

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTAGALA

**EL QUEHACER DEL PSICÓLOGO DE
LA SALUD.**

T E S I S

Que para obtener el grado de:

L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G Í A

P r e s e n t a n :

**ARELI DORANTES FLORES
VERÓNICA VIQUES VALDEPEÑA**

Director: **LIC. EMILIANO LEZAMA LEZAMA**
Asesores: LIC. FRANCISCO OCHOA BAUTISTA
LIC. BLANCA LEONOR ARANDA BOYZO

Tlalnepantla, Edo. de Mex.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecemos al profesor Emiliano Lezama por ser el asesor de este trabajo. Gracias por la paciencia y el respeto que tuvo para con cada una de nuestras ideas.

También agradecemos a la profesora Blanca Aranda y al profesor Francisco Bautista por ser parte de la realización de esta tesis.

A todos ellos muchas gracias por formar parte de este proceso, por finalizar esta etapa de nuestra formación como psicólogas.

Le dedico esta tesis a mi mamá por ser la persona más grande en mi vida, porque tu corazón es mi ejemplo y tu amor es la mayor de mis bendiciones, te amo con todo mi ser.

A mi papá gracias por impulsarme a ser una mejor persona, te amo profundamente, que Dios bendiga cada uno de tus caminos.

A mi hermana Aide porque siempre ha sido la alegría de la casa, porque tienes una fuerza que contagia, te amo y me siento orgullosa de ser tu hermana, gracias a Dios por tu vida.

Vero, muchas gracias porque tu amistad ha sido una gran sorpresa en mi vida, por todas las risas que nacen contigo, por ser incondicional; que Dios te bendiga.

A mi mamá

Por su fortaleza, tenacidad, amor, educación y principalmente por su apoyo incondicional brindado a lo largo de toda mi vida y por encima de ésta. Por hacer que la vida se vea más sencilla cuando el mundo tiembla. Por dejarme descubrirte como la gran MUJER que eres y por la madre que representas. Por darme la serenidad para que no se corte mi respiración y más aún por heredarme el coraje necesario para algún día llegar hasta ti...

...Te Amo

Gracias al Sol por estar siempre presente en cada despertar de mis días y por ser una de las cosas más seguras en mi vida.

Por sobre todo gracias a Dios por existir en mi vida y la importancia de lo que eso implica...

ÍNDICE.

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| Capítulo 1: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD..... | 6 |
| 1.1 Orígenes de la psicología de la salud..... | 7 |
| 1.2 Estado actual de la psicología de la salud..... | 19 |
| Capítulo 2: EL QUEHACER DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD..... | 31 |
| 2.1 Aspectos generales de las Funciones del Psicólogo de la salud..... | 31 |
| 2.2 Funciones del psicólogo de la salud..... | 37 |
| 2.2.1 Evaluación..... | 37 |
| 2.2.2 Diagnóstico..... | 41 |
| 2.2.3 Tratamiento e intervención..... | 44 |
| 2.2.4 Asesoría y enlace..... | 47 |
| 2.2.5 Prevención y promoción de la salud..... | 49 |
| 2.2.6 Investigación..... | 51 |
| 2.2.7 Enseñanza y supervisión..... | 56 |
| 2.2.8 Dirección, administración y gestión..... | 58 |
| Capítulo 3: PRINCIPALES TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE SE EMPLEAN EN EL TERRENO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD..... | 63 |
| 3.1 Definición y Objetivos de las psicoterapias..... | 64 |
| 3.2 Psicoterapias existentes empleadas en el ámbito de la salud..... | 65 |

| | |
|---|-----|
| 3.1 Técnicas de Modificación de conducta..... | 67 |
| 3.2 Técnicas de Terapia Cognitivo-conductual..... | 74 |
| 3.3 Técnicas Psicoanalistas: Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia..... | 88 |
| | |
| Capítulo 4: PROBLÉMÁTICA ACTUAL ACERCA DEL QUEHACER DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD..... | 100 |
| | |
| 4.1 Problemática en cuanto al quehacer..... | 101 |
| 4.1.1 Evaluación y diagnóstico..... | 104 |
| 4.1.2 Asesoría y enlace..... | 105 |
| 4.1.3 Prevención y promoción de la salud..... | 106 |
| 4.1.4 Investigación..... | 108 |
| 4.1.5 Enseñanza y supervisión..... | 110 |
| 4.1.6 Dirección, administración y gestión..... | 113 |
| | |
| 4.2 Problemática en cuanto a técnicas y procedimientos en tratamiento e intervención..... | 118 |
| | |
| CONCLUSIONES..... | 125 |
| | |
| REFERENCIAS..... | 135 |

INTRODUCCIÓN.

