que nos identifican a los psicólogos como aplicadores de pruebas, psicólogos clínicos especialistas y seleccionadores y capacitadores sin relación con criterios dentro de la medicina. Aunque se acepta en centros de salud que el psicólogo lleve a cabo actividades de psicología clínica, éstas deben ser de terapia breve y de crisis, asimismo con el sentido que el da la psicología clínica de la salud y la medicina conductual para vincularse con los objetivos de salud general; aunque a nivel normativo consideran que esto es poco efectivo y no importante. En este último aspecto, parece ser que los servicios que la universidad puede otorgar en ese sentido, la modificación de las actitudes del personal de salud a través de la información de lo que es capaz de hacer el psicólogo y con el trabajo con grupos en la comunidad posiblemente ayudarán a romper con los es-

tereotipos que limitan las contribuciones del psicólogo en el campo; siempre y cuando se esté formando psicólogos capacitados para ello, lo cual veremos a través del análisis de varios currículums de universidades que contribuyen de manera importante en la formación de psicólogos en el país.

## **LA FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS PARA EL CAMPO DE LA SALUD EN NUEVE CURRÍCULUMS DE PSICOLOGÍA.**

En la sección presente no pretendemos hacer un análisis sistemático y exhaustivo de los contenidos de ocho currículums de psicología para determinar en qué medida se están formando psicólogos para el campo de la salud. Pretendemos revisar brevemente si poseen contenidos y experiencias de formación pertinentes que provean precurrentes a los formados para facilitar su inscripción profesional en el campo de la salud conforme a las propuestas planteadas; lo anterior, conforme a lo revisado en el capítulo tres y a las consideraciones del apartado anterior de éste capítulo.

En la presente sección revisamos diez currículums de la carrera de psicología de varias escuelas, del Distrito Federal fueron: Facultad de psicología de la U.N.A.M, la Escuela Nacional de Estudios profesionales Iztacala, Universidad Iberoamericana, la Facultad de Estudios Profesionales Zaragoza, la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa y Xochimilco. Del Estado de México se revisó el de la Universidad del Estado de México, Del Estado de Puebla y la Universidad de Cuemavaca.

Creemos que aquellos programas que se acercan más eficientemente a la formación de psicólogos para el campo de la salud deben enfatizar, como ya lo establecimos, el ejercicio profesional interdisciplinario y desprofesionalizado, preocupándose por adaptar metodologías y conocimientos de la psicología al conocimiento e intervención en el proceso salud enfermedad, a su investigación, y deben enfatizar la integración metodológica y conceptual en el campo práctico de la salud. Así, deben centrarse en la enseñanza práctica y crítica de metodologías y su fundamentación conceptual y la información sólo debe ser un sistema de apoyo. De esta manera, deben enseñar las metodologías de investigación de campo, las habilidades tecnológicas y evaluativas de los fenómenos y eventos del campo de la salud, intentando mantener congruencia conceptual y metodológica. Se debe enfatizar la práctica del conocimiento de manera interdisciplinaria con diferentes profesionales de la salud y, por lo tanto, en tal campo.

Algunos conocimientos y habilidades que parecen ser necesarios son los siguientes:

1. Aproximaciones al proceso salud-enfermedad desde la psicología de la salud, a medicina conductual y la psicología clínica de la salud.
2. Elaboración de instrumentos de evaluación y detección en individuos, grupos y la comunidad.
3. Diseños experimentales y de investigación social.
4. Manejo y terapia de grupos

5. Terapia breve y de crisis
6. Asesoría y consultoría organizacional
7. Epidemiología.
8. Modelos de atención de la salud pública.
9. Psicofisiología y neuroanatomía
- 10 Factores psicosociales asociados a la salud y la enfermedad.

De vital importancia es la experiencia práctica dentro del campo de la atención a la salud biológica y el trabajo orientado a ella y no sólo a la "salud mental", por lo que ésta debe figurar formalmente en el programa.

#### FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA U.N.A.M.

Iniciaremos con el curriculum de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. El curriculum de la carrera de psicología en la facultad se caracteriza por ser de tipo enciclopédico y verbalista, la práctica ocupa un lugar muy reducido del tiempo y no existe una planeación consistente de ellas y son relegadas a un plano secundario (Girón Urbina y Jurado, 1989). Los contenidos temáticos son elegidos por el coordinador de la materia, al margen de un análisis de las necesidades sociales, por lo que no se contempla la satisfacción de las necesidades de salud de la población. En el tronco básico se enseñan algunas materias funcionales al trabajo en el campo de la salud como es la psicofisiología (anatomía y fisiología del sistema nervioso, neurofisiología y psicología fisiológica), sin embargo se pierde su relación con las áreas prácticas. El curriculum carece de declaración explícita del perfil del psicólogo que se desea formar y se carecen de objetivos terminales, lo cual dificulta establecer qué tanto contribuye a la formación de psicólogos al campo de la salud, sino es a partir de sus contenidos.

En los contenidos encontramos en el tronco común que se ofrece conocimientos útiles como son: bases biológicas de la conducta, anatomía y fisiología del sistema nervioso, neurofisiología, estadística inferencial, psicología fisiológica y psicología social. No obstante, como área vinculada a la salud sólo encontramos la de psicofisiología, lo cual representa una parte sumamente fragmentada de las múltiples actividades del psicólogo en el campo de la salud como ya hemos visto. No se enseñan los aspectos relacionados con los modelos que delimitan el ámbito de lo psicológico, ni aspectos relacionados con la organización de los servicios de la salud. Carece de coherencia externa en cuanto a definir las necesidades sociales y, por lo tanto las de salud, además de que se enfatiza el modelo de atención clínico expectante, con poco énfasis en la prevención. No existen objetivos de las asignaturas, o son generales y ambiguos, con lo cual no se puede evaluar su pertinencia a la satisfacción de las necesidades al campo de la salud.

Según Carlos, Castañeda, Díaz-Barriga, Figueroa y Muria (1989), el programa se caracteriza por ser de formación enciclopédica, con repetición de contenidos pero no vinculados a diferentes áreas y una desvinculación teoría-práctica que planteábamos que era necesaria en para formar psicólogos para el campo de la salud.

En general, el currículum de la facultad de psicología de la UNAM carece de articulación con los problemas de salud del país, se enseñan algunas materias básicas relacionadas con la biología humana pero que no se vinculan a ninguna práctica concreta en el campo de la salud; al menos no existe referencia de alguna subespecialidad o teoría que enfatice la formación del psicólogo en ambientes de salud. Es de tipo informativo y no formativo, obsoleto y no se dirige a la solución de problemas de nuestra sociedad, entonces mucho menos a la formación de psicólogos para el campo de la salud.

Carlos (1989) establece que las funciones principales para las que forman a psicólogos en la Facultad de Psicología de UNAM son el diagnóstico psicométrico, el reclutamiento y selección de personal y la conducción de entrevistas; haciendo del psicólogo, por lo tanto un profesional subempleado. No obstante, conforme al análisis de los datos derivados de nuestro estudio exploratorio, tales funciones sólo tenderían a reforzar los estereotipos que el personal del sector salud tiene sobre el psicólogo: apoyo a las acciones médicas, selección y reclutamiento y atención clínica. De igual manera, se da poca atención a aquellas habilidades de trabajo en la comunidad, la dinámica de grupos y conocimientos de salud, enfermedad y niveles de prevención. Concluyendo, el currículum de la Facultad de Psicología es obsoleto para la formación de psicólogos para el campo de la salud.

#### **CARRERA DE PSICOLOGÍA DE LA ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA-UNAM.**

Con respecto al currículum de la carrera de psicología de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala de la UNAM, éste se diseñó con base en objetivos conductuales y su orientación, al menos en el papel, es conductual. Este currículum especifica funciones profesionales como repertorios generales a desarrollar en la comunidad escolar. En cuanto a su estructura parece cumplir con el criterio de enfatizar los contenidos metodológicos y prácticos, considerando la información sólo como parte de apoyo a la práctica; la información es funcional a la práctica y es congruente con el modelo que planteamos en el capítulo tres de este trabajo. Las situaciones de entrenamiento prescriben las conductas que deben aprenderse. Se enfatiza la evaluación y supervisión individualizada y la secuencia de aprendizaje conforme a su complejidad.

Los elementos curriculares formales subrayan dos aspectos esenciales: primero, la formulación de las actividades profesionales específicas que debe desempeñar el psicólogo en la sociedad, considerando los problemas prácticos que debe resolver; y segundo los programas de entrenamiento particulares deben desarrollar las habilidades y conductas que sean representativas de las actividades profesionales terminales. Considera, así, contenidos conceptual y metodológicamente homogéneos, el núcleo del currículum se diseña en términos de actividades y situaciones específicas. Aparentemente, este currículum debería permitir la integración de las condiciones de enseñanza no en términos de información o contenidos, sino de situaciones definitorias de conjuntos homogéneos de actividades y tareas de enseñanza-aprendizaje (Ribes, 1989b), organizados por módulos constituidos por situaciones de enseñanza con actividades genéricas peculiares en cada módulo. Los módulos definidos son: el módulo teórico (en donde se adquiere repertorios verbales), el módulo experimental (en donde se adquiere repertorios metodológicos) y el módulo aplicado (aquí se adquieren repertorios tecnológicos y de solución de problemas). Se pretende integrar así los contenidos y tareas de enseñanza con base en la situación de aprendizaje.

Aparentemente, este programa posee ventajas que el de la Facultad no tiene. En el papel se presenta como una opción congruente metodológica y epistemológicamente, independientemente de la validez de tal postura, evitando el eclecticismo, tal como lo planteamos en nuestra propuesta. Enfatiza la metodología experimental de investigación, la cual es importante para el trabajo en el campo de la salud y posee un tecnología aplicable que predomina en las contribuciones de la psicología a la salud (García, 1986; Holtzman y cols. 1988). También, este currículum permite integrar el entrenamiento teórico y metodológico con el adiestramiento técnico con las distintas áreas aplicadas de la psicología.

Los objetivos curriculares del plan iztacala prescriben repertorios genéricos que aparentemente permiten la inscripción profesional del psicólogo en cualquier área práctica ya que incluyen: el análisis de las variables empíricas que afectan la conducta, la definición de problemas y el diseño de programas, la selección de técnicas adecuadas y la elaboración de nuevas técnicas basadas en la investigación experimental, la evaluación de resultados y procedimientos y su seguimiento en situaciones naturales, el entrenamiento de profesionales y paraprofesionales en la comunidad y el conocimiento acerca de los aspectos jurídicos y sociales de la actividad profesional. El currículum considera importante procurar situaciones de enseñanza para adiestrar a los estudiantes en estos repertorios que abarcan simultáneamente parte de las áreas problema prioritarias definidas en la matriz profesional.

Así, la enseñanza en los cuatro primeros semestres abarca los principios básicos, conceptos teóricos, los métodos cuantitativos, habilidades de laboratorio y la transferencia de estas destrezas a escenarios naturales. Para una mayor detalle del currículum, remitimos al lector a "El diseño curricular en la enseñanza superior desde una perspectiva conductual: historia de un caso (Ribes, 1980). Aquí basta señalar que a partir del quinto semestre se diseñan prácticas que constituyen situaciones tipo de aplicación de los conocimientos y destrezas previamente aprendidas que se llevan a cabo en cuatro tipos de centro: a) centros de educación especial y rehabilitación; b) centros de educación y desarrollo (guarderías y escuelas públicas); c) centro de atención clínica (Clínica Universitaria de la Salud Integral) y; d) la comunidad.

A pesar de que dicho currículum idealmente plantea un modelo similar al que delineamos en el capítulo tres, y de hecho se hizo, en parte, con base en él, no creemos que forme a psicólogos para el campo de la salud conforme a los planteamientos que hicimos y los resultados de nuestro estudio. Primeramente, existe una desvinculación entre la teoría y la práctica que ha endurecido una tendencia hacia el pragmatismo, propiciado también por los problemas de la relación entre disciplina como ciencia y como profesión que ya analizamos. No obstante, no existen experiencias de formación en el campo de la salud que enfrenten al estudiante a condiciones similares a las del sector salud. La práctica clínica en la Clínica Universitaria de la Salud Integral es de tipo tradicional, enfatizando el modelo de ejercicio liberal y expectante de la demanda. Se carece de programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud biológica y "mental"; existe una total desvinculación de actividades y comunicación entre los servicios médicos y los de psicología, con lo cual se pierde un espacio de formación. De igual manera, en la asignatura existe una falta casi total de tratamiento de los temas de salud, de las teorías y de los ámbitos de acción.

En la comunidad, se carece de programas de prevención y de trabajo comunitario orientado a la promoción de la salud y la movilización de los grupos. Se tiende al trabajo en escuelas, industrias y delegaciones reproduciendo el trabajo de prácticas correspondientes a otras materias (educación y desarrollo, rehabilitación, psicología clínica y otras); incluso, algunas prácticas comunitarias en centros de salud son informales, inconsistentes, dependientes de los contactos que algunos profesores logran establecer, y se limitan al ejercicio de la psicología clínica individualizada en la mayoría de los casos y careciéndose de una formación teórico-metodológica conforme a las contribuciones de la psicología en el campo.

## **CARRERA DE PSICOLOGÍA DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA.**

El plan de estudios de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Profesionales Zaragoza, por su parte, plantea como metas la integración del servicio, la investigación y la docencia. Así, también, pertinente a la formación de psicólogos para el campo de la salud es su propuesta de promover la interdisciplinariedad y orientarse preferentemente hacia el servicio comunitario. Considera que es importante que el egresado desarrolle las funciones profesionales de detección, análisis, intervención e investigación en los sectores de Educación Salud, Producción y Consumo, Ecología y Vivienda y Organización Social.

Pretenden formar egresados conforme al perfil profesional del psicólogo propuesto por el Consejo Nacional Para la Enseñanza e Investigación en Psicología en 1978.

Al analizar sus temas básicos de estudio encontramos aspectos importantes de aplicación para el campo de la salud como son el análisis y diseño a nivel individual, grupal y comunitario y como temas de apoyo se encuentran "Disciplinas Médico-Biológicas" para propiciar el contacto de la disciplina con otras afines y se imparten simultáneamente con los temas básicos. Este aspecto nos parece interesante en la medida en que no se encuentra en los otros dos currículums analizados.

Por ejemplo, con los temas básicos de análisis, diseño e intervención se tratan temas como neuropatología y bases biológicas de la conducta. No obstante, aún se manifiesta una orientación a integrar temas relacionados pero que no permiten la delimitación de la dimensión psicológica, ni una base amplia de participación del psicólogo conforme a la contribuciones ya reseñadas.

Las secuencias de aprendizaje son también con base en módulos, muy similar a los de Iztacala, sin embargo enfatizan la práctica de tipo comunitario en donde se aplican habilidades de análisis, diseño, evaluación e intervención a nivel individual, grupal y comunitario. Esto nos parece relevante, si es que se cumple en el currículum vivido, ya que parece que se forma a psicólogos para llevar a cabo actividades comunitarias para detección y prevención de enfermedades pues también enfatizan la investigación y colaboración interdisciplinaria. Las áreas principales que componen el modelo curricular son: área educativa, social, clínica y metodológica-experimental. El séptimo semestre enfatiza el comportamiento de grupos y se apoyan con técnicas estadísticas para el análisis de datos. El área social se encarga de evaluar los proyectos de intervención a nivel comunitario, con el apoyo de las áreas metodológicas, educativa y clínica. Lo cual nos parece

interesante ya que se puede pensar en que la formación de psicólogos para el área de la salud todas las demás áreas asesoren y apoyen a la encargada de formar a los psicólogos según el ámbito de acción.

Sólo se señala en este curriculum que en las prácticas de servicios comunitarios se implementarán los proyectos de intervención en cualquier sector, incluido la salud, pero no se especifica los ámbitos, funciones y actividades; quedando, tal vez, como en el caso de Iztacala y la Facultad, sin planeación formal.

Algunos temas atinentes a la inscripción funcional del psicólogo al campo de la salud son: Morfología y fisiología del sistema nervioso -teoría y práctica- (no se señala cómo y dónde), bases biológicas de la conducta (teoría y práctica), análisis y diseño individual, grupal y comunitario, estadística, intervención individual, grupal y comunitario y neuropatología. Sin embargo, no se hace referencia a ninguna teoría en relación al campo de la salud, ni a prácticas formales. No obstante, al hacer la visita a tal campus encontramos que en la clínica de salud integral funciona un departamento de "Psicología de la Salud" en donde los alumnos hacen su práctica durante un año y ahí pueden desarrollar su tesis. Tal departamento está apoyado por los médicos de la clínica en cuanto a la formación de los alumnos, dando clases y asesoría conforme a los problemas que atienden e investigan. Asimismo, llevan a cabo prácticas en los hospitales del perímetro de la escuela y establecen convenios formales con ellos. Se enfocan a problemas principalmente como migraña, hipertensión, insomnio, obesidad y al asesoramiento en adherencia en los hospitales, su enfoque principal es la medicina conductual, no obstante el nombre del departamento.

Cabe mencionar que de todas las escuelas de psicología visitadas, ésta era la única que poseía un departamento a nivel pregrado reconocida por la escuela como "Psicología de la Salud" y con carácter formal a nivel institucional. No obstante, creemos que su esfuerzo podría ser completado por acciones a nivel comunitario ya que pensamos que posee la estructura curricular flexible para hacer esto posible conforme al modelo de formación que planteamos anteriormente y la forma en cómo ellos instrumentan su práctica permiten que otras áreas y disciplinas apoyen y asesoren.

## **CARRERA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-UNIDAD XOCHIMILCO.**

En este plan de estudios, se menciona que se busca la formación de un profesional con alta capacidad crítica e instrumental para la prevención, el diagnóstico, la intervención e investigación de problemas psicosociales de nuestra realidad nacional.

Se enfatiza la visión interdisciplinaria de los problemas y las relaciones de la actividad científica con la sociedad. Se enfatiza, también, una formación con perspectiva social con temas como: conocimiento y sociedad; historia y sociedad. Posteriormente, en el tronco básico profesional, se pretende que el estudiante incorpore los elementos teóricos y metodológicos fundamentales que definen a la psicología como práctica científica.

Para nuestro tema de interés en el presente trabajo, la formación de psicólogos para el campo de la salud, encontramos temas orgánicos al mismo como: experiencias y técnica grupales, desarrollo psicosocial y socialización. Temas como "análisis institucio-

nal en una institución de salud mental", "comunicación y psicología". Intervención psicosocial: grupal institucional y comunitaria (abarca 3 trimestres).

En este currículum existe una ausencia total de referencia a la salud general, centrándose en la "mental" y las instituciones de tratamiento de la misma. Se carece de información biomédica para involucrar y delimitar a partir de ella la dimensión psicológica en el proceso salud-enfermedad. No obstante, aparentemente se les dota a los estudiantes de herramientas conceptuales para analizar críticamente la realidad social y los determinantes socioculturales, lo cual puede ser de utilidad para analizar críticamente el proceso salud-enfermedad y los determinantes de la organización de los servicios de salud. Asimismo, las habilidades para el manejo de grupos (principalmente el grupo operativo) y de la comunidad que se les enseña parecen pertinentes a las estrategias que planteamos, sin embargo al carecer de formación en metodología del cambio de la conducta, con una orientación más hacia el psicoanálisis puede limitar su contribución en el ámbito institucional, no así en el comunitario.

### **CARRERA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-UNIDAD IZTAPALAPA.**

Esta licenciatura enfatiza la formación en psicología social, integrando la psicología general y la sociología para el desarrollo de una psicología social en México. Considera la formación de profesionales críticos que lleven a cabo actividades de diagnóstico, planeación, implementación y evaluación de programas de desarrollo social. Además destaca la formación interdisciplinaria con otros profesionales sociales.

A diferencia de la unidad Xochimilco, en esta unidad se plantea que el estudiante tenga formación en psicología general y ven temas como antecedentes biológicos del comportamiento y distintas corrientes teóricas como la conductista, gestaltista, humanista, del campo, culturalista, materialismo histórico e interacción simbólica. Se incluyen materias básicas de la psicología social como: formación y cambio de actitudes, socialización, comunicación social, teoría y técnica de la entrevista. Se dan diseños de investigación y elaboración de instrumentos.

Es interesante, conforme a nuestro modelo, que este programa considera en la última etapa que el alumno haga sus prácticas en los lugares de acuerdo a sus intereses ya sea haciendo investigación, trabajo en grupos y docencia. Tales trabajos de campo se hacen fuera de la Universidad.