El crecimiento de la psicología de la salud ha tenido como determinante el cambio que en las últimas décadas ha experimentado el concepto de salud. La vieja dicotomía de salud física - salud mental se ha superado con el reconocimiento del componente bio-psico-social de la salud y la enfermedad; disolviéndose sus límites al conocerse, cada vez con mayor exactitud, la interdependencia entre la conducta o la "psique" y el cuerpo. Una consecuencia inmediata de este cambio ha sido la necesidad creciente de trabajo realizado por equipos interdisciplinarios en todos los campos sanitarios, incluso en aquellos más alejados de los tradicionales como la "salud mental". Otra importante consecuencia ha sido la creciente demanda de la intervención psicológica en la prevención de los trastornos en cuya génesis la conducta es un eje etiológico fundamental. Así, algunos de los padecimientos más importantes de nuestro tiempo como el cáncer, los que se derivan de los accidentes de circulación, los trastornos cardio-vasculares y el SIDA, tienen en la prevención psicológica una importante y útil herramienta para la reducción de su incidencia. No es exagerado afirmar, además, que en muchos casos la intervención psicológica debe ser uno de los pivotes esenciales sobre el que se asiente cualquier política responsable en estos y otros muchos trastornos.

En el campo tradicional de la salud mental, el rol de los psicólogos también ha sufrido cambios notables en éstas últimas décadas. Desde su encasillamiento inicial como psicólogo evaluador ha tomado cada vez un mayor protagonismo como profesional, cuyos conocimientos le permiten dar una nueva visión y perspectiva a los padecimientos llamados "mentales". En relación con este aspecto merece especial mención la aportación que la psicología supuso en el cambio de los tradicionales métodos de tratamiento para los pacientes crónicos institucionalizados, transformación en la que los psicólogos han tenido un papel destacado en cualquier sitio dónde dicho proceso de cambio ha tenido lugar.

Líneas históricas tales como Medicina Psicosomática, Medicina Conductual, Psicología Médica confluyen en el campo denominado genéricamente Psicología de la Salud, que se ha constituido en 1978 en un Área con su propia división (la División 38) dentro de la APA, contando desde 1982 con su propia Revista, Health Psychology. Esta asociación ha aceptado como definición de psicología de la salud, la realizada en 1980 por Matarazzo que dice de la siguiente manera: “la Psicología de la Salud es el conjunto de las aportaciones específicas educativas, científicas y profesionales de la Psicología dirigidas a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y las disfunciones relacionadas. La APA agregó al final: el análisis y mejora del sistema de salud y la formación en política sanitaria” (cit. en Ballester, 1997).

Diversos son los ámbitos en los que el psicólogo ha desarrollado su trabajo profesional, desde los terrenos de investigación básica, hasta instituciones educativas y de salud; éstos han evolucionado en la medida en que hay una necesidad social cada vez más apremiante, entendiendo que toda práctica científica debe tener como justificación de su existencia la solución de problemas socialmente relevantes. Sin embargo, pese a que se habla de estos cambios “notables” que han ocurrido en el ejercicio profesional del psicólogo de la salud; o del “protagonismo” que ha tomado el trabajo del psicólogo de la salud, se debe poner especial atención al hecho de que el trabajo se sigue viendo limitado, ya sea por políticas de tipo administrativo (cuestiones de poder), el poco reconocimiento profesional que se sigue dando al trabajo psicológico, el casi inexistente trabajo inter y multidisciplinario dentro de las instituciones de salud, y por último, el trabajo del psicólogo de la salud también se ve limitado por los mismos psicólogos, ya sea por no conocer siquiera las funciones que debe llevar a cabo o por desconocimiento de las técnicas que emplean como formas de intervención.

Ahora bien, cada uno de los terrenos en los que trabaja un psicólogo tiene lógicas que son congruentes con la dimensión psicológica de la conducta humana a la que se esté enfocado, en el ámbito de la salud el psicólogo aplica el conocimiento y las habilidades, las técnicas y los instrumentos

proporcionados por la Psicología y ciencias afines a las anomalías, los trastornos y a cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir éstos en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse. Pese a que los aspectos de la conducta humana son diferentes en cada uno de los ámbitos en lo que ésta se encuentra inmersa