Este programa, como el de la Unidad Xochimilco, tienen una orientación psicoanalítica, sin embargo se les da también técnicas de investigación que se fundamentan en las ciencias sociales. Algo interesante, dada la conformación de las teorías de la psicología de la salud, es que se les ofrece el tema de aprendizaje social que, aunque incluye temas no correctamente clasificados aquí (condicionamiento, por ejemplo), trata aspectos como imitación, sugestión, conformidad y desviación, autocontrol y disonancia cognitiva; aunque no se especifica el nivel de manejo. También temas de importancia para el trabajo comunitario como es comunicación social, grupos y su conducción y formación de actitudes. Temas que dan conocimientos y habilidades para el campo comunitario y de la salud pública que no enfatizan los otros currículums hasta aquí revisados.

No se señala práctica alguna en el campo de la salud biológica, ni temas concretos, con lo cual creemos que, para que este profesional sea funcional al campo de la salud, debe haber una práctica orientada al campo de la salud en comunidad y el tratamiento de problemas de salud. Sin embargo, se señala que se hace práctica en comunidades para su desarrollo utilizando técnicas de cambio de actitudes, programas de desarrollo o dinámicas de grupo participando en un plan coordinado con otras instituciones. Creemos que es importante investigar el tipo de práctica y su relación con el campo de la salud ya que nos parece interesante su posible contribución a la promoción de la salud.

### **CARRERA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA.**

En el plan de estudios de la carrera de psicología de esta Universidad se ofrece un programa "flexible", según se establece, con programas de entrenamiento "acordes con la realidad nacional". Investiga en áreas relacionadas con la psicología clínica y el cambio en la persona, aunque también investiga en la Psicología Educativa y Comunitaria.

El plan de estudios, señala, atiende fundamentalmente a la prevención y curación de la salud mental. Considera que se debe poner énfasis en la prevención de la salud psicológica y la promoción de la salud de la misma y hace hincapié en la preservación del entorno y el aprovechamiento racional de los recursos del país.

El perfil que propone es de un profesional con calidad y compromiso social, con un conocimiento global de la disciplina. Establece que el profesional manejará las principales técnicas de evaluación, planeación e intervención en los diferentes campos de la psicología aplicada. Sabrá relacionar los aspectos fisiológicos con los psicológicos y sociales del comportamiento. Tendrá rigor científico y lo aplicará a los ámbitos familiar, educativo, clínico, laboral, comunitario y social. Tendrá actitud interdisciplinaria y de diálogo.

De los temas del plan relacionados con la psicología en el campo de la salud, podemos señalar: bases biológicas del comportamiento, metodología, psicología social, psicología de la comunidad (elaboración de programas de autoayuda), diseños de investigación, teoría y práctica del proceso grupal, psicología ambiental, neuroanatomía y neurofisiología, psicología del cambio social, evaluación de programas, salud mental comunitaria, psicobiología, comportamiento organizacional, planificación ambiental.

No obstante de los diversos temas relacionados con las contribuciones de la psicología al campo de la salud, encontramos que no existe una definición, al igual que todos los programas hasta aquí reseñados, de la práctica en el campo de la salud, por lo que se pierde su vinculación y hace casi nula la formación en esa área. Cuando entrevistamos a José Gómez del Campo, jefe del departamento de psicología, nos comentó que algunos profesores llevaban a cabo prácticas en hospitales. Tenían un programa con niños quemados, pero sin un programa formal o descrito; como desgraciadamente ocurre con todos los programas de prácticas de todas las escuelas.

### **CARRERA DE PSICOLOGÍA DE LA BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA.**

En esta escuela la carrera se diversifica en tres licenciaturas terminales: 1) Psicología clínica; 2) educativa y; 3) social y del trabajo. El plan curricular se divide en un ciclo básico que abarca desde el primero hasta el cuarto semestre y las carreras terminales del quinto al noveno semestre. En la licenciatura terminal en Psicología Clínica se espera que el alumno adquiera un dominio teórico-práctico semiespecializado en los modelos terapéutico-conductistas, sistémicos, humanistas y psicoanalíticos con el fin de desarrollar estrategias de prevención y solución en ámbitos específicos donde se presenta la demanda: en el sector salud (público y privado) de los medios rural y urbano. Sin embargo, aquí sólo se hace referencia a la salud mental y, aunque se hacen prácticas en centros de salud del ISSSTE (según un Jefe de Sección entrevistado), el modelo dominante es la psicología clínica individualizada.

En relación a la psicología social, se busca que el alumno se forme en el manejo de grupos para el desarrollo e integración del hombre a la sociedad y no sólo su adaptación a ella.

Dentro del "mapa curricular" los temas funcionales a la inscripción del psicólogo al campo de la salud encontramos para nuestra sorpresa el tema de "Psicología y Salud" que se da en el segundo semestre. Asimismo se da técnicas y métodos de investigación, psicobiología, métodos de investigación en ciencias sociales, introducción a los grupos. En la carrera terminal de psicología clínica encontramos un énfasis en la formación tradicional, individualizada y expectante de la demanda, no existe algún tema con la salud general, ni el campo de la salud.

Tal vez, la carrera que pudiera integrarse más al campo de la salud es la de psicología social y del trabajo ya que trata temas como: análisis psicosocial de las organizaciones, estrategias grupales directivas, comunicación persuasiva, diagnóstico organizacional, estrategias grupales, procesos comunitarios, estrategias de intervención comunitaria y cambio organizacional, entre otras.

## **CARRERA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS.**

En esta Universidad, la carrera de psicología ha establecido como perfil del egresado que éste estará en condiciones de:

Diseñar instrumentos de investigación y medición adecuados a las diferentes áreas de la psicología.

Organizar, planear y programar el desarrollo de las actividades de las áreas de aplicación de la psicología.

Elaborar e implantar la metodología adecuada para la prevención y solución de problemas psicológicos.

Diagnosticar y pronosticar problemas psicopatológicos, de aprendizaje, cognoscitivos, comunitarios y laborales. Evaluar los procesos y procedimientos implementados en la solución de problemas en el campo de la psicología a fin de proponer nuevas alternativas teórico-metodológicas.

Se menciona que el campo de trabajo clínico son instituciones públicas de salud mental y general, pero atendiendo al fenómeno mental solamente. Es decir, para ellos existe una separación entre los problemas psicológicos y biológicos. El psicólogo puede

trabajar en instituciones de salud generales, pero su área de incidencia es lo psicológico. En áreas de selección y reclutamiento y en instituciones dedicadas a la investigación de fenómenos sociales.

Algunos temas que encontramos relacionados con su aplicación en el campo de la salud general son: metodología de la ciencia, anatomofisiología del sistema nervioso central, diseño de instrumentos de investigación y medición, neuropatología correlativa, psicobiología, sistemas pedagógicos contemporáneos, comunicación, psicología en las organizaciones y modelos de investigación comunitaria.

Al igual que en los anteriores programas, no se señala el campo de la salud general como un campo de aplicación de la psicología, ni si se hacen prácticas en alguno de estos campos. La Psic. Beatriz Ramírez Velázquez, que amablemente nos proporcionó el programa, así como algunos temarios generales, señaló que se llevaban a cabo actividades comunitarias, pero estas eran relacionadas con la salud "mental" y no biológica.

## **CARRERA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO.**

En un documento extenso que conforma la "currícula" de la licenciatura en psicología, se señala (punto 6.2) que el nuevo curriculum debe proporcionarle las herramientas al psicólogo para estudiar los problemas que enfrenta la sociedad e intervenir activamente con el fin de aportar elementos para sus solución. Su campos de intervención prioritarios son los siguientes: 1) Salud; 2) Educación; 3) producción y consumo; 4) ecología; 5) Comunicación; 6) Organización social y; 7) Investigación y desarrollo de la psicología.

Dentro de estos campos, el psicólogo debe cumplir su función profesional como experto en problemas de comportamiento y conducta humana, con el objeto de detectar, evaluar, planear, investigar e intervenir en dichos problemas. En particular deber ser una intervención efectiva y precisa que dé respuesta a la prevención, orientación y rehabilitación psicológica, de acuerdo con la responsabilidad ética y social de la profesión.

De igual manera que otros curriculums, plantea que el trabajo del psicólogo necesariamente requiere trabajar a nivel inter y multidisciplinario, pero no dice como se formarán tales habilidades. Se propone una formación pluralista y que se utilice la teoría que más se adapte a las características del problema, cayendo en el eclecticismo al señalar que una sola teoría o corriente difícilmente puede considerarse como la más adecuada para todo.

En el perfil profesional del psicólogo se consideran los siete campos de intervención ya reseñados, cinco tareas y once niveles de intervención y poblaciones. Sin embargo, el campo que nos interesa es el de salud y en él se señalan siete necesidades y problemas: a) salud e higiene mental; b) alcoholismo; c) drogadicción; d) trastornos sexuales; e) problemas familiares; f) disfunción cerebral y g) trastornos de la personalidad. Existe así una delimitación de la salud a lo que tradicionalmente se conoce como salud "mental" y sobre tales problemas se hace detección, evaluación, planeación de acciones para intervenir, investigación e intervención. En la intervención se señala que esta es tomar medidas y desarrollar actividades de prevención, orientación y rehabilitación de

problemas de conducta relacionados con la salud; obviamente con la salud "mental", no biológica. Se señala que se interviene en individuos, grupos, instituciones y familias.

La técnicas y/o procedimientos que se utilizan son los siguientes:

- a) prevención y diagnóstico:
  - campañas informativas
  - intervención comunitaria
  - sensibilización
- b) Orientación:
  - programas familiares
  - programas escolares
  - programas de recreación y deporte
  - programas de participación ciudadana
  - organización.
- c) Rehabilitación:
  - consejo psicológico (individual y grupal)
  - terapias
  - modificación de conducta
  - manejo y dinámica de grupos.

Otro campo de intervención que delimitan y relacionado con la salud es el ecología. Se identifican los siguientes problemas:

- contaminación y equilibrio del medio ambiente.
- impacto de la degradación ecológica en el individuo
- propaganda y concientización de la sociedad
- planeación y fomento de programas de prevención de deterioro ambiental.
- estrés
- hacinamiento
- vivienda y construcción
- evaluación conductual de situaciones de emergencia ambiental.

Aquí las actividades que contemplan son:

Intervenir en el medio físico y social del individuo y su interrelación con la conducta.

- Detección: determinar los problemas psicológicos ocasionados por el deterioro ambiental.
- Evaluación: apreciación sistemática de las condiciones ecológicas y sus repercusiones psicológicas para individuos y grupos.
- Planeación: elaborar planes y programas de concientización y de mejoramiento de espacios ambientales.
- Investigación: indagar las formas y mecanismos mediante los cuales el medio ambiente interactúa con el comportamiento humano.
- Intervención: emprender acciones de prevención, orientación y rehabilitación dirigidas a la búsqueda de un mayor equilibrio entre el hombre y el medio ambiente.

De igual manera, son de importancia aspectos del campo de la comunicación como los medios de comunicación y su repercusión en la conducta, comunicación organizacional, opinión, la investigación aplicada e investigación prospectiva.

Dentro de su "mapa" curricular encontramos las siguientes asignaturas que se relacionan con el área de la salud: diseño experimental, metodología de la investigación, tecnología educativa, taller de desarrollo de las organizaciones, estadística, proceso de atención individual y grupal clínica, taller de intervención psicosocial, psicofisiología, psicofarmacología, base sociales de la conducta, comunicación, psicología ambiental y ecológica, proceso grupal, taller de elaboración de programas, psicología colectiva y política y taller de técnicas en psicología laboral.

Los contenidos de este plan curricular nos parece, en términos de contenidos, hasta ahora los que mayor relación tienen con la formación de psicólogos para el campo de la salud. También, nos parece correcto que la evaluación se haga sobre habilidades y no el conocimiento verbalista, aunque no se vincula el conocimiento a situaciones prácticas; lo cual, desgraciadamente constituye el punto débil de éste programa. Aunque se proyecta hacer convenios con organizaciones para llevar a cabo las prácticas profesionales, no se especifican cuáles y, finalmente se pierde la oportunidad de la vinculación teoría-práctica en el campo de la salud general, con lo cual no vemos objeto de las materias relacionadas con lo biológico y neurofisiológico, así como la ecología.

De los programas permanentes que reporta el Centro de Investigación y Servicios Psicológicos Integrales, sólo uno se puede decir que está relacionado con aspectos de salud general: manejo e interpretación del E.E.G.

Con base en tales programas podemos adelantar algunas conclusiones que, creemos, deben ser profundizadas en otros trabajos.

### **Conclusiones sobre los currículums formadores de psicólogos.**

- La formación de los egresados es, generalmente, en todos los currículums de tipo verbalista y enciclopédico, con poco énfasis en la práctica.
- Pocos programas parten de un análisis de los problemas sociales a los cuales tiene que responder el profesional formado.
- Cuando se señala al campo de la salud general como una área de acción del psicólogo, ésta se refiere a la salud "mental" y no biológica; todos consideran de antemano que lo psicológico constituye un problema por sí sólo y al margen de un contexto, cuando menos. Por lo tanto, no se hace una definición de los problemas de tal área y las habilidades y conocimientos que requiere el psicólogo para incidir en ella. Así, entonces llevando a carecer de campos de prácticas que permitan, cuando menos, utilizar la información proporcionada en temas como bases biológicas de la conducta, neuroanatomía, psicofisiología y otras.
- No se enfatizan aproximaciones teóricas al campo de la salud biológica y en general, sólo a la mental (por ejemplo, la UAM Iztapala), con lo cual no hay manera de integrar congruentemente los conocimientos y habilidades con la teoría; lo cual, entonces, refuerza el pragmatismo del campo, además de no orientar tales conocimientos a la solución de problemas.
- La formación de psicólogos en el área clínica se hace con base en el modelo de atención tradicional, curativo y liberal, con lo cual tiende a reproducir el estereotipo en el cual

se percibe al psicólogo en el sector salud; aquellos que forman psicólogos para la comunidad no consideran los problemas de salud biológica.

- En algunas escuelas (ENEP Iztacala, por ejemplo) se desperdician los ambientes de prácticas de la salud, o en otros los programas son limitados (FES-Zaragoza) y no existen ambientes naturales formalmente establecidos para la práctica; lo cual es, en parte, preferible mientras no se formen psicólogos que rompan con prácticas en general obsoletas.

- No se plantea la prevención de la enfermedad biológica como un área de acción del psicólogo, sólo la mental en algunas escuelas que enfatizan el trabajo comunitario (UAM Xochimilco e Iztapalapa).

-Todas las escuelas y facultades enfatizan el trabajo interdisciplinario, pero sólo una lo concibe abiertamente como otorgar conocimiento de otras disciplinas para facilitar la interacción del egresado con otros profesionales (FES-Zaragoza); otros ni siquiera lo señalan.

-Sólo dos universidades señalan una estructura flexible que realmente utilizan integrando la asesoría de varias áreas de la psicología para apoyar y dirigir la práctica (UAM-Iztapalapa y la FES-Zaragoza), tal vez éstas tendrían mayor posibilidad estructural de su currículum para integrar estrategias de formación que presentamos en el capítulo tres de este trabajo.

-Todas las escuelas, en sus contenidos temáticos y metodológicos tienden al eclecticismo y aún Iztacala, cuyo plan ya no está vigente en la práctica, lo hace en todas sus áreas.

-Cualquier escuela que realmente desee formar a psicólogos para el campo de la salud general (no sólo "mental") necesita formular manifiestamente al campo de la salud como un campo de acción del psicólogo, lo cual, dado el desarrollo conceptual del campo y la demanda social, no tardará mucho en ocurrir.

- La única Universidad que manifiesta en su plan curricular la definición de las áreas del psicólogo y considera un área relacionada a la salud es la Universidad Autónoma del Estado de México.

-En todos los programas revisados encontramos contenidos temáticos que ofrecen habilidades y conocimientos funcionales a los estudiantes para integrarse al campo de la salud, pero no ofrecen una experiencia para la aplicación de tales conocimientos; experiencia formal y permanente. Creemos que esto es necesario y debe emanar de un convenio entre la Universidad y las instituciones de salud y no de condiciones poco estructuradas y sin programas de acción formativa que oriente la práctica del psicólogo en el campo de la salud hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, además de romper con los estereotipos que nos identifican en el psicología clínica; esto sólo se logrará a través de reconocer y definir el campo de la salud general como campo de acción del psicólogo y delimitar de mejor manera las aproximaciones teórico-metodológicas que les son características y la legalidad de los eventos que les corresponde. Tal vez, con esto, podemos entender porque muchas escuelas no lo han hecho. Aún, cuando nos entrevistamos con los directores o coordinadores de las carreras de todas las

universidades que aquí reseñamos preguntamos acerca de sus prácticas en el campo de la salud, todos, sin excepción, se ubicaron en la "mental", nunca en la biológica.

-Aún las prácticas que se llevan en ambientes de atención a la salud biológica, en muchas escuelas (Iberoamericana, Puebla, Cuemavaca, Estado de México, por ejemplo) están estructuradas de tal manera que manifiestan una separación; no se meten con las acciones de atención médica por lo general, ni conocen o profundizan sobre teorías del proceso salud-enfermedad desde el punto de vista de la psicología, sea a nivel institucional o comunitario.

-Es necesario que desde las escuelas se termine con el mito de la "enfermedad mental" para ampliar la perspectiva y formación del psicólogo en el campo de la atención a la salud biológica. Al respecto, Ribes (1989a) ya ha hecho planteamientos concretos en esta dirección y en relación al problema de la práctica del psicólogo en el campo de la salud al estar vigente tal mito.

-En muchas escuelas, como pudimos apreciar, se proporcionan conocimientos y habilidades apropiadas para inscribir al egresado en alguna área del sistema de salud y llevando a cabo muchas de las estrategias que planteamos, pero no es suficiente cuando carecen de prácticas que les permita adentrarse en el campo y conceptualizar las necesidades en las que puedan incidir delimitando correctamente su objeto epistémico y no restringirlo a la salud "mental".

-No se plantean aspectos legales, éticos y laborales del campo de la salud, ni aspectos de evaluación de la salud, que son importantes para integrar al psicólogo con el equipo de salud. También faltan temas como estadística orientada a la investigación en salud.

- Se carece de temas, también, como bases psicológicas y sociales de la salud; algunos de estos temas se mencionan en la Universidad Autónoma del Estado de México, pero son con referencia a la salud "mental".

En suma, no se está formando a egresados para el campo de la salud, la formación es enciclopédica como mencionó Rodríguez (1984), se proporcionan conocimientos apropiados al campo de la salud, pero carecen de una articulación conceptual que les dé un sentido para la atención del proceso salud-enfermedad y la organización de los servicios de salud, además que se integran como bloques conceptuales y metodológicos que tienden más al eclecticismo que a la pluralidad. No se vincula la teoría con las opciones tecnológicas y su aplicación al campo de la salud, con lo cual quedan muchos de esos conocimientos como mera información.

## CONCLUSIONES GENERALES.

Las conclusiones que podemos plantear aquí ya las hemos ido haciendo en el transcurso de los cuatro capítulos que componen este trabajo, así que solamente señalaremos los puntos que nos parecen que es necesario enfatizar:

- El periodo de transición epidemiológica que caracteriza a nuestro país como resultado de la internacionalización del modelo de producción neoliberal que modifica nuestra formación socioeconómica, por lo tanto nuestros patrones de comportamiento ligado a la salud y la enfermedad y los riesgos de salud a los cuales nos exponemos requieren un cambio en la forma en cómo socialmente nos organizamos para afrontar el proceso salud-enfermedad; ese cambio, por lo tanto, debe enfatizar un modelo de prevención de la enfermedad y promoción de la salud que, conjuntamente con el modelo biomédico, atiendan las necesidades de salud reales de la población.

-El modelo biomédico, hasta ahora, e independientemente de sus valiosas contribuciones al cuidado y mejoramiento de la salud, se ha manifestado insuficiente para solucionar los problemas viejos y emergentes de enfermedad agravados por las condiciones de pobreza y baja educación de la población, sin que aún una mayor cantidad de servicios pueda revertir tal situación. Existe un incremento de enfermedades que pueden ser prevenibles al modificar comportamientos y hábitos de vida, por ejemplo.

-Se plantea como una alternativa de solución la instrumentación de la Estrategia del Programa de Atención Primaria a la Salud y la modificación de los servicios médicos con un enfoque preventivo del riesgo y la promoción de la salud de individuos, familias, grupos, comunidades y poblaciones (Soberón y cols. 1988). Se enfatiza la integración de métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables para llevar a cabo una atención programada y anticipatoria ante el riesgo; rompiendo con el modelo tradicional que actúa ante la presencia de daños en una forma expectante y sujeta a la demanda y promoviendo la participación de la comunidad.

-La psicología en el campo de la salud ha desarrollado, con mayor énfasis desde 1970, varias estrategias, metodologías y conocimientos orientadas a la prevención de la enfermedad, la promoción de los hábitos de salud, la participación comunitaria, el conocimiento de los factores psicológicos relacionados con la salud y la enfermedad y aproximaciones teórico-metodológicas que coadyuven a mejorar los procesos de atención; todas ellas desarrolladas y clasificadas en aproximaciones denominadas "Psicología de la Salud", "Medicina Conductual" y "Psicología Clínica de la Salud".

-Entonces, la psicología puede aportar al logro de metas importantes de salud instrumentando estrategias en el ámbito de la prevención de la enfermedad y promoviendo la salud de los individuos, ayudando a mejorar el proceso de atención y la reorganización funcional de los servicios; aún dentro del modelo biomédico de atención vigente.

-Sin embargo, sin dejar de ser importante el desarrollo de la psicología como ciencia y disciplina en el campo de la salud, ésta debe desarrollar aún más sus aproximaciones al proceso salud-enfermedad y la atención, definiendo más claramente su objeto epistémico y valorando su metodologías y tecnologías dentro él, hasta lograr una integración de todas sus contribuciones de manera más congruente con una visión plural. Esto le permitirá aportar contribuciones importantes desde su concepción, sin depender de las

demandas del campo y formular la naturaleza de su práctica conforme a la naturaleza de la disciplina como conocimiento; a la vez que rompe con estereotipos que limitan su práctica profesional y su relevancia al proceso salud-enfermedad biológica.

- Para satisfacer la demanda del sector salud con profesionales que inscriban su práctica de manera relevante y orientada a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud con individuos y grupos de la comunidad, según las estrategias que planteamos, se necesita considerar la dualidad que existe entre ciencia y profesión en la psicología y generar programas de formación que enfatizen los modos de práctica y las dimensiones de lo psicológico conforme a la naturaleza de la disciplina (cuando menos partir de una definición de ella). Por lo tanto, consideramos que la formación del psicólogo debe enfatizar el trabajo interdisciplinario y multidisciplinario, las habilidades de investigación, la formación en aproximaciones y modelos que delimiten correctamente la dimensión de lo psicológico en la salud y la enfermedad y la selección crítica de técnicas y metodologías conforme a ellas; es necesario romper con el eclecticismo y pragmatismo que domina el campo.

-Además, la formación de psicólogos para el campo de la salud es imposible si no es dentro del mismo, bajo supervisión estrecha, con modelos adecuados de ejercicio, con conocimientos de la naturaleza y demandas del campo y suficiente práctica.

-No existe en México ningún programa que defina de manera abierta y clara al campo de la salud biológica como una área de acción profesional del psicólogo, ninguno provee experiencias pertinentes a la inscripción profesional del psicólogo sino es a través de modos de acción tradicional y expectante de la demanda o liberal (la psicología clínica), reproduciendo estereotipos que limitan su práctica; otros que enfatizan el trabajo comunitario pueden ser valiosos, pero carecen de una orientación, al igual que aquellos de la clínica, hacia la salud biológica o de aproximaciones clasificadas dentro de la psicología de la salud. No hay, entonces psicólogos para el campo de la salud a nivel pregrado y su formación será difícil si no se formalizan espacios interinstitucionales (Universidad-Secretaría de Salud) con programas y estrategias definidas, como las planteadas en el capítulo 3).

-Existe, en lo general, una tendencia a aceptar la participación del psicólogo en el campo de la salud biológica haciendo actividades más relevantes que las que ha hecho hasta ahora, sin embargo aún hay áreas en las que muchos profesionales, lógicamente, se sienten desplazados y muestran mayor reticencia; básicamente áreas de evaluación laboral-profesional, modificación de servicios de salud, capacitación a especialistas y otros.

-El área de hospitales, a diferencia de lo esperado por nosotros, muestra mayor aceptación de diversas actividades e integración del psicólogo a otras; por ejemplo, asesoría del paciente crónico, darles habilidades para autocontrol del estrés, generar estrategias de penetración comunitaria, la integración del psicólogo a discusión de casos clínicos. En los hospitales los más interesados en que el psicólogo trabaje con el paciente para que aprenda comportamientos funcionales a su tratamiento es el personal técnico y de apoyo, no así los médicos. Los centros de salud y oficinas normativas se muestran más reuentes a aceptar estas actividades. Así, creemos que los datos que analizamos, dentro de márgenes conservadores, nos permiten diseñar algunas estrategias y orientamos hacia algunas áreas prioritarias y hacia ciertos grupos de personal.

-El psicólogo, según los datos que obtuvimos, es aceptado en centros de salud en actividades de psicología clínica con terapia breve y de crisis, problemas familiares, pero no son bien vistas sus actividades de detección comunitaria y de entrenar a personal de la comunidad; no obstante que a los médicos les interese mucho esto. De esta forma, en centros de salud es importante generar algunas estrategias que permitan ir integrando paulatinamente, y conforme a programas muy concretos, al personal de salud.

-Existe oposición de todo personal directivo y de oficinas normativas a incluir al psicólogo en la evaluación de servicios de salud y garantía de la calidad de la atención; así, se sugiere parsimonia en tales ámbitos de acción.

-Se tiende a percibir al psicólogo como un profesional que principalmente debe apoyar las acciones médicas, debe dar consulta psicológica (independientemente y aparte del personal de salud) y hacer selección, reclutamiento y capacitación; indicando, entonces, que se percibe al psicólogo de manera tradicional y con estereotipos que es necesario buscar romper.

-El punto que atrajo menor interés de parte de la mayoría del personal es integrar al psicólogo al equipo normativo, aquel que supervisa, evalúa y recomienda modificaciones. Por lo tanto, se sugiere mayor investigación de este punto y cuidado en el desarrollo de programas de investigación o de integración con relación a este aspecto.

-Una prioridad en la que pueden centrarse las universidades e institutos de investigación es la investigación de los efectos de la conducta sobre la enfermedad y la salud, así como de aquellos factores que influyen en la prevención de la enfermedad y el ajuste a la misma en los individuos con enfermedad crónica.

-La mayoría de los encuestados plantearon que si el psicólogo desea integrarse de manera más relevante al Sector Salud debe conocer algunos aspectos de la regulación sanitaria, salud pública, propeuéutica médica, farmacología, indicadores de salud, el programa nacional de salud, anatomía, neuroanatomía y semiología.

-Otros encuestados cuestionaron la efectividad del psicólogo (sobre todo el clínico) debido a que tardaba mucho en lograr resultados y que el enfoque psicoanalítico no funcionaba en hospitales y centros de salud; enfatizando que el psicólogo debería tener una orientación práctica hacia los problemas y con menos especulación conceptual.

Es indudable que, para obtener datos con mayor confiabilidad acerca de la opinión del personal de salud y normativo, es importante ampliar la población para investigar, con un marco muestral válido y desglosar con mayor fineza algunas actividades que aquí se plantearon.

De esta manera, hasta ahora los datos obtenidos en relación a cómo el personal de salud percibe la inscripción profesional del psicólogo considerando todas las aportaciones de la disciplina al campo de la salud, nos permiten concluir actualmente que dicho sector no se presenta como un campo laboral y de desarrollo disciplinario asequible y fácil en donde pueda poner en práctica nuevos roles. En general, los resultados obtenidos en el estudio de este trabajo muestran que existen desacuerdos entre las principales adscripciones que componen el sector salud para que el psicólogo

inscriba su práctica profesional trascendiendo las prácticas tradicionales y subordinadas que hasta ahora ha llevado a cabo (psicodiagnóstico, terapia, selección, reclutamiento, capacitación, etcétera). Se observa que algunas actividades y contribuciones importantes para las instancias administrativas, no lo son para hospitales de segundo nivel y centros de salud, o viceversa. Asimismo, no existe un acuerdo unánime entre los diferentes profesionales de la salud que componen el equipo interdisciplinario de atención a la salud y de organización; cada grupo profesional tiende a aceptar al psicólogo sólo en actividades en las cuales perciben que éstas no interfieren con su ámbito de responsabilidad y/o auxilie, también, su actividad. El acuerdo más generalizado entre los profesionales y las adscripciones se centró en la percepción del psicólogo haciendo actividades "tradicionales".

Así, a pesar de que se encontraron algunas opciones de inscripción profesional más relevantes para el psicólogo en el sector salud, éstas aún no representan oportunidades para su desarrollo, considerando las contribuciones actuales de la psicología al campo de la salud y la dicotomía entre ciencia y profesión. Las opciones de actividad profesional más relevantes del psicólogo en cada lugar de adscripción investigada (oficinas normativas, hospitales de segundo nivel y centros de salud), representan, en su mayoría, nuevas formas de relación interprofesional subordinada del mismo a otros profesionales de la salud y no un verdadero trabajo interdisciplinario, tal como se planteó que es necesario dada la naturaleza de la disciplina psicológica. Esta situación, creemos, se puede constituir en un "nuevo" díque que puede impedir la integración de la psicología como disciplina científica y disciplina profesional, reproduciéndose en el terreno de la práctica la existente dicotomía.

Conforme a lo anterior, es necesario encontrar alternativas y nuevos ámbitos de actividad en donde el psicólogo ocupe un papel relevante como profesional de la salud. Esto, necesariamente, requiere replantear el concepto de sistema de salud actual, dejando de considerar que éste es un conjunto de estructuras interrelacionadas con objetivos y dinámica propia poco permeable a la influencia externa, además de difundir más las contribuciones de la psicología para el cuidado y mejoramiento de la salud; lo cual debe enfatizar el dejar de considerar al médico como el eje del sistema de salud y actor principal. Lo anterior, lleva, también forzosamente, a redefinir el concepto de salud y enfermedad de tal manera que permita, realmente, asumir la problemática de salud-enfermedad como expresión de las condiciones de vida de diferentes grupos de la población y su articulación con los procesos sociales mediados por los psicológicos. En este sentido, la integración interdisciplinaria de diversos profesionales de las ciencias sociales y biomédicas es una condición necesaria, no sólo para instrumentar acciones del cuidado y mejoramiento de la salud más eficaces, sino también para replantear el proceso salud-enfermedad. Debemos considerar que la descripción y explicación de la situación de salud y enfermedad no son independientes de quién y desde cual posición se describe y explica. Hasta ahora el médico ha hecho predominar su pensamiento no sólo en función de su mayor capacidad explicativa en abstracto, sino de su mayor capacidad explicativa desde el punto de vista del poder que tienen para hacer predominar sus proyectos; aunque, como ya referimos, existen insuficiencias que no les ha permitido "demostrar" su superioridad en el plano tecnológico porque no se ha dado respuestas a los problemas de salud eficaces a todos los grupos sociales.

De esta manera, el psicólogo necesita trascender la actual forma en cómo se definen los problemas de salud que delimita el espacio de explicación de los mismos a lo

meramente biológico u otra forma de reduccionismo y que, también, lo subordinan o segregan.

Desde un punto de vista en el nivel psicológico, los problemas de salud y enfermedad se pueden considerar variaciones entre individuos o atributos individuales (de tiempo, espacio, o caracteres biológicos o psicológicos o sociales) de tal manera que las formas de organización, las acumulaciones de formas de interacción social y las conductas individuales son "estilos de vida" a modificar; así, también, como la exposición individual a factores o procesos de riesgo, que en su expresión organizativa constituyen los llamados "grupos de riesgo". Asumir los problemas de salud-enfermedad a este nivel es recoger la forma en cómo los procesos sociales, psicológicos y biológicos se articulan para producir las manifestaciones singulares (en individuos, familias y grupos) de tales problemas, y no tan solo asumir la expresión biológica individual de los procesos sociales.

Aunque lo anterior es una postura similar a la que asume la epidemiología, no sólo implica el control de daños y riesgos específicos de un problema de salud o grupo de ellos y por lo tanto la organización de servicios conforme a patologías específicas de tipo verticalistas y centralizadoras, ya que al asumir que la calidad de vida (condiciones objetivas de existencia) juega un papel importante, permite identificar acciones conforme a las particularidades de cada grupo social. Desde esta perspectiva se plantea recuperar las condiciones sociales que son responsables de la calidad de vida de cada grupo y los procesos que median entre ellos y lo biológico: los aspectos psicológicos, y no sólo las expresiones individuales de lo biológico y lo social en el proceso salud-enfermedad. El énfasis en las acciones de salud en grupos de riesgo necesita considerar los procesos de reproducción social de las condiciones objetivas de existencia (calidad de vida) de cada grupo y los principios que articulan los procesos sociales, psicológicos y biológicos. En este énfasis se pueden plantear cuatro niveles de reproducción de las condiciones de vida que están determinando el proceso salud-enfermedad de la población:

1. El nivel de la reproducción biológica en donde se destacan los procesos de gestación, crecimiento y desarrollo y su expresión en las capacidades genéticas y patrones de respuesta inmunológica;
2. el nivel de la reproducción de las relaciones entre los individuos y entre ellos y los grupos sociales en el ambiente natural (las condiciones de los sistemas ecológicos);
3. el nivel de reproducción de lo psicológico, considerando que éste media en las relaciones entre los individuos y entre ellos y la naturaleza y;
4. el nivel de la reproducción de las relaciones económicas de los grupos (trabajo, producción, distribución de bienes y servicios para satisfacer sus necesidades ).

Cada uno de estos niveles de reproducción son procesos que están regidos por principios y leyes que las disciplinas específicas se han encargado de desentrañar. Las diferentes disciplinas de la biología, la ecología, la psicología y económicas han aportado elementos conceptuales, metodológicos y técnicos para entender los hechos y modificarlos. Sin embargo, es importante señalar que el perfil de salud-enfermedad de un grupo social no es la sumatoria, más o menos, aleatoria de los procesos involucrados en cada nivel. Cada nivel involucra en su proceso al conjunto de los otros niveles y es al

mismo tiempo afectado por ellos. Entrando por cada nivel, nos encontramos con todos los niveles.

Las leyes y principios que rigen en particular en cada nivel de reproducción de las condiciones objetivas de existencia son específicas para él, pero se articulan diferencialmente conforme a las condiciones objetivas de existencia de cada grupo social.

Abordar los problemas de salud desde esta perspectiva permite identificar los procesos inmersos en cada nivel y sus múltiples articulaciones que producen el perfil de salud-enfermedad de cada grupo e identificar las acciones técnicamente factibles para modificarlas. Así, a nivel biológico se pueden identificar las reproducciones de las condiciones de vida que afectan la gestación, crecimiento, desarrollo, genética, inmunología, etcétera en cada grupo y modificarlas. A nivel ambiental, las condiciones naturales, la exposición a ciclos epidemiológicos de enfermedades, saneamiento ambiental, condiciones ambientales de trabajo, etcétera. A nivel psicológico, además de las ya reseñadas en el capítulo 1, la organización, participación, educación, movilización, etcétera. Y, a nivel de las relaciones económicas, el proceso de trabajo, participación en la distribución y en el consumo, el acceso a los servicios asistenciales, etcétera. De esta manera se buscaría identificar el tipo de hechos que es necesario producir para transformar las condiciones; o bien, el tipo de hechos que es necesario producir para que se impacte en el nivel general de la organización económica, política, cultural y los hechos que ellas producen, la forma de inserción del grupo social en cuestión.

El tipo de acciones de salud que se derivan de este abordaje particular tiende a organizarse en planes y programas de salud por grupos de población, abriendo mayores posibilidades a la descentralización y la participación de las organizaciones de la población. Permite, también, plantearse la posibilidad de definir un conjunto de indicadores sobre periodos más tempranos de los procesos que determinan el perfil de salud-enfermedad de los grupos.

Aunque el presente trabajo no pretende establecer el papel de otras disciplinas "no-médicas" en las alternativas para solucionar los problemas de salud, deseamos enfatizar que es necesario el concurso de otras ciencias sociales y económicas junto con la psicología para dar respuesta a tales problemas. Pero también, las anteriores consideraciones permiten establecer prioridades entre diferentes grupos de la población, y establecer la necesidad de articular el perfil de salud de los grupos de la población con los procesos económicos, políticos demográficos y las condiciones naturales del lugar para definir las características básicas de los servicios asistenciales.

A partir de las consideraciones anteriores creemos que el papel del psicólogo y las contribuciones de la disciplina al campo toman mayor relieve, un tanto diferente a la subordinación que implica sólo inscribir la práctica de este profesionista en la solución de los problemas de salud actuales dentro del marco del modelo asistencial hegemónico; asimismo, permitirá una mayor identificación y diferenciación del papel de los procesos psicológicos implicados en cada uno de los niveles, así generándose investigación y tecnología de cambio convergiendo disciplina y profesión.

Como parte de la perspectiva aquí planteada, surgen varias opciones para que el psicólogo lleve a cabo un ejercicio profesional con mayor independencia, así como para

el desarrollo de conocimientos y metodologías que, congruentemente, se deriven de ellos al campo de la salud con la finalidad de satisfacer las necesidades de la población.

Así, una alternativa interesante que se puede esbozar es la instrumentación de centros de atención interdisciplinaria que se oriente a la atención de diversos grupos de la población en cuanto a los cuatro niveles planteados (biológico, ambiente, psicológico y economía), conforme a la detección actual y prospectiva de riesgos y a la evaluación del impacto de programas de salud. Las diversas actividades que llevaría a cabo el psicólogo se pueden categorizar en: detección; evaluación; investigación; rehabilitación y prevención en relación a la salud.

De esta manera, en dichos centros, el psicólogo puede orientarse, conforme a la naturaleza del objeto de estudio de su disciplina a investigar los principios básicos psicológicos inmersos en los procesos de cada nivel que determinan el perfil salud-enfermedad de grupos poblacionales en una región y generar la metodología de cambio pertinente a sus características y necesidades. No se está aquí considerando que dichos centros sean unidades de servicio asistencial como los de primer nivel de atención, sino unidades de desarrollo social y comunitario que identifica los problemas y genera planes y programas de acción en salud para dar respuesta a las necesidades de los diferentes grupos; tales planes y programas pueden ser dirigidos a diferentes niveles: individual, familias, grupos (etarios, sexuales, educacionales, laborales, etcétera), organizaciones, ambientes, a nivel político para prevenir los riesgos de salud e incrementar el impacto de acciones de salud ya instrumentados por los servicios asistenciales actuales, etcétera.

Así, dichos centros, también, pueden funcionar como centros de desarrollo humano para la población, por ejemplo para personas de la tercera edad, adolescentes y niños, escuela para padres, manejo de pacientes con enfermedades crónicas, clínicas de muerte y orientación familiar en cuanto al manejo de tales aspectos; asimismo, como centros de promoción de hábitos de salud y prevención de diversas enfermedades, entre otros. Recordemos que dichos programas dependerán de las necesidades y características de la población; por ejemplo, la modificación de las creencias de salud que son nocivas a la lactancia, anticoncepción, cuidado pre y postnatal y farmacodependencia, etcétera.

Otro aspecto que consideramos importante es la investigación de condiciones de estrés a los que están sujetos diversos grupos poblacionales y la modificación de tales condiciones; la identificación de poblaciones susceptibles a problemas emocionales e intervenir para disminuir los riesgos. Dar entrenamiento a grupos de la población y de profesionales de la salud para dar asistencia en desastres provocados y naturales.

A nivel de organizaciones, el psicólogo en dichos centros puede, también, orientarse al desarrollo de programas de salud ocupacional, consultoría a industrias sobre riesgos de salud y programas de fomento de comportamientos que mantengan y mejoren la salud.

A nivel comunitario, comprendiendo las condiciones del ambiente, el psicólogo puede aportar sobre el carácter funcional que asumen los diferentes tipos de interacciones que producen efectos específicos sobre la salud y elaborar programas de cambio a nivel comunitario; la determinación de necesidades de servicios y salubridad, apoyo en la autogestión comunitaria, necesidades y recursos de la comunidad, búsqueda y capaci-

tación de asistentes y proveedores de salud nativos, la ayuda a líderes para establecer programas para mejorar la calidad de vida, la evaluación de la acción social, generación y orientación a grupos de apoyo. Para esto se debe apoyar en las organizaciones e instituciones comunitarias (organizaciones, escuelas, lugares de trabajo, etcétera). Además, llevar a cabo estudios interdisciplinarios acerca de cómo los actuales servicios asistenciales pueden responder mejor a la confluencia de las necesidades psicológicas y biológicas; sin dejar de considerar que el psicólogo puede ser proveedor de servicios de educación continua para el personal de salud conforme a las necesidades de la población.

Con esto, creemos que, sin dejar de considerar esta propuesta a nivel ideal que requiere una análisis costo-beneficio profundo, se lograría una mayor organicidad de la psicología al vincularse a las necesidades sociales y no a otras profesiones; asimismo, una mayor posibilidad de integrar la disciplina como ciencia y como profesión.

## BIBLIOGRAFIA.

- Acle, G. T. Perfil profesional del psicólogo y situación actual de la enseñanza de la psicología en México. En Urbina, J. (comp.), El psicólogo: formación ejercicio profesional y prospectiva. Edit. UNAM, México, 1989, pp. 121-130.
- Aguirre, H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas, Revista de Salud Pública de México, 1990, Vol. 32, 2, 170-180.
- Allen, H. M., Jr. Consumers and choice: cost containment strategies for health care provision. Health Psychology, 1984,3, 411-429.
- Altmaier,-E.,M. Research and practice roles for counseling psychologists in health care settings, Counseling Psychologist, 1991, Vol 19, (3), 342-364
- Amoros, V. "Acerca del Psicólogo Clínico". Revista Latinoamericana de Psicología, 1980, Vol.12, 2, 363-369
- Ander-Egg, E. Introducción a las técnicas de investigación social. Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1977.
- Amett, J. L., y Leichner, P. P. Attitudes of psychiatry residents toward psychology. Professional Psychology, 1982, Vol. 13, 2, 244-251.
- Banco de información y comunicación sobre la infancia. Periódico Excelsior, México, 6 de septiembre de 1990, p.4.
- Bayés, R. y Ribes, E. Un modelo de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. Papeles del psicólogo, 1989, (borrador en prensa).
- Belar, D. C., Deardorff, W. W., Kelly, E. K. The practice of clinical health psychology. Eds. Goldstein, P. A., Krasner, L. y Garfield, L. S., Ed. Pergamon Press. 1987, N.Y.
- Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Folleto descriptivo del Plan y mapa Curricular de la Licenciatura en Psicología, Puebla, 1993.
- Bloch, C. Los profesionales de salud: ampliando el campo de estudio. En Ciencias sociales y salud en América Latina: tendencias y perspectivas. Comp. Duarte, N. E., OPS-CIESU, Uruguay, Montevideo, 1986, 319-334.
- Bloom, L. Psychology and cardiology: collaboration in coronary treatment and prevention. Professional Psychology. 1979, agosto, 485-490.
- Brownell, K., Stunkard, A., y Albaum, J. Evaluation and modification of exercise patterns in the natural environment, American Journal of Psychiatry, 1980, 137, 1540-1545.

- Budman, H, S. y Wertlieb, D. Psychologists in health care settings: an introduction. *Professional Psychology*, August, 1979, 399-401.
- Burish, T, G. y Lyles, J, N. Effectiveness of relaxation training in reducing the aversiveness of chemotherapy in the treatment of cancer. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*, 1979,10, 357-361.
- Burkett, G., Parker-Harris, M., Kuhn, J., y Escovitz, G. A comparative study of physicians and nurses' conceptions of the rol of the nurse practitioner. *American Journal of Public Health*, 1978, Vol 68, 1090-112.
- Campero, L, C. Calidad de la atención pedagógica médico-paciente en consulta externa: el caso de Oaxaca, México, *Revista de Salud Pública de México*, 1990, Vol 32, 2, 192-204.
- Carlos, J, G. La Carrera de Psicología en la UNAM, 1940-1988, En Urbina, J. (comp.), *El psicólogo: formación ejercicio profesional y prospectiva*. Edit. UNAM, México, 1989, pp. 59-78.
- Carlos, J, G., Castañeda, M, Díaz-Barriga, F., Figueroa, M., y Muria, I., V. La problemática curricular en la facultad de psicología. En Urbina, J. (comp.), *El psicólogo: formación ejercicio profesional y prospectiva*. Edit. UNAM, México, 1989, pp. 187-196.
- Cohen, W. Health promotion in the workplace: a prescription for good health. *American Psychologist*, 1985, vol. 40, 2, 213-216.
- Cohen, F. y Lazarus R, S. Coping with the stresses of illness. En Stone, G., Cohen, F., y Adler, N., *Health Psychology: A Handbook*. Edit. Jossey-Bass Publishers, Sn. Francisco, 1979. (3a. ed.), Cap. 9, p.217-254.
- Coordinación de salud mental. Programa de Salud mental en el Distrito Federal. Secretaría de Salud. México, 1993-1994.
- Coplamar. Necesidades esenciales en México: situación actual y perspectivas en el año. 2000. Siglo XXI Editores S. A. 3a ed. México, 1985, pp 452.
- Cummings, N.A. The health model as entree to human service model in psychotherapy. *Clinical Psychologist*, 1975, 29, 19-21.
- Cummings, W, J. Psychologist in the medical-surgical setting:some reflections. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1992, Vol. 23, 2, 76-79.
- Degood, D., E. A behavioral pain-management program: expanding the psychologist's role in a medical setting. *Professional Psychology*, 1979, 491-502.
- DeLeon, P., Wedding, D., Wakefield, M., y VandenBos, G. Medicaid Policy: Psychology's overlooked agenda. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1992, Vol.23, 2, 96-107.

- Diario Oficial de México, 21-agosto-1987, Secretaria de Salud, México, pp. 29-31.
- Díaz-Barriga, F. A. La profesión, ¿un referente en la construcción curricular?. En: Cinco aproximaciones al estudio de las profesiones. Cuadernos del CESU. Ed. UNAM, 1990, pp. 55-87
- Dorken, H., Webb, T. J., y Zaro, S. J. Hospital Practice of psychology resurveyed: 1980. *Professional Psychology*. 1982, Vol. 13, 6, 814-829.
- Duarte, N. E. Las ciencias sociales en los planes de estudio de graduación y posgraduación. En Duarte, N. E. (comp) *Ciencias sociales y salud en América Latina: tendencias y perspectivas*. OPS-CIESU, Uruguay, Montevideo, 1986, 443-471.
- Duran, G. L., Becerra, J., Torrejón, M. El proceso de salud-enfermedad y su interrelación con el comportamiento humano. *Psicología y Salud*. Centro de Estudios Psicológicos de la Universidad Veracruzana, 1991, 3, 101-112.
- Duran, G. L., Frenk, J., y Becerra, J. La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria. *Revista de Salud Pública de México*, 1990, Vol. 32, 2, 181-190.
- Elder, J. P. Applications of behavior modification to health promotion in the developing world. *Social Science and Medicine*, 1987, 24, 335-349.
- Elstein, A. S. y Bordage, G. Psychology of clinical reasoning. En Stone, G., Cohen, F., y Adler, N., *Health Psychology: A Handbook*. Edit. Jossey-Bass Publishers, Sn. Francisco, 1979, Cap. 13, pp. 333-368.
- Enright, M., Resnick, R., DeLeon, P., Sciara, A., y Tanney, F. The practice of psychology in hospital settings. *American Psychology*, 1990(a), Vol. 45, 9, 1059-1065.
- Enright, M., Welch, B., Newman, R., y Perry, B. The hospital: psychology's challenge in the 1990s. *American Psychology*. 1990(b), Vol. 45, 9, 1057-1058.
- Epstein, L. H. y Ossip, J.D. Health Care Delivery: A behavioral perspective. En McNamara *Behavioral Approaches to Medicine*. Plenum Press, N.Y., 1979, cap. 2, pp. 9-32.
- Ewart, K. C. Social action theory for public health psychology. *American Psychologist*, 1991, Vol. 46, 9, 931-946.
- Flay, B. R. Mass media and smoking cessation: A critical review. *American Journal of Public Health*, 1987, 77, 153-160.
- Fox, B. H. Premorbid psychological factors as related to cancer incidence. *Journal of Behavioral Medicine*. 1978, 1, 45-134.
- Frenk, J. Patrones de empleo medico en la áreas urbanas de México. *Revista Psicología y Salud*. Universidad Veracruzana, 1988, 1, 31-35.

- Frenk, J. Syntesis: The health-care transition. Preparado para el seminario "Innovations in Health Systems: An International Perspective". Organizada por la Fundación Mexicana de Salud y la Academia Nacional de Medicina. México, Marzo 10-12, 1993.
- Friedman, H. S. y Booth-Kewley, s. The "disease-prone personality": A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 1987, 42, 539-555.
- Fuente, R. De La y Torres, J. "La investigación en el campo de la Psiquiatría en México". *Revista de Salud Mental*, 1983, Vol. 6, 3, 3-15
- Furham, A., Pendleton, D., y Manicom, Ch. The percepción of different occupations within the medical profesión. *Social Science and Medicine*. 1981, Vol. 15E, 289-300.
- García, L. A. Las contribuciones de la psicología social a la investigación en salud. En *Ciencias sociales y salud en América Latina: tendencias y perspectivas*. Comp. Duarte, N. E., OPS-CIESU, Uruguay, Montevideo, 1986, 197-231.
- Gentry, W. D. y Matarazzo, D. J. *Medical Psychology: Three Decades of Growth and Development*. En Prokop, K. C. y Bradley, A. (Eds) *Medical Psychology: Contributions to Behavioral Medicine*. Ed. Academic Press, 1981. N.Y. Cap. 2, 5-15.
- Girón, B., Urbina, J. y Jurado, I. Congruencia interna del currículum de licenciatura de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México: la opinión de los coordinadores de asignaturas. En Urbina, J. (comp.), *El psicólogo: formación ejercicio profesional y prospectiva*. Edit. UNAM, México, 1989, pp. 169-186.
- Gómez, V. M., C. Educación Superior, mercado de trabajo y práctica profesional. *Pensamiento Universitario*, No. 60, Centro de Estudios sobre la Universidad, UNAM, México, 1983, 3-51.
- Gomezjara, F., Avila, R. y Morales, M. *Salud Comunitaria: teoría y práctica*. Ed. Nueva Sociología, México, 1983.
- Grados, J. E. Las funciones del psicólogo del trabajo (Investigación curricular)., En Urbina, J. (comp.), *El psicólogo: formación ejercicio profesional y prospectiva*. Edit. UNAM, México, 1989, pp. 661-680.
- Haynes, S.N., Wilson, C. C., Jaffe, P. G., y Britton, B. T. Biofeedback treatment of atopic dermatitis. *Biofeedback and self-regulation*, 1979, 4, 195-209.
- Heller, K. y Swindle, R. W. Social networks, perceived social support and coping with stress. En Felner, R. y Jason, L. (eds.) *Preventive psychology: theory, research and practice in community intervention*. N.Y. Pergamon, 1983, 87-103.

- Holtzman, H, W, Evans, I, R, Kennedy, S, e Iscoe, I. Psicología y Salud: Contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 105, 3, 1988, 245-282.
- Howe, W, G., Tapp, T, J. y Jackson, M. Training family physicians in behavioral aspects of primary care: the psychologist's role. Professional Psychology, 13, 6, 806-813.
- Irigoyen, J. y Parada, G. "Consideraciones sobre una estrategia Preventiva en Psicología Clínica". Revista de Psicología y Salud. Universidad Veracruzana, 1988, No. 1, 42-77
- Janis, I. The role of social support in adherence to stressful decisions. American Psychologist, 1983, 38, 143-160.
- Kersell, W, M. y Milsum, H, J., A systems model of health behavior change. Behavioral Science, 1985, 30, 119-126.
- Khun, T, S. La estructura de las revoluciones científicas. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1971.
- Kirscht, J. y Rosentock, I. Patients' problems in following recommendations of health experts. En Health Psychology: A Handbook. Stone, G., Cohen, F. y Adler, N. (Eds.) Edit. Jossey-Bass Publishers, Sn. Francisco, 1979 (3a. ed.), Cap. 8, pp 189-216.
- Klein, N. The psychologist as admitting clinician: A single case example. American Psychologist. 1990, Vol. 45, 9, 1071-1073.
- Knapp, E. "Algunas cuestiones de la psicología Clínica" Revista Cubana de Psicología. Vol. 1, 1, 1983, pp.145-150
- Komfield, D, S. The hospital environment: Its impact on the patient. Advances in Psychosomatic Medicine, 1972, 8, 252-270.
- Latapí, P. Profesiones y sociedad: un marco teórico para su estudio. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos, México, 1982, Vol. XII, 4, 59-74.
- León, A. La esfera educativa en las instituciones de salud. En Jornadas de Enseñanza-Aprendizaje en el Área de la Salud. UNAM-ENEP Iztacala, 1982.
- Litwin, W., Kraft, W., y Boswell, D. Medical staff membership and clinica privileges: a survey of hospital-affiliated psychologists. Professional Psychology: Research and Practice, 1991. Vol. 22, 4, 322-327.
- López, D, A. La salud desigual en México. Ed. Siglo XXI. México, 1986, 6a. edición.
- Mann, P, A. Community Psychology: Concepts and Applications. Ed. The Free Press, N.Y. 1980, Caps. 4, 5 y 6. pp. 79-185.

- Martinez, J., Urbina, J. Análisis de los estudios sobre el perfil profesional y mercado de trabajo de los psicólogos. En Urbina, J. (comp). *El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva*. Edit. UNAM. México, 1989, 513-522.
- Mastria ,M. A., y Drabman, R.S., The development of behavioral competence in medical settings. En McNamara, R, J. *Behavioral Approaches to Medicine*, Plenum Press, N.Y., 1979, Cap 3, 33-64.
- Matarazzo, J, D. Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 1980, 35, 807-817.
- Matarazzo, J,, Lubin, B., y Nathan, R. "Psychologists' Membership on the Medical Staff of University Teaching Hospitals." *American Psychologist*, 1978, 33, 23-29.
- Matarazzo, J, D. Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 1982, 37, 1-14.
- Matarazzo, J. D. Behavioral Health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 1980, 35, 807-817.
- Matthews, K, A. Coronary heart disease and Type A behavior:Update on and alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) cuantitative review. *Psychological Bulletin*, 1988, 104, 373-380.
- Mayou, R., y Smith, E., Hospital doctors' management of psychological problems. *British Journal of Psychiatry*, 1986, 194-197.
- McGuire, J., y Borowy, T. Attitudes toward mental health professionals. *Professional Psychology*, 1979, 5, 74, 74-89.
- McNamara, R, J., Behavioral Psychology in Medicine: An introduction. En McNamara Behavioral Approaches to Medicine. Ed. Plenum Press N.Y., 1979, Cap I, pp.1-8.
- Melzack, R., y Wall, P,D. Pain mechanisms: a new theory. En Millon, T., *Medical Behavioral Science* . Ed. W.B. Saunders Company, Washington, 1975, Cap. 13, 153-164.
- Millan, P. "La psicología Mexicana una profesión en crisis". En revista de Educación Superior, 1982, No. 43, ANUIES, México, pp. 51-91.
- Miller, T., y Swartz, L. Clinical psychology in general hospital settings: Issues in interprofessional relationships. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 48-53.
- Millon, T. On the nature of clinical health psychology. En Millon, Green y Meagher *Handbook of clinical health psychology*, Ed. Plenum Press N.Y. 1982, Cap. 1, 1-29.
- Mishler, E, G. Viewpoint: critical perspectives on the biomedical model. En Mishler, E, Amarsingham, L, Osherson, S, Hauser, S Waxler, N, Liem, R. (Eds.) , *Social*

Contexts of Health, Illness, and Patient Care. Ed. Cambridge University Press. Cap. 4, pp. 19-103.

- Mitjans, A. Febles, M. "La función del psicólogo Social en Cuba". Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, 1983, Vol. 24,1, pp. 5-19.
- Moos, R, H. Context and coping: towards a unified conceptual framework of community. American Journal of Community Psychology, 1984, 12, 5-25.
- Moos, R. Social-Ecological perspectives on Health. En Stone, G. Cohen, F. y Adler, N. (Eds.), Health Psychology: A Handbook. Edit. Jossey-Bass Publishers, Sn. Francisco, 1979 (3a. ed.), Cap. 20, 523-548.
- Mouret, E. y Ribes, E. Panorámica de la Enseñanza de la Psicología en México. Enseñanza e investigación en Psicología. 1977, Vol. III, No. 2 (6), pp. 620.
- Muñoz, F.R., La prevención primaria de problemas psicológicos: una revisión de la literatura. En Gómez J.C, y Hernandez, J.V., (compiladores) , Antología de Psicología de la Comunidad . Ed. U. Iberoamericana, México, 1989, cap 5, p.68-105.
- Murrell, S, A, y Schulte, P. A procedure for systematic citizen input to community decision-making. American Journal of Community Psychology, 1980, 8, 19-30.
- Nathan, R, G., Lubin, B., Matarazzo, J, D., y Persely, G, W. Psychologists in schools of medicine: 1955, 1964, and 1977. American Psychologist, 1979, 34, 622-627.
- Navarro, V. El Subdesarrollo de la salud o la salud del subdesarrollo: un análisis de la distribución de los recursos humanos para la salud en la América Latina; en Navarro, V., Salud e imperialismo . Ed. Siglo XXI , México, 1983, pp. 19-52.
- Navarro, A. Es preciso verificar la labor del psicólogo en el área de la salud. Gaceta UNAM, UNAM, No. 2414, 1989, Sept. (28-29), p.21.
- Odriozola, A, U. El módulo de psicología aplicada: alternativa para la prestación de servicio social en la Universidad. En: Urbina, J. (comp.), El psicólogo: formación ejercicio profesional y prospectiva. Edit. UNAM, México, 1989, pp. 321-332.
- Olbrisch, M. y Schrest, L. Educating health psychologists in traditional graduate training programs. Professional Psychology, 1979, 589-595.
- Organización Mundial de la Salud. Evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000. Séptimo informe sobre la situación sanitaria mundial. Vol. 1. Análisis mundial. Ginebra, 1987.
- Ortiz, G. El psicólogo en la atención primaria de la salud Mental". Revista de Psicología y Salud. Universidad Veracruzana, 1988, 1, 36-38.

- Ortiz G. E. Factores psicológicos en el diagnóstico de salud de la población. *Psicología y Salud*. Centro de Estudios Psicológicos de la Universidad Veracruzana. 1991, 3, 7-18.
- Pinkerton, S.S., Hughes, H. y Wenrich, W, W. *Behavioral Medicine: Clinical Applications*, Ed. John Wiley and Sons, N.Y. 1982.
- Piña, L, J. La psicología en el proceso salud-enfermedad: la necesidad de una redefinición conceptual y práctica. *Revista de Psicología y Salud*, Centro de estudios psicológicos de la Universidad Veracruzana, 1991, 3, 85-92. .
- Programa Nacional de Salud de México 1990-1994. Borrador, Secretaría de Salud, México, 1990.
- Reglamento de la ley general en materia de prestación de servicios de atención médica. Secretaría de Salud: Subsecretaria de Servicios de Salud. México, 1986.
- Ribes, E. Innovación Educativa en Enseñanza Superior, Reflexiones Sobre una Experiencia Trunca. En Ribes, E. Fernandez, M. Rueda, M. Talento y F. López (Eds.) *Enseñanza, Ejercicio e Investigación de la Psicología. Un modelo integral* (2a. ed.) México , Trillas, 1986, pp. 147-166.
- Ribes, E. Reflexiones sobre una caracterización profesional de las aplicaciones clínicas del análisis conductual. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*. 1982, Vol. 8, No. 2, 87-96.
- Ribes, E. *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. (inédito), México, 1989.(a)
- Ribes, E. La psicología: algunas reflexiones sobre su que, su por qué, su cómo y su para qué. En Urbina, J. S. (comp.), *El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva*. Ed. UNAM, México, 1989 (b), pp. 847-860.
- Ribes, E. El diseño Curricular en la enseñanza superior desde una perspectiva conductual: historia de un caso. En Ribes, E., Fernandez, C., Rueda, M., Talento, M., y López, F., *Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología*, Edit. Trillas, México, 1980, p. 79-99.
- Ribes, E. Algunas Reflexiones sociológicas sobre el desarrollo de la psicología en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 1984, 1, 1, 14-21.
- Ribes, E., y López F. *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. Ed. Trillas, México, 1985.
- Ribes, E., y Talento, M. Consideraciones sobre el papel social de la profesión psicológica. Documento presentado en la IV Reunión Nacional para la Enseñanza e investigación en Psicología, Puebla, mayo de 1978.
- Rivera, R., y Urbina, J. Estadísticas básicas sobre la formación de psicólogos en México. En Urbina, J. (comp.), *El psicólogo: formación ejercicio profesional y prospectiva*. Edit. UNAM, México, 1989, pp. 31-58.

- Rodríguez, G., O., y Palacios, J., V. Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México. En Urbina, J. El psicólogo: formación ejercicio profesional y prospectiva. Edit. UNAM, México, 1989, pp. 473-482.
- Rodríguez de A, G. La participación del psicólogo en el sector salud. Revista Mexicana de Psicología, 1981, vol.1, (1), 22-27.
- Rojas, S, R. Crisis, salud, enfermedad y práctica médica. Ed. Plaza y Valdes Editores. México, 1990.
- Rosentock, I., y Kirscht, J. Why people seek health care. En Stone, G. Cohen, F. y Adler, N. (Eds.), Health Psychology: A Handbook. Edit. Jossey-Bass Publishers, Sn. Francisco, 1979 (3a. ed.), Cap. 7, 161-188.
- Rozenky, R., H. Response to Miller and Swartz (1990): Clinical psychology in American medical settings. Professional Psychology: Research-and-Practice; 1990 Vol. 21(6) 419-420.
- Ruelas, E. Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. Revista de Salud Pública de México. 1990, Vol.32, 2, 108-109.
- Ruelas, E., Reyes, H., Zurita, B., Vidal, L, M., Karchmer, S. Círculos de calidad como estrategia de un programa de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. 1990, Vol. 32, 2, 221-224.
- Ruiz de Chavez, M., Martinez, G., Calvo, J.,M., Aguirre, H., Arango, R., Lara, R., Caminos, M., Ortiz, G., Ugalde, E., y Herra F. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en Unidades médicas del sector salud. Revista de Salud Pública de México. 1990, Vol. 32, 2, 156-169.
- Sank, L, I., y Shapiro J, R. Case examples of the broadened role of psychology in health maintenance organizations. Professional Psychology, 1979, 402-408.
- Schofield, W. Clinical Psychology as Health Professionals. En Stone, G. Cohen, F. y Adler, N. (Eds.) Health Psychology: A Handbook. Edit. Jossey-Bass Publishers, Sn. Francisco, 1979 (3a. ed.), Cap. 17, 447-464.
- Schwartz, G, E., y Weiss, S, M. Proceedings of the Yale Conference on Behavioral Medicine. Journal of Behavioral Medicine, 1978, 1, 3-12.
- Sechrest, L., y Cohen, R. Evaluation outcomes in health care. En Stone, G. Cohen, F. y Adler, N., (Eds.) Health Psychology: A Handbook. Edit. Jossey-Bass Publishers, Sn. Francisco 1982 (3a. ed.), Cap. 14, 369-394.
- Seligson, J, N. Una aproximación interdisciplinaria para problemas de salud desde la perspectiva de la medicina conductual. ENEP-Iztacala-UNAM, México (manuscrito), 1989.

- Shapiro, D. Hacia una medicina comportamental comprensiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1988, Vol. 20, 1, 27-43.
- Soberón, G, Martuscelli J, Álvarez-Manilla JM, Frenk J, Loria M. Building bridges between health care and medical education: the Mexican experience. Presentado en: Conference on Medical Education and Cost-effective Health Care, Bellagio, Italia: Fundación Rockefeller, Marzo 21-25, 1988.
- Stachtchenko, S. y Jenicek, M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. *Canadian Journal of Public Health*, 1990, vol. 81, 53-59.
- Stone, C, G. Psicología de la salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1988, Vol. 20, 1, 15-26.
- Stone, C, G. Psychology and the Health System. En Stone, G. Cohen, F. y Adler, N. (Eds.) *Health Psychology: A Handbook*. Edit. Jossey-Bass Publishers, Sn. Francisco, 1979 (3a. ed.) pp. 47-76.
- Stone, C., G. An international review of the emergence and development of health psychology. Special issue: the development of health psychology: an international perspective. *Psychology and Health*, 1990, Vol. 4, 1, 3-17.
- Stone, C, G., Cohen, F., y Adler, E.N. Themes and professional prospects in health psychology. En Stone, G. Cohen, F. y Adler, N. (Eds), *Health Psychology: A Handbook*. Edit. Jossey-Bass Publishers, Sn. Francisco. 1979, (3a. ed.), Cap. 22, 573-590.
- Swartz, G. Brain as a health care system. En Stone, G. Cohen, F. y Adler, N. (Eds.), *Health Psychology: A Handbook*. Edit. Jossey-Bass Publishers, Sn. Francisco 1979 (3a. ed.), Cap.21, 549-572.
- Szasz, T, y Hollender, M. A contribution to the Philosophy of medicine: The basic models of the Doctor-Patient relationship. En Millon (Comp.) *Medical Behavioral Science* Ed. W.B. Saunders Co. Philadelphia, 1975, Cap. 35, pp 432-440.
- Taylor, C, B., Bandura, A., Ewart, C.K., Miller, N. H., y DeBusk, R, F. Exercise to enhance wives confidence in their husband's capability soon after clinically uncomplicated myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*. 1985, 55, 628-636.
- Taylor, S, E. *Health Psychology: the Science and the Field*. *American Psychologist*, 1990, Vol.45, 1, 40-50.
- Tefft, M, B. y Simeonsson, J, R. Psychology and the creation of health care settings. *Professional Psychology*, 1979, 33, 558-570.
- Tenti, F. I. Elementos de teoría y análisis histórico. II. Las profesiones modernas: crisis y alternativas. III. Hacia el cambio planificado. *Foro Universitario*. 1985, No 57, Agosto, STUNAM. pp 13-78.

- Thompson, R, J. Psychologists in medical schools: medical staff status and clinical privileges. *American Psychologist*. 1987, Vol. 42, 9, 866-868.
- Universidad Autónoma del Estado de México. Currícula de la Licenciatura en Psicología: Facultad de Ciencias de la Conducta, Estado de México, 1992.
- Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Folleto descriptivo del Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicología y Programas teóricos y metodológicos, Morelos, 1988-1991.
- Universidad Autónoma Metropolitana. Plan de estudios de la carrera de psicología de la Unidad Xochimilco, México, 1978.
- Universidad Autónoma Metropolitana. Plan de estudios de la carrera de psicología Social de la Unidad Iztapalapa. México, Julio de 1977
- Universidad Iberoamericana. Folleto descriptivo del Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicología, México, 1990.
- Universidad Nacional Autónoma de México Plan de estudios de la carrera de psicología de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza (FES-Zaragoza). México, octubre, 1979.
- Universidad Nacional Autónoma de México. Plan Curricular de la carrera de psicología de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, México, 1976.
- Universidad Nacional Autónoma de México. Programa vigente de la Maestría en Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. C.U. México, 1990.
- Universidad Nacional Autónoma de México. Ubicación de la Educación para la Salud dentro de la organización, planes y programas de la facultad de medicina de la UNAM. Facultad de Medicina de la UNAM. Antología de Sociomedicina: ciclos IX y X. , México, 1983.
- Velazquez, J. ¿Qué es la psicología y qué puede hacer para nosotros?. *Escuela la Revista del Maestro*, 1989, No. 28, 34-37.
- Verhaak, P, F, M. y Tjihuis, M, A, R, Psychosocial problems in primary care: some results from the dutch national study of morbidity and interventions in general practice. *Social Science Medicine*, 1992, Vol. 35, 2, 105-110.
- Warner, K, E. Smoking and health implications of a change in the federal cigarette excise tax. *Journal of the American Medical Association*, 1986, 255, 1028-1032.
- Wertlieb, D. A preventive health paradigm for health care psychologist. *Professional Psychology*, August, 1979, 34, 548-557.
- Wertlieb, D., y Budman, S. Concluding remarks: dimensions of role conflict for health care psychologists. *Professional Psychology*. 1979, 640-646.

## **ANEXO A.**

TABLA 1

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION ENCUESTADA POR  
POR NIVEL DE ADSCRIPCION.

NIVEL DE ADSCRIPCION	SEXO		RANGOS DE EDAD					AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO/RANGO					PROFESIONES*					ESPECIALIDADES.**					TOTAL ENCUES
	FEM.	MAS.	16	26	36	46	56 o	1-5	6-10	11-15	16-20	20 >	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	
			25	35	45	55	MAS																
CENTRO DE SALUD	36.1	63.9	33.3	33.3	29.2	2.8	1.4	52.8	20.8	19.4	6.9	0.0	41.7	52.8	5.6	0.0	0.0	72.2	13.9	2.8	0.0	11.1	72
HOSPITAL	24.1	75.9	7.4	48.1	38.9	3.7	1.9	42.6	33.3	16.7	5.6	1.9	46.3	40.7	5.6	7.4	0.0	33.3	7.4	3.7	0.0	55.6	54
OFICINAS NOR- MATIVAS	33.3	66.7	14.0	31.6	49.1	5.3	0.0	64.9	19.3	14.0	1.8	0.0	47.4	17.5	10.5	8.8	15.8	63.2	24.6	3.5	0.0	8.8	57
<b>TOTAL %</b>	<b>31.7</b>	<b>68.3</b>	<b>19.7</b>	<b>37.2</b>	<b>38.3</b>	<b>3.8</b>	<b>1.1</b>	<b>53.6</b>	<b>24.0</b>	<b>16.9</b>	<b>4.9</b>	<b>0.5</b>	<b>44.8</b>	<b>38.3</b>	<b>7.1</b>	<b>4.9</b>	<b>4.9</b>	<b>57.9</b>	<b>15.3</b>	<b>3.3</b>	<b>0.0</b>	<b>23.5</b>	<b>183</b>

PORCENTAJE POR CATEGORIA

N-183

\* PROFESIONES

- 1- MEDICO
- 2- ENFERMERIA/PROMOTOR
- 3- CIENCIAS BIOMEDICAS DE APOYO
- 4- ECONOMICO-ADMINISTRATIVAS
- 5- SOCIALES Y EDUCATIVAS.

\*\* ESPECIALIDADES

- 0.- NINGUNA.
- 1.- SALUD PUBLICA/EPIDEMIOLOGICA.
- 2.- ADMINISTRACION DE SERVICIOS.
- 3.- CIENCIAS SOCIALES.
- 4.- MEDICO ASISTENCIAL

TABLA 1b.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION  
ENCUESTADA POR NIVEL DE ADSCRIPCION.

NIVEL DE ADSCRIPCION	ESTUDIOS DE POSGRADO *					PUESTO**					FUNCIONES***				HA COLABORADO CON PSICOLOGO		
	0	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	SI	NO
CENTRO DE SALUD	98.6	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0	81.9	12.5	4.2	0.0	1.4	31.9	6.9	16.7	94.4	40.3	59.7
HOSPITAL	90.7	3.7	1.9	1.9	1.9	0.0	53.7	24.1	22.2	0.0	0.0	46.3	25.9	44.4	87.0	24.1	75.9
OFICINAS NOR- MATIVAS	68.4	3.5	10.5	8.8	1.8	7.0	10.5	43.9	36.8	8.8	0.0	78.9	43.9	56.1	35.1	33.3	66.7
TOTAL %	86.9	2.2	3.8	3.8	1.1	2.2	51.4	25.7	19.7	2.7	0.5	50.8	24.0	37.2	73.8	33.3	66.7

N-183 PORCENTAJE POR CATEGORIA

\* ESTUDIOS DE POSGRADO

TIPO

- 0. - NO TIENE ESTUDIOS DE POSGRADO
- 1. - ADMINISTRACION DE SERVICIOS MEDICOS
- 2. - SALUD PUBLICA
- 3. - INVESTIGACION BIONEDICA
- 4. - MEDICO-ASISTENCIAL
- 5. - CIENCIAS SOCIALES

\*\* PUESTO

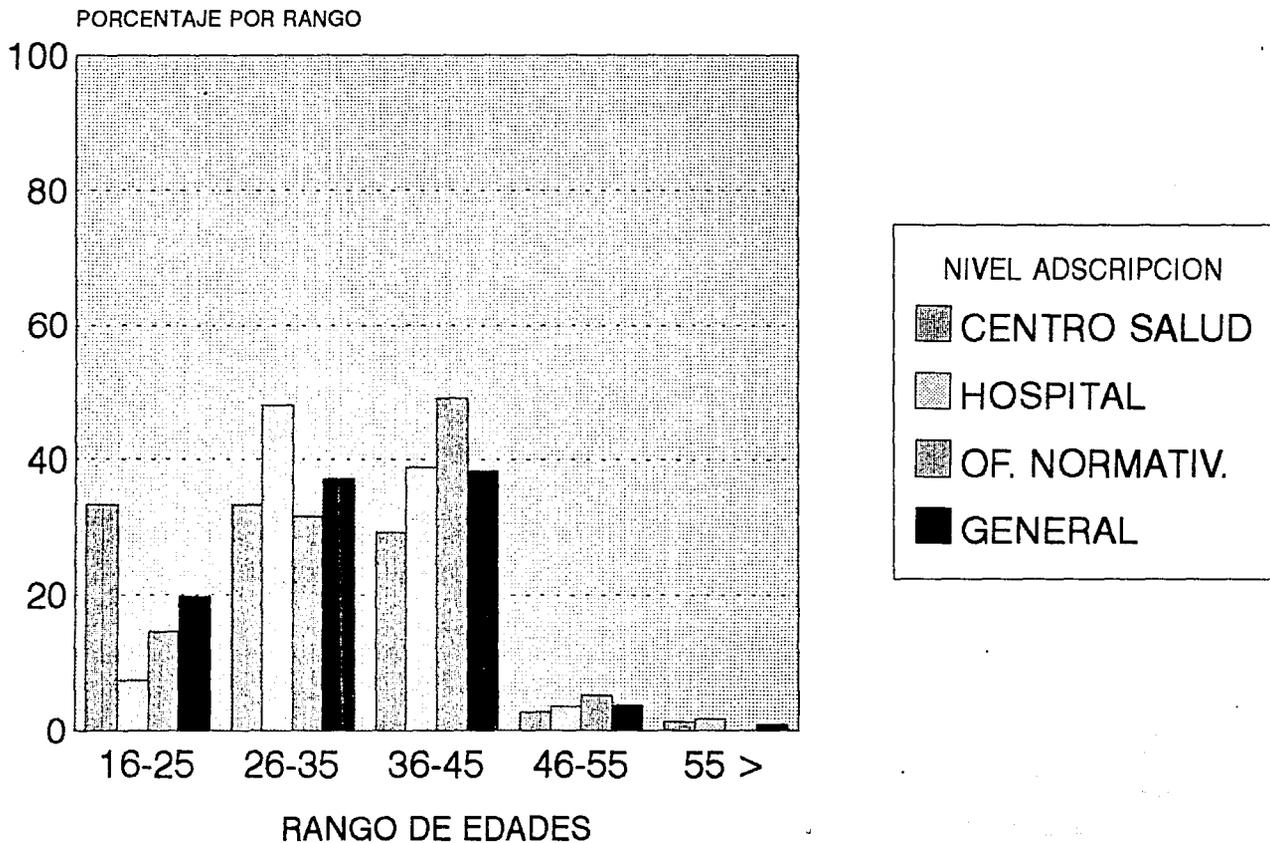
- 1. - SERVICIOS OPERATIVOS
- 2. - COORDINACION DE ACTIVIDADES Y PROGRAMAS.
- 3. - JEFATURA
- 4. - SUBDIRECCION
- 5. - DIRECCION.

\*\*\* FUNCIONES

- 1. - ORGANIZACION-COORDINACION
- 2. - ADMINISTRACION
- 3. - INVESTIGACION-DOCENCIA
- 4. - OPERATIVAS.

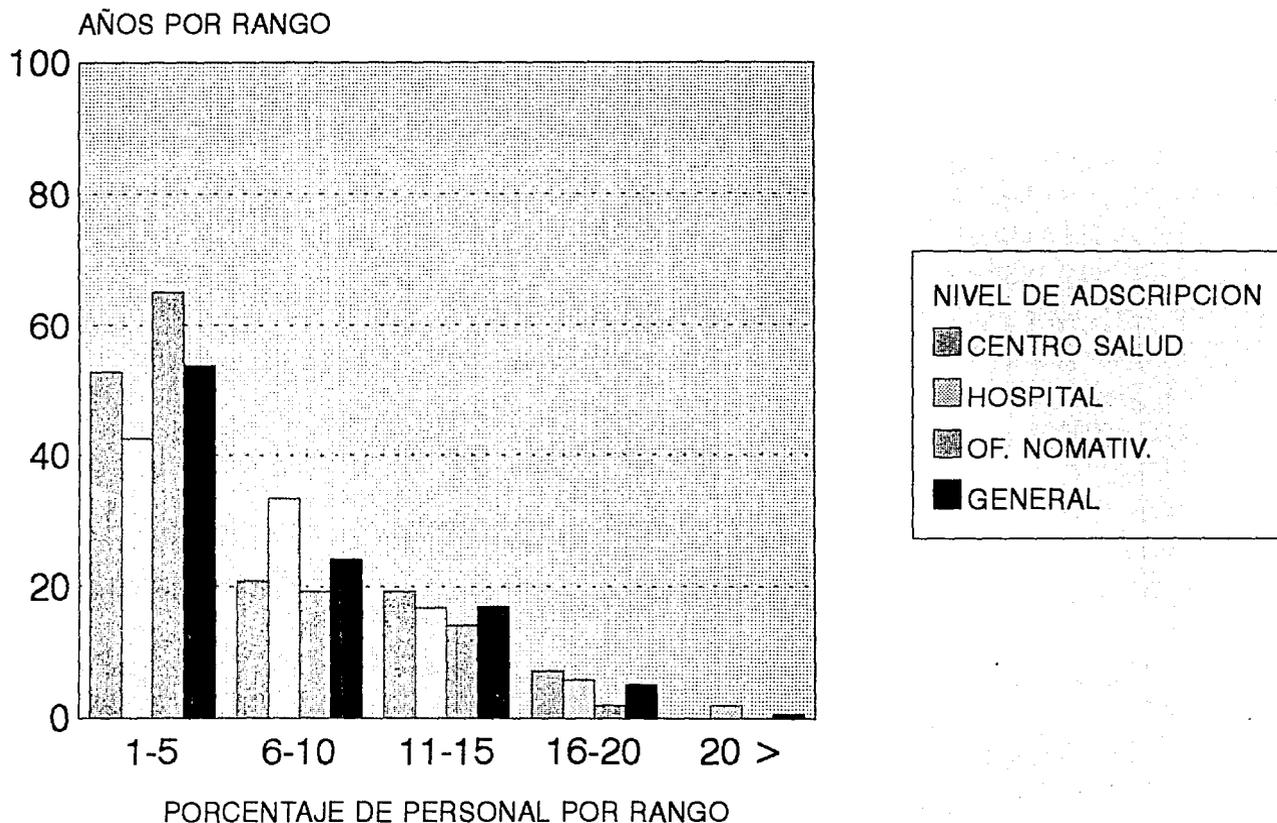
# DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA EDAD DE LOS ENCUESTADOS POR RANGO. POBLACION TOTAL

Gráfica 1.



DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL PERSONAL POR RANGOS DE AÑOS DE EXPERIENCIA.  
 POR NIVEL DE ADSCRIPCION Y GENERAL.

GRAFICA 2

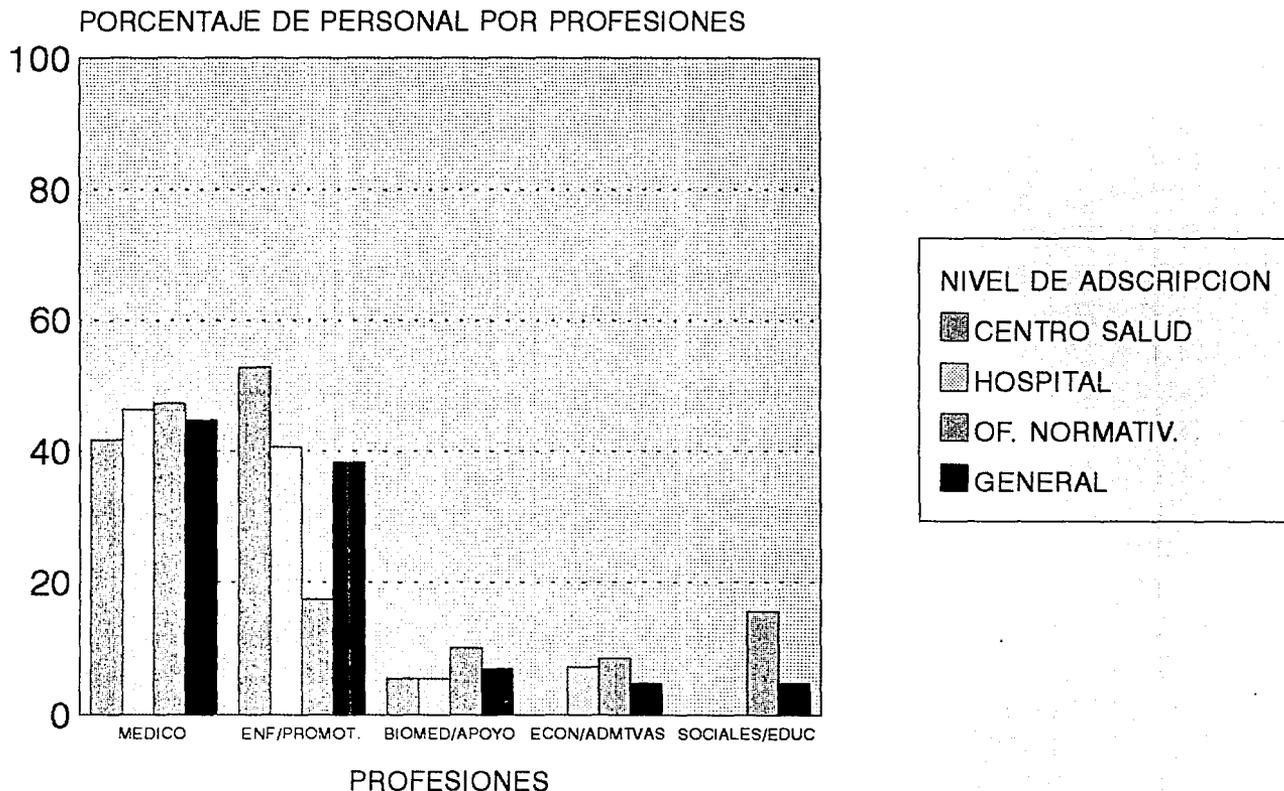


GENERAL N = 183

CTO SALUD N = 72 ; HOSPITAL N = 54 OF. NORMATIV. N = 57

# DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PROFESIONES DE LOS ENCUESTADOS POR NIVEL DE ADSCRIPCION Y GENERAL.

GRAFICA 3

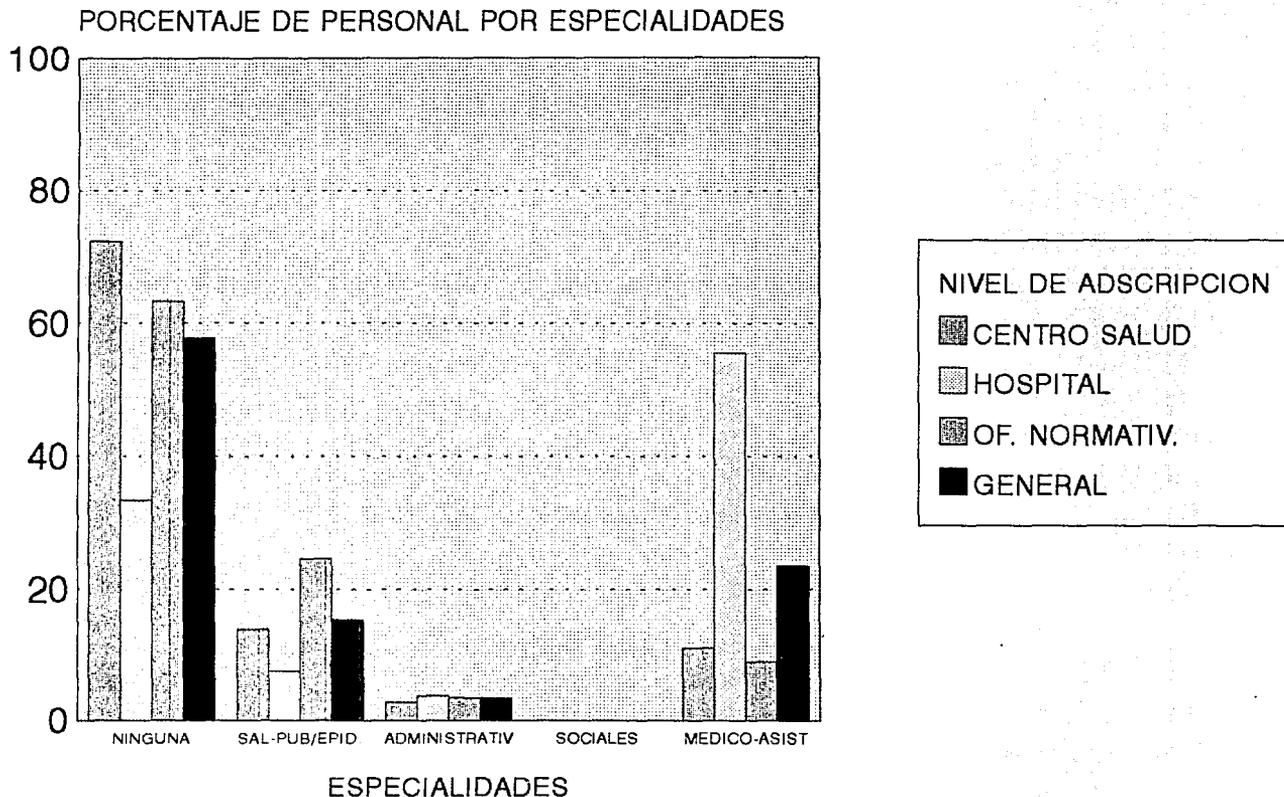


GENERAL N = 183

CTO SALUD N = 72 ; HOSPITAL N = 54 OF. NORMATIV. N = 57

# DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ESPECIALIDADES DE LOS ENCUESTADOS. POR NIVEL DE ADSCRIPCION Y GENERAL.

GRAFICA 4

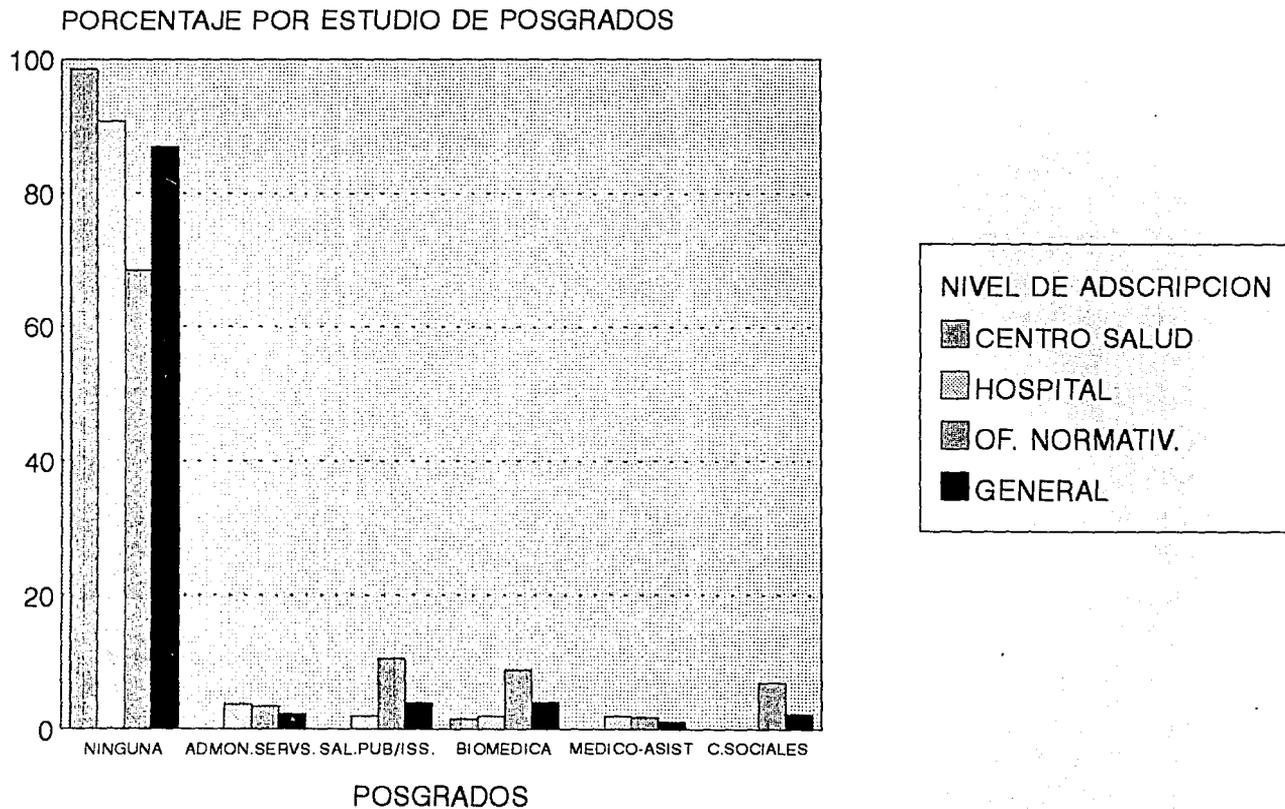


GENERAL N = 183

CTO SALUD N = 72 ; HOSPITAL N = 54 OF. NORMATIV. N = 57

# DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE LOS ENCUESTADOS POR NIVEL DE ADSCRIPCION Y GENERAL.

GRAFICA 5

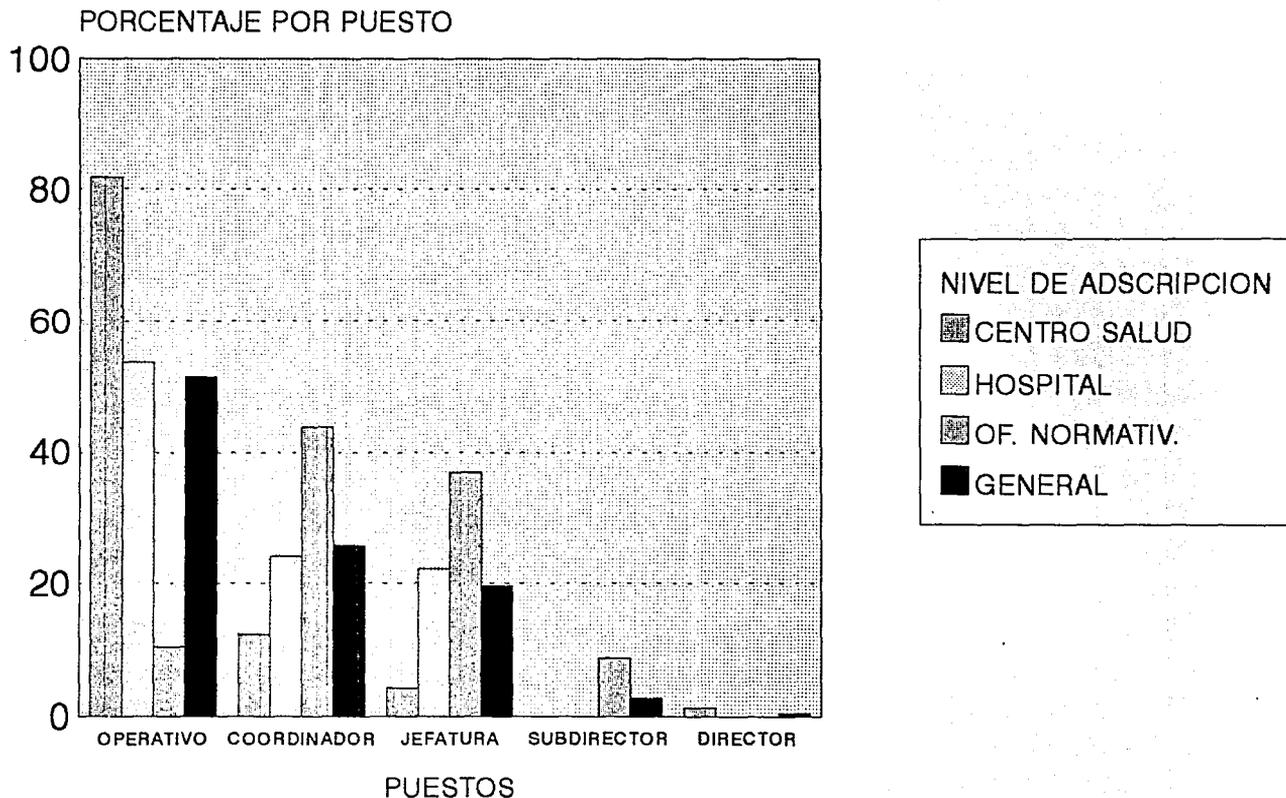


GENERAL N = 183

CTO SALUD N = 72 ; HOSPITAL N = 54 OF. NORMATIV. N = 57

# DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL PERSONAL POR PUESTO QUE EJERCE POR NIVEL DE ADSCRIPCION Y GENERAL.

GRAFICA 6

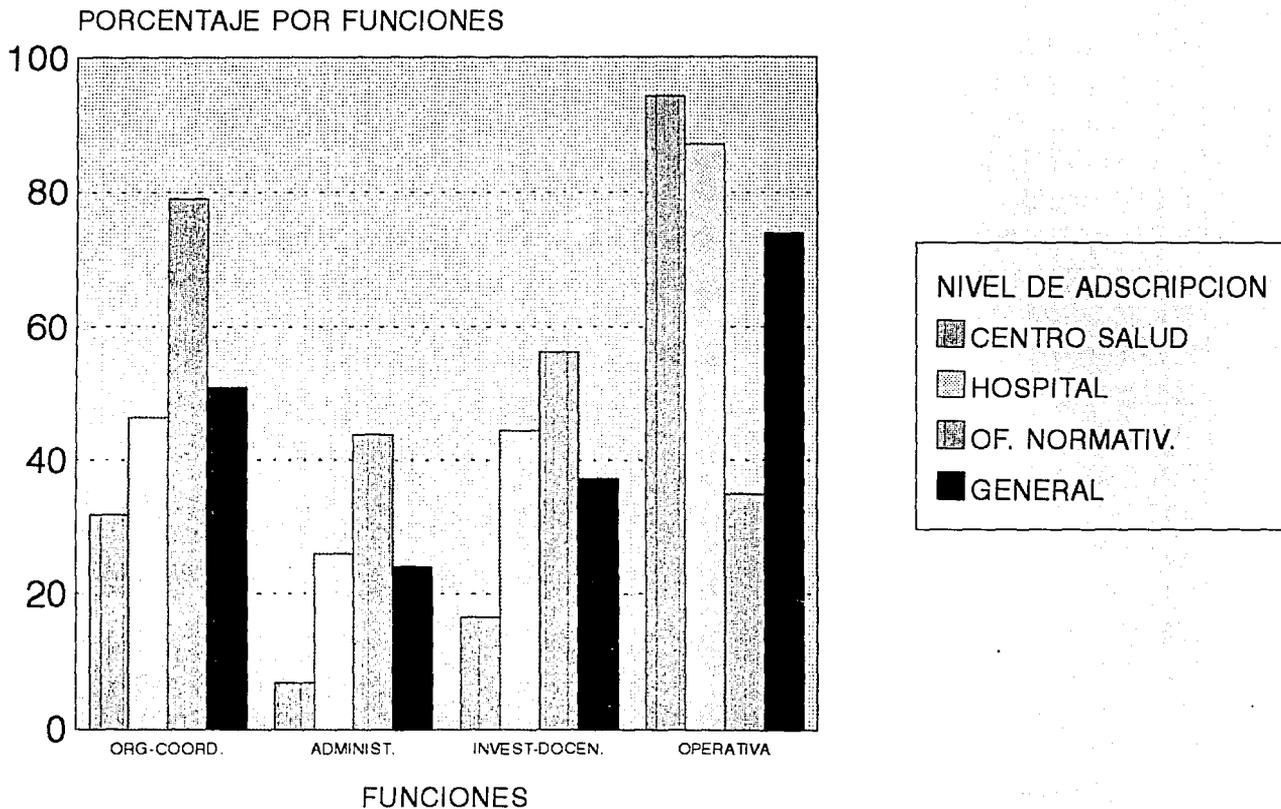


GENERAL N = 183

CTO SALUD N = 72 ; HOSPITAL N = 54 OF. NORMATIV. N = 57

# DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL PERSONAL POR FUNCIONES REPORTADAS. POR NIVEL DE ADSCRIPCION Y GENERAL.

GRAFICA 7



GENERAL N = 183

CTO SALUD N = 72 ; HOSPITAL N = 54 OF. NORMATIV. N = 57

TABLA 2.

RESPUESTAS GENERALES DEL PERSONAL DE SALUD Y ORGANIZADORES DEL SISTEMA DE SALUD EN TERMINOS DE PORCENTAJE.

Nº 183.

PREGUNTAS.	Acuerdo	Desacuerdo	Indecision	Media
	%	%	%	
1. La capacitacion del personal de salud en habilidades de asesoria, consultoria y relaciones interpersonales mejorara la calidad y calidez de la atencion medica.	90.7	8.2	1.1	4.54
2. El psicologo puede entrenar al personal de salud en modelos de relacion medico-paciente acordes a la poblacion usuaria para incrementar la adherencia terapeutica.	87.4	10.9	1.6	4.37
3. La conducta del paciente cronico-degenerativo puede ser manejada mas efectivamente por el personal de salud con la asesoria del psicologo.	89.7	4.3	6.0	4.51
4. El personal de salud que labora en areas operativas criticas requiere capacitacion y entrenamiento en estrategias de auto-control de estres.	85.2	8.2	6.6	4.42
5. El personal medico que atiende pacientes traumatizados fisicamente seran mas efectivos si estan capacitados en la aplicacion en estrategias psicologicas de control del dolor.	76.5	18.6	4.9	3.95
6. Las acciones comunitarias seran mas efectivas si el equipo de salud tiene habilidades y conocimientos psicologicos de acuerdo a las actividades y metas establecidas.	90.6	7.1	3.3	4.443
7. El psicologo debe disenar y evaluar programas educativos para que los usuarios utilicen adecuadamente los servicios.	82.0	12.6	5.5	4.169
8. Es necesario instrumentar estrategias comunitarias para detectar y atender enfermedades mentales y de aprendizaje como parte de los programas de salud medica en la comunidad.	87.5	8.2	4.4	4.421
9. Es necesario, para el cumplimiento de las metas institucionales, que se definan, detecten y modifiquen aquellos comportamientos nocivos para la salud.	85.2	7.7	7.1	4.333
10. Es necesario que se implanten sistemas motivacionales y de retroalimentacion del desempeno para elevar la calidad y eficacia de la atencion medica.	74.3	19.6	6.0	4.049
11. Es necesaria la participacion del psicologo en la evaluacion del impacto de acciones preventivas y de promocion de la salud de centros de salud y hospitales.	87.0	15.9	7.1	4.022
12. El psicologo debe participar en la implantacion y evaluacion de programas de mejoramiento de la calidad de la atencion medica para obtener logros mayores y permanentes.	72.7	20.8	6.6	3.814
13. Investigar los factores psicosociales de la poblacion usuaria permitira organizar de manera mas eficiente y efectiva los servicios de salud preventivos y curativos.	82.5	10.9	6.6	4.317
14. Es importante que se investiguen los efectos psicologicos de varias enfermedades y como afectan al tratamiento medico, con esto se lograra mayor eficacia en la atencion.	86.9	6.0	7.1	4.393
15. Solo el medico epidemiologo es el unico capaz para determinar la incidencia y prevalencia de conductas nocivas a la salud en la poblacion de responsabilidad.	55.2	42.0	2.7	2.781
16. Es importante que el psicologo participe, junto con el equipo de salud, en el desarrollo de nuevas tecnicas de deteccion e intervencion en patologias biologicas a nivel individual, grupal y comunitario.	67.2	20.3	12.6	3.781
17. Es necesario identificar y modificar aquellos factores ambientales y organizacionales que producen estres en los usuarios.	89.6	5.5	4.9	4.525
18. Solo el profesional medico puede evaluar y modificar las estructuras organizacionales de los servicios de salud efectivamente.	52.4	43.2	4.4	2.842
19. Es necesario que el psicologo trabaje coordinando grupos de auto-ayuda con enfermedades cronico-degenerativas con el objetivo de disminuir la recurrencia de episodios agudos de la enfermedad.	86.3	4.9	8.7	4.421
20. Para lograr las metas de los programas de salud comunitaria es necesario que el psicologo desarrolle estrategias de penetracion.	79.8	13.1	7.1	4.197
21. La atencion integral a pacientes requiere que el psicologo participe en la revision de los casos clinicos.	67.8	19.7	12.6	3.858

TABLA 2b.

RESPUESTAS GENERALES DEL PERSONAL DE SALUD Y ORGANIZADORES DEL SISTEMA DE SALUD EN TERMINOS DE PORCENTAJE.

N= 183.

PREGUNTAS.	Acuerdo	Desacuerdo	Indecision	Media
	%	%	%	
22. Es importante que operen servicios de salud orientados a - la consulta psicologica y la asesoria de problemas familiares en centros de salud medica.	80.4	11.5	8.2	4.24
23. Es necesaria la colaboracion del psicologo en la educacion y capacitacion a usuarios de servicios de salud en comportamientos que faciliten las acciones medicas y quirurgicas.	83.7	10.4	4.9	4.21
24. Es necesario que en centros de salud biologica operen servicios de salud "mental", ofreciendo terapia breve y de crisis.	76.5	15.3	8.2	4.098
25. Es necesario e importante la participacion del psicologo en - la reorganizacion de hospitales y jurisdicciones para lograr las metas locales y regionales de salud.	68.3	23.9	9.8	3.809
26. El psicologo especializado debe ser el encargado de llevar a cabo la evaluacion neuropsicologica de los pacientes que lo - requieren unidades especializadas.	59.6	30.0	10.4	3.552
27. No aportaria nada positivo a la atencion medica integrar interdisciplinariamente los servicios medicos y psicologicos en centros de atencion a la salud biologica y hospitales de segundo nivel.	53.5	40.4	6.0	2.73

RESPUESTAS POR NIVEL DE ADSCRIPCION EN PORCENTAJE

TABLA 3.

PREGUNTAS	CENTRO DE SALUD			HOSPITALES			OFNAS. NORMATIV.		
	ACUERDO	DESA-CUERD	INDE-CIS.	ACUERDO	DESA-CUERD	INDE-CIS	ACUERDO	DESA-CUERD	INDE-CIS
1. La capacitacion del personal de salud en habilidades de asesoria, consultoria y relaciones interpersonales mejorara la calidad y calidez de la atencion medica.	93.1	5.6	1.4	83.3	16.7	0.0	94.7	3.6	1.8
2. El psicologo puede entrenar al personal de salud en modelos de relacion medico-paciente acordes a la poblacion usuaria para incrementar la adherencia terapeutica.	86.1	11.1	2.8	81.5	16.7	1.9	94.7	5.3	0.0
3. La conducta del paciente cronico-degenerativo puede ser manejada mas efectivamente por el personal de salud con la asesoria del psicologo.	87.5	2.8	9.7	96.3	1.9	1.9	85.9	8.8	5.3 *
4. El personal de salud que labora en areas operativas criticas requiere capacitacion y entrenamiento en estrategias de auto-control de estres.	86.1	11.1	2.8	85.2	7.4	7.4	84.2	5.3	10.5
5. El personal medico que atiende pacientes traumatizados fisicamente seran mas efectivos si estan capacitados en la aplicacion en estrategias psicologicas de control del dolor.	81.9	15.2	2.8	68.5	25.9	5.6	76.2	15.8	7.0
6. Las acciones comunitarias seran mas efectivas si el equipo de salud tiene habilidades y conocimientos psicologicos de acuerdo a las actividades y metas establecidas.	90.3	7.0	2.8	96.3	1.9	1.9	82.5	12.3	5.3 *
7. El psicologo debe disenar y evaluar programas educativos para que los usuarios utilicen adecuadamente los servicios.	84.7	11.1	4.2	90.8	1.9	7.4	70.2	24.5	5.3 *
8. Es necesario instrumentar estrategias comunitarias para detectar y atender enfermedades mentales y de aprendizaje como parte de los programas de salud medica en la comunidad.	90.3	5.6	4.2	92.6	3.7	3.7	79.9	15.8	5.3
9. Es necesario, para el cumplimiento de las metas institucionales, que se definan, detecten y modifiquen aquellos comportamientos nocivos para la salud.	80.6	9.8	9.7	94.5	3.7	1.9	82.4	8.8	8.8
10. Es necesario que se implanten sistemas motivacionales y de retroalimentacion del desempeno para elevar la calidad y eficacia de la atencion medica.	80.5	11.1	8.3	68.6	31.4	0.0	72.0	19.3	8.8 *
11. Es necesaria la participacion del psicologo en la evaluacion del impacto de acciones preventivas y de promocion de la salud de centros de salud y hospitales.	84.7	7.0	8.3	83.3	11.2	5.6	61.4	31.6	7.0 *
12. El psicologo debe participar en la implantacion y evaluacion de programas de mejoramiento de la calidad de la atencion medica para obtener logros mayores y permanentes.	77.8	15.3	6.9	68.5	25.9	5.6	70.2	22.8	7.0
13. Investigar los factores psicosociales de la poblacion usuaria permitira organizar de manera mas eficiente y efectiva los servicios de salud preventivos y curativos.	76.4	12.5	11.1	94.5	3.7	1.9	78.8	15.8	5.3 *
14. Es importante que se investiguen los efectos psicologicos de varias enfermedades y como afectan al tratamiento medico, con esto se lograra mayor eficacia.	87.5	6.9	5.6	96.3	1.9	1.9	77.2	3.5	5.3 *
15. Solo el medico epidemiologo es el unico capaz para determinar la incidencia y prevalencia de conductas nocivas a la salud en la poblacion de responsabilidad.	58.3	37.5	4.2	46.3	50.0	3.7	59.6	40.4	0.0
16. Es importante que el psicologo participe, junto con el equipo de salud, en el desarrollo de nuevas tecnicas de deteccion e intervencion en patologias biologicas a nivel individual, grupal y comunitario.	69.4	19.4	11.1	70.3	11.1	18.5	61.4	29.9	8.8 *
17. Es necesario identificar y modificar aquellos factores ambientales y organizacionales que producen estres en los usuarios.	88.9	5.6	5.6	94.4	1.9	3.7	86.0	7.0	7.0 *

\* = Reactivos que muestran diferencias significativas al - 0.05

RESPUESTAS POR NIVEL DE ADSCRIPCION EN PORCENTAJE

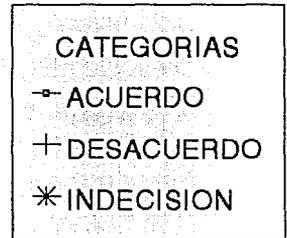
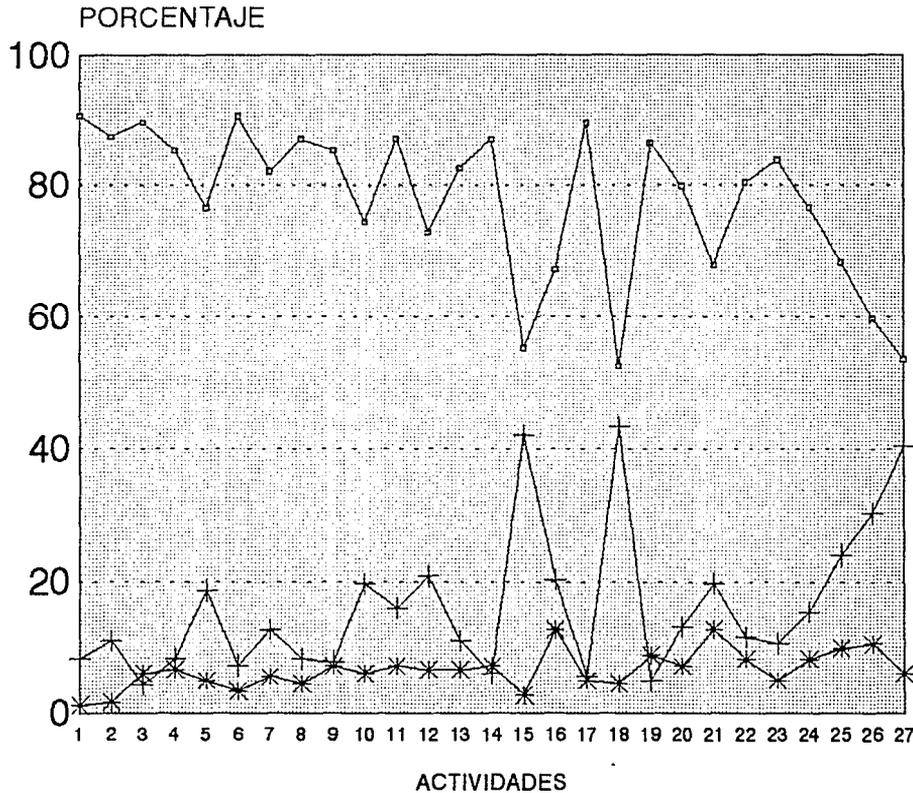
TABLA 3b.

N-183	PREGUNTAS	CENTRO DE SALUD			HOSPITALES			OFNAS. NORMATIV.		
		ACUERDO	DESA-CUERD	INDE-CIS.	ACUERDO	DESA-CUERD	INDE-CIS	ACUERDO	DESA-CUERD	INDE-CIS
	18. Solo el profesional medico puede evaluar y modificar las estructuras organizacionales de los servicios de salud efectivamente.	47.2	44.5	8.3	61.1	35.2	3.7	50.9	49.1	0.0
	19. Es necesario que el psicologo trabaje coordinando grupos de auto-ayuda con enfermedades cronico-degenerativas con el objetivo de disminuir la recurrencia de episodios agudos de la enfermedad.	82.0	6.9	11.1	96.3	1.9	1.9	82.4	5.3	12.3 *
	20. Para lograr las metas de los programas de salud comunitaria es necesario que el psicologo desarrolle estrategias de penetracion comunitaria.	80.5	13.9	5.6	92.6	3.7	3.7	66.7	21.1	12.3 *
	21. La atencion integral a los pacientes requiere que el psicologo participe en la revision y discusion de los casos clinicos.	58.3	22.2	19.4	85.2	7.4	7.4	63.1	28.1	8.8 *
	22. Es importante que operen servicios de salud orientados a la consulta psicologica y la asesoria de problemas familiares en centros de salud medica.	87.5	4.2	8.3	83.4	7.4	9.3	68.4	24.6	7.0 *
	23. Es necesaria la colaboracion del psicologo en la educacion y capacitacion de los usuarios de salud en comportamientos que faciliten las acciones medicas y quirurgicas.	82.0	12.5	5.6	90.7	3.7	5.6	82.5	14.0	3.5 *
	24. Es necesario que en centros de salud biologica operen servicios de salud mental ofreciendo terapia breve y de crisis.	83.3	7.0	9.7	81.5	11.1	7.4	63.2	29.8	7.0 *
	25. Es necesario e importante la participacion del psicologo en la reorganizacion de hospitales y jurisdicciones para lograr las metas locales y regionales.	83.4	13.8	2.8	64.8	22.3	15.8	53.6	31.6	15.8 *
	26. El psicologo especializado debe ser el encargado de llevar a cabo la evaluacion neuropsicologica de los pacientes que lo requieren en unidades especializadas.	69.4	22.2	8.3	51.9	35.2	13.0	54.4	35.1	10.5 *
	27. No aportaria nada positivo a la atencion medica integrar interdisciplinariamente los servicios medicos y psicologicos en centros de atencion a la salud biologica y hospitales de segundo nivel.	72.3	25.0	2.8	44.5	48.1	7.4	38.6	52.6	8.8 *

\* - Reactivos que muestran diferencias significativas al - 0.05

# PORCENTAJE DE ACUERDO, DESACUERDO E INDECISION. PROMEDIO GENERAL.

GRAFICA 8

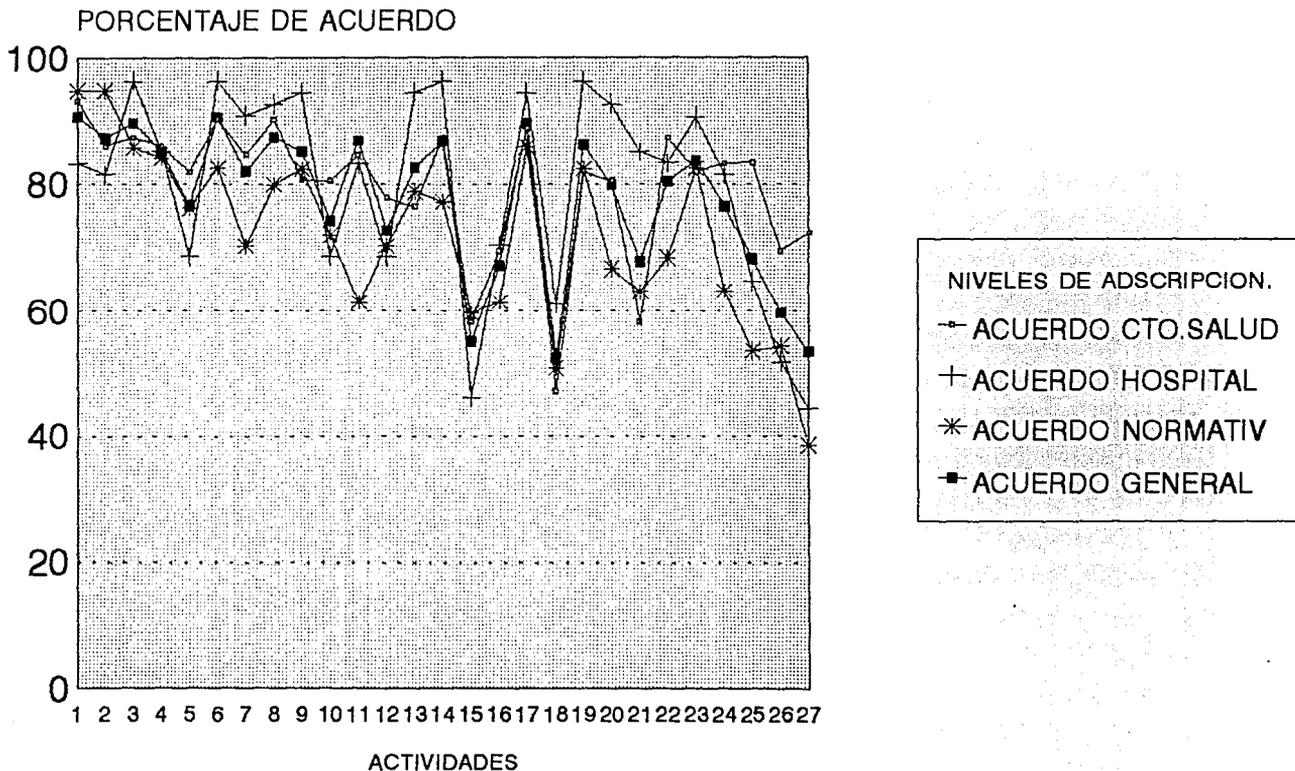


GENERAL N = 183

CTO. SALUD N = 72 ; HOSPITAL N = 54 OF. NORMATIV. N = 57

# PORCENTAJE DE ACUERDO DE LAS ACTIVIDADES. POR NIVELES DE ADSCRIPCION Y EN GENERAL.

GRAFICA 9



GENERAL N = 183

CTO. SALUD N = 72 ; HOSPITAL N = 54 OF. NORMATIV. N = 57

TABLA 4.

REACTIVOS SIGNIFICATIVOS EN EL ANALISIS DE VARIANZA UNIVARIADA CON VARIABLES DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION ENCUESTADA.

REACTIVOS	VARIABLES.											
	NIVEL DE ADSCRIP.		PROFESION		PUESTO EJERCIDO		SEXO		ESPECIALIDAD.		POSGRADO	
	F	p	F	p	F	P	F	p	F	p	F	p
1. CAPACITACION AL PERSONAL EN HABILIDADES DE CONSULTA	---	---	---	---	---	---	---	---	4.09	.0077	---	---
2. ENTRENAR PERSONAL MEDICO EN MODELOS DE RELACION CON PACIENTES.	---	---	---	---	---	---	---	---	5.31	.0016	---	---
3. ASESORIA EN EL MANEJO DE CRONICOS-DEGENERATIVOS.	3.22	.0422	---	---	---	---	4.48	.0357	---	---	---	---
4. ENTRENAMIENTO EN AUTO-CONTROL DE ESTRES DEL PERSONAL.	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
5. CAPACITAR AL PERSONAL PARA QUE CONTROLE DOLOR DE PAC.	---	---	2.52	.0422	---	---	---	---	---	---	3.03	.0189
6. CAPACITAR EN PRINCIP. PSICS A PERSONAL COMUNITARIO	6.66	.0016	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
7. EDUCAR A USUARIOS EN USOS DE SERVICIOS.	8.94	.0002	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
8. DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE DETECCION Y TRATAM. DE "ENFERMEDAD" MENTAL EN COMUNIDAD.	---	---	---	---	2.98	.0203	---	---	---	---	---	---
9. DETECCION DE PATOGENOS E INMUNOGENOS CONDUCTUALES	---	---	5.73	.0002	2.45	.0474	---	---	---	---	---	---
10. INSTRUMENTACION DE SISTEMAS MOTIVACIONALES A CENTROS. HOSPITALES Y COMUNI.	---	---	---	---	2.71	.0316	---	---	---	---	---	---
11. PARTICIPACION DEL PSICOLOGO EN EVALUACION DE ACCIONES DE SALUD	7.51	.0007	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
12. PARTICIPACION DEL PSICOLOGO EN MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION.	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
13. INVESTIGACION DE FACTORES PSICOSOCIALES DE LA POBLACION/MEJORA SERVICIOS.	4.34	.0144	3.22	.0140	---	---	---	---	---	---	---	---
14. INVEST. EFECTOS PSICOLOGICOS DE LA ENFERMEDAD.	7.53	.0007	---	---	3.01	.0194	---	---	---	---	---	---

TABLA 4b.

REACTIVOS SIGNIFICATIVOS EN EL ANALISIS DE VARIANZA UNIVARIADA CON VARIABLES DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION ENCUESTADA.

REACTIVOS	VARIABLES.											
	NIVEL DE ADSCRIP.		PROFESION		PUESTO EJERCIDO		SEXO		ESPECIALIDAD		POSGRADO	
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
15. EL MEDICO ES EL UNICO QUE DEBE HACER LA EPIDEMIOLOGIA.	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
16. PARTICIPACION DEL PSICOLOGO EN LA INVEST. DE TECNICAS DE TRATAM E INTERVENCION MEDICA	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
17. MODIFICAR AMBIENTES ESTRESANTES.	3.84	.0231	3.76	.0058	---	---	---	---	---	---	---	---
18. PARTICIPACION DEL PSIC. EN LA MODIFICACION DE LA ORGANIZACION DE LOS SERV.	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
19. EL PSIC. DEBE COORDINAR GRUPOS DE AUTO-AYUDA DE -- CRONICO-DEGENERATIVOS.	5.29	.0058	7.23	.0000	---	---	---	---	5.58	.0011	---	---
20. EL PSIC. DEBE DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE PENETRACION COMUNITARIA PARA EXITO DE PROGRAMAS	7.75	.0006	4.92	.0009	---	---	4.49	.0353	4.70	.0035	---	---
21. EL PSICOLOGO DEBE ASESORAR EN TRATAMIENTO MEDICO DEL PACIENTE.	5.92	.0032	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
22. DEBE HABER SERVICIOS DE PSICOLOGIA EN PRIMER NIVEL JUNTO CON LOS BIOLOGICOS.	6.76	.0015	---	---	6.14	.0001	---	---	3.14	.0266	6.30	.0001
23. EL PSIC. DEBE CAPACITAR A USUARIOS EN COMPORTAMIENTOS FUNCIONALES A SU ATENCION.	---	---	3.06	.0180	---	---	---	---	---	---	---	---
24. DEBE HABER TERAPIA BREVE Y CRISIS EN CTOS. SALUD.	7.99	.0005	---	---	5.27	.0005	---	---	3.46	.0175	---	---
25. PARTICIP DEL PSIC EN LA ORGNIZAC. HOSPIT Y JURISD.	7.57	.0007	3.64	.0070	3.41	.0102	---	---	---	---	---	---
26. EL PSIC. DEBE HACER EVAL. NEUROPSICOLOGICA.	---	---	4.46	.0018	3.20	.0144	---	---	4.48	.0046	---	---
27. NO SIRVE DE NADA INTEGRAR SERVICIO PSICOL. CON MEDICO.	9.26	.0001	---	---	3.83	.0051	---	---	---	---	---	---

N=183 F = Razon F. p = probabilidad

TABLA 5.

CLASIFICACION DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE IMPORTANCIA SEGUN MODA POR NIVEL DE ADSCRIPCION DEL PERSONAL ENCUESTADO Y GENERAL.

ACTIVIDADES.	CENTRO DE SALUD	HOSPITAL	OFNAS. NORMATIVAS	MODA GENERAL
1. APOYO EN ACCIONES MEDICAS	2	3	1	1
2. OPERANDO SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACION.	2	2	3	2
3. SELECCION, RECLUTAMIENTO Y CAPACITACION	3	1	4	1
4. COLABORACION EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	3*	4*	5	4
5. PARTICIPACION EN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE NATURALEZA NORMATIVA.	5	6	6	6
6. INVESTIGACION INTERDISCIPLINARIA DE LA RELACION CONDUCTA-ENFERMEDAD.	6	5	5	5

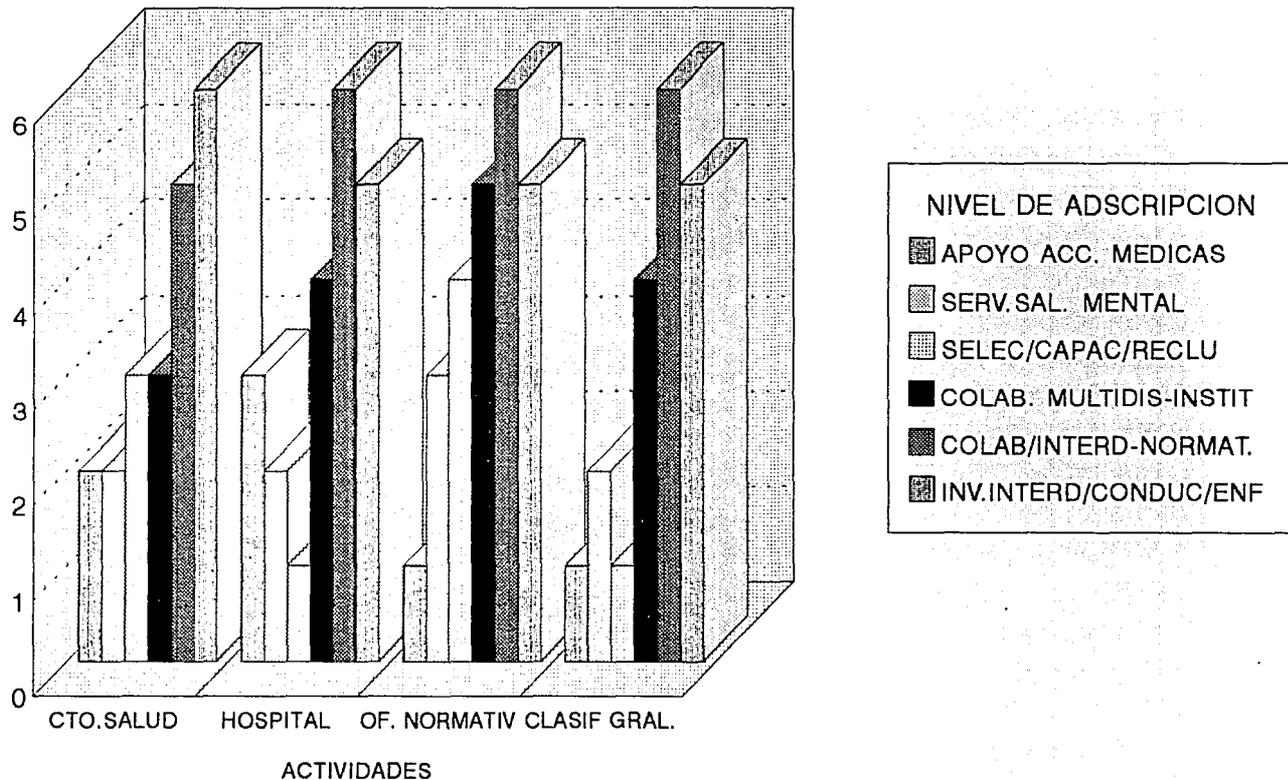
N = 183

\* Diferencia significativa con prueba U de Mann Whitney U = 1534.5 W = 3019.5 p = .0398

# CLASIFICACION DE SEIS ACTIVIDADES POR ORDEN DE IMPORTANCIA PARA EL PERSONAL POR NIVEL DE ADSCRIPCION Y GENERAL.

GRAFICA 10

CLASIFICACION SEGUN MODA DE LA RESP.



GENERAL N = 183

CTO SALUD N = 72 ; HOSPITAL N = 54 OF. NORMATIV. N = 57

TABLA 6.

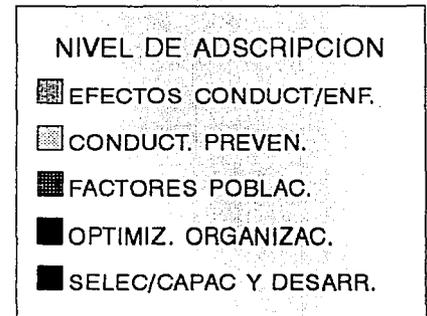
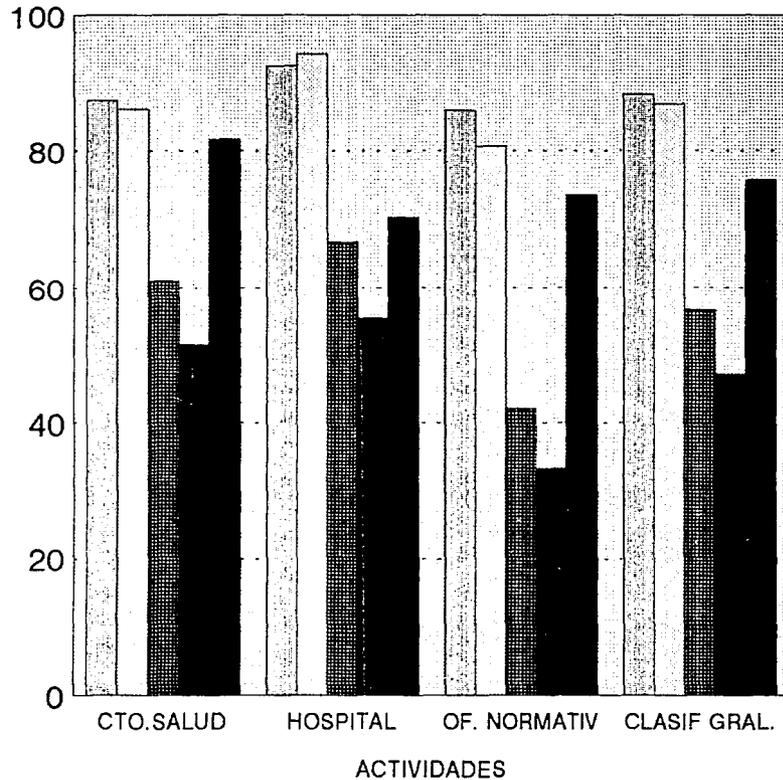
PORCENTAJE DE CLASIFICACION DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACION EN PRIORITARIAS Y NO PRIORITARIAS POR NIVEL DE ADSCRIPCION Y GENERAL.

ACTIVIDADES.	CENTRO DE SALUD		HOSPITAL		OFNAS. NORMATIVAS		GENERAL	
	PRIORI-TARIA	NO PRIO-RITARIA	PRIORI-TARIA	NO PRIO-RITARIA	PRIORI-TARIA	NO PRIO-RITARIA	PRIORI-TARIA	NO PRIO-RITARIA
A. INVESTIGACION DE LOS EFECTOS DE LA CONDUCTA SOBRE EL PROCESO DE ENFERMEDAD.	87.5%	12.5%	92.6%	7.4%	86.0%	14.0%	88.5%	11.5%
B. INVESTIGACION DE CONDUCTAS RELACIONADAS A LA PREVENCION DE LA ENFERMEDAD Y EL AJUSTE A ELLA	86.1%	13.9%	94.4%	5.6%	80.7%	19.3%	86.9%	13.1%
C. INVESTIGACION DE FACTORES POBLACIONALES Y EL IMPACTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	61.1%	38.9%	66.7%	33.3%	42.1%	57.9%	56.8%	43.2%
D. INVESTIGACION Y OPTIMIZACION ORGANIZACIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL SISTEMA.	51.4%	48.6%	55.6%	44.4%	33.3%	66.7%	47.0%	53.0%
F. SELECCION, CAPACITACION Y DESARROLLO DEL PERSONAL DE SALUD	81.9%	18.1%	70.4%	29.6%	73.7%	26.3%	76.0%	24.0

**PORCENTAJE DEL NIVEL DE PRIORIDAD PERCIBIDA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACION.  
POR NIVEL DE ADSCRIPCION Y GENERAL.**

**GRAFICA 9**

PORCENTAJE DE PRIORIDAD PERCIBIDA



GENERAL N = 183

CTO SALUD N = 72 ; HOSPITAL N = 54 OF. NORMATIV. N = 57

## **ANEXO B.**

COMPETENCIA PSICOLOGICA								
		A	B	C	D	E	F	...ZZ
P								
R								
O								
B								
L								
E								
M								
A								
S								

Figura 1. El campo de la psicología de la salud según Stone (1988)

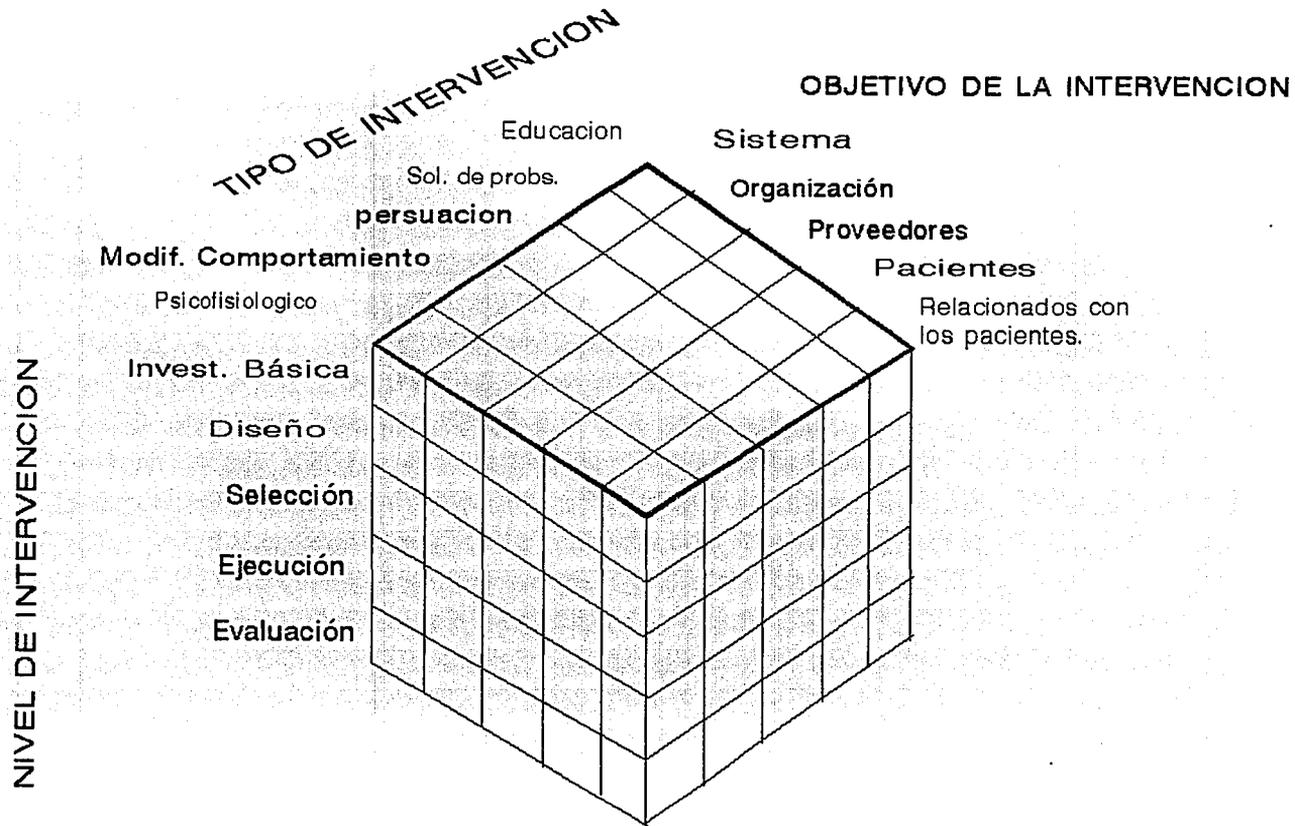


Figura 2. Actividades de los Psicólogos de la salud: nivel de intervención, tipos y objetivos.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.  
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA.**

**CUESTIONARIO AL PERSONAL DEL SECTOR SALUD.**

FICHA DE IDENTIFICACION No. \_\_\_\_\_

1.1 EDAD: \_\_\_\_\_ 1.2 SEXO: ( F ) ( M ) 1.3 PROFESION: \_\_\_\_\_  
 1.4 ESPECIALIDAD DE: \_\_\_\_\_ 1.5 POSGRADO EN: \_\_\_\_\_  
 1.6 LUGAR DE ADSCRIPCION INSTITUCIONAL: \_\_\_\_\_  
 1.7 PUESTO O CARGO QUE OCUPA: \_\_\_\_\_  
 1.8 CUALES DE LAS SIGUIENTES FUNCIONES LLEVA A CABO? TACHE LOS PARENTESIS CORRESPONDIENTES A SUS ACTIVIDADES.  
 1.8.1. ORGANIZACION-COORDINACION ( )  
 1.8.2. ADMINISTRACION ( )  
 1.8.3. INVESTIGACION-DOCENCIA ( )  
 1.8.4. OPERATIVAS ( )  
 1.9 CUANTOS AÑOS DE EXPERIENCIA TIENE EN ESE CARGO Y OTROS SIMILARES? \_\_\_\_\_  
 1.10 HA CONTADO CON LA COLABORACION DE PSICOLOGOS EN SU ACTIVIDAD? 1.10.1 ( SI ) 1.10.2 ( NO )

**I N S T R U C C I O N E S .**

A continuacion presentamos a su amable consideracion una serie de afirmaciones acerca de actividades que pueden ser llevadas a cabo en el Sector Salud y que proponen la inclusion del psicologo, u otro profesional, en el logro de metas del Programa Nacional de Salud vigente. Se le ruega leer cuidadosamente cada afirmacion y, sin considerar la viabilidad o lugar en que es factible llevar a cabo dicha actividad, exprese Ud. su grado de acuerdo o desacuerdo a cada una conforme a la siguiente escala:

- 1= TOTALMENTE EN DESACUERDO
- 2= MODERADAMENTE EN DESACUERDO
- 3= NI ACUERDO NI DESACUERDO
- 4= MODERADAMENTE DE ACUERDO
- 5= TOTALMENTE DE ACUERDO

De los numeros a la derecha de cada afirmacion tache aquel que mejor represente su opinion y solo una opcion. Le rogamos que, en la medida de lo posible, evite utilizar el punto medio o neutro 3 (Ni acuerdo Ni desacuerdo) ya que perderiamos informacion valiosa.

Agradecemos de antemano su amable atencion y colaboracion.

1. La capacitacion y entrenamiento al personal de salud en habilidades de asesoria, consultoria y de relaciones interpersonales permitira incrementar la calidad y calidez de la atencion medica ofrecida por el Sector Salud.	1	2	3	4	5
2. Capacitar y entrenar al personal medico y para-medico en modelos de relacion medico-paciente, acorde a las caracteristicas de la poblacion usuaria, permitira incrementar la satisfaccion y cooperacion de los pacientes en su tratamiento.	1	2	3	4	5
3. La conducta del paciente cronico-degenerativo podra ser manejada mas efectivamente por el personal de salud con la asesoria del psicologo.	1	2	3	4	5
4. El personal de salud que labora en areas operativas criticas (urgencias, terapia intensiva y otras ) requieren capacitacion y entrenamiento en estrategias de psicologicas de auto-control del estres.	1	2	3	4	5
5. El personal medico que atiende a pacientes con traumatismos fisicos puede incrementar su efectividad si estan capacitados en la aplicacion de estrategias psicologicas de control del dolor.	1	2	3	4	5
6. Las acciones grupales de salud en la comunidad seran de mayor impacto si el equipo de salud cuenta con capacitacion en habilidades y conocimientos de psicologia acordes con las actividades y las metas establecidas por la institucion.	1	2	3	4	5
7. Es necesaria la participacion del psicologo en el diseno y evaluacion de programas de educacion para que los usuarios de servicios medicos hagan un uso adecuado de ellos.	1	2	3	4	5
8. Es necesario que se disenen e implanten estrategias comunitarias para detectar, orientar y atender enfermedades mentales, como parte de los programas de salud comunitarios.	1	2	3	4	5
9. La definicion, deteccion y modificacion de comportamientos que permiten mejorar y mantener la salud biologica es una actividad necesaria en la que debe participar el psicologo para el logro de metas institucionales.	1	2	3	4	5
10. El psicologo debe participar en el diseno e instrumentacion de sistemas motivacionales para incrementar el nivel de eficacia y calidad de la atencion del personal de salud.	1	2	3	4	5

11. La participacion del psicologo es necesaria en la evaluacion del impacto de acciones preventivas y de educacion para la salud de la poblacion de responsabilidad de centros de salud y hospitales.	1	2	3	4	5
12. La implantacion, coordinacion y evaluacion de programas de mejoramiento y monitoreo de la calidad de la atencion medica requiere la colaboracion del psicologo para la obtencion de logros significativos y permanentes.	1	2	3	4	5
13. La investigacion y determinacion de los factores psicosociales de la poblacion usuaria de centros de salud y hospitales, permitira organizar los servicios de de urgencias y preventivos en forma mas eficiente y efectiva.	1	2	3	4	5
14. La investigacion orientada a la determinacion de los efectos psicologicos de -diversas enfermedades y su interaccion con varios tipos de tratamiento permitira incrementar la eficacia de la atencion medica.	1	2	3	4	5
15. Determinar la incidencia y prevalencia de conductas nocivas a la salud de la -zona de responsabilidad de centros y hospitales es funcion solo del medico-epidemiologo.	1	2	3	4	5
16. La participacion del psicologo en el desarrollo y validacion de nuevas tecnicas de deteccion y tratamiento de enfermedades biologicas con enfoques individuales y grupales tendra a mejorar la eficacia de las mismas.	1	2	3	4	5
17. Es necesario identificar y modificar aquellos factores ambientales y organizacionales de centros de salud y hospitales que generan estres en los usuarios.	1	2	3	4	5
18. La evaluacion y modificacion de las estructuras organizacionales de los servicios de salud solamente puede ser hecha efectivamente por el medico capacitado en administracion.	1	2	3	4	5
19. Es necesario que el psicologo forme y coordine grupos de auto-ayuda terapeutica de individuos con enfermedades cronicas, con el fin de modificar los factores asociados a la recurrencia de episodios agudos de la enfermedad.	1	2	3	4	5
20. La participacion del psicologo en el desarrollo de estrategias de penetracion comunitaria, con el fin de instrumentar programas sustantivos y temporales de centros de salud, permitira alcanzar mas metas preventivas y de tratamiento.	1	2	3	4	5
21. En la revision de casos clinicos, es necesaria la participacion del psicologo con el equipo medico para tender a lograr una atencion integral de los pacientes.	1	2	3	4	5
22. Es importante que operen servicios de salud orientados a la consulta psicologica y la asesoria de problemas familiares en centros de salud.	1	2	3	4	5
23. Es necesaria la colaboracion del psicologo en la educacion y capacitacion a -usuarios de servicios de salud hospitalarios en comportamientos que faciliten las acciones medico-quirurgicas.	1	2	3	4	5
24. La operacion de servicios de salud mental de terapia breve y de crisis es necesaria e importante en centros de salud.	1	2	3	4	5
25. La participacion del psicologo en la organizacion de hospitales y Jurisdicciones es importante para tender al logro de los objetivos de salud locales y regionales.	1	2	3	4	5
26. La evaluacion neuropsicologica de los pacientes que lo requieren debe estar a cargo del psicologo especializado en esa area.	1	2	3	4	5
27. No aportaria nada positivo a la atencion medica integrar interdisciplinariamente los servicios de salud medicos y los de salud mental o psicologicos en centros de salud.	1	2	3	4	5
28. De acuerdo a su criterio, que forma de trabajo del psicologo en el sector salud puede aportar mas para el logro de los objetivos del Plan Nacional de Salud en diversos niveles del sector? Numere las siguientes opciones por orden de importancia para ud. del 1 al 6.					
a) En apoyo a las acciones medicas.					26a ( )
b) Operando solo servicios psicologicos a la poblacion usuaria.					26b ( )
c) Selecccion, reclutamiento y capacitacion					26c ( )
d) trabajo en equipo multidisciplinario					26d ( )
e) Trabajo interdisciplinario de orden normativo					26e ( )
f) Investigacion Intrae interdisciplinaria de la relacion conducta-enfermedad.					26f ( )

29. En su opinion, de la siguiente lista de actividades de investigacion e intervencion que el psicologo puede llevar a cabo, cuales de ellas las consideraria prioritarias al logro de los objetivos del Programa Nacional de Salud vigente?. Señalelas con el numero 1 si las considera prioritarias y con el 2 si las considera secundarias: - -

A: Efectos de la conducta sobre el proceso de enfermedad y de la misma sobre la conducta del paciente.

27A ( )

B: Investigacion de las conductas relacionadas a la prevencion de la enfermedad, conductas de auto-destruccion, asi como cooperacion en el tratamiento y ajuste a la enfermedad cronica.

27B ( )

C: Investigacion de los factores poblacionales que influyen en el uso de los servicios del sistema de salud y el impacto de sus acciones.

27C ( )

D: Investigacion y optimizacion organizacional del sistema de salud.

27D ( )

E: Seleccion, capacitacion y desarrollo del personal de salud.

27E ( )

30. Conoce Ud. las diferentes teorias y metodologias que actualmente la psicologia ha desarrollado para investigar, explicar e intervenir en el proceso salud-enfermedad?.

A ( SI ) B ( NO )

31. Si su respuesta a la pregunta anterior fue positiva, en que areas y/o funciones considera que tales habilidades y conocimientos del psicologo pueden ser de utilidad al logro de los objetivos y metas del Programa Nacional de Salud actual.

Four horizontal lines for handwritten response to question 31.

32. De acuerdo a su experiencia, que tipo de conocimientos y habilidades requiere el psicologo para insertarse en los diversos ambitos del Sector Salud de manera mas relevante y eficiente.

Nivel Normativo

Two horizontal lines for handwritten response to question 32, level Normativo.

Nivel Operativo:

A) Comunidad

Two horizontal lines for handwritten response to question 32, level Operativo, sub-section A.

B) Centro de Salud:

Two horizontal lines for handwritten response to question 32, level Operativo, sub-section B.

C) Hospital 2do. nivel

Two horizontal lines for handwritten response to question 32, level Operativo, sub-section C.

Gracias por su valiosa colaboracion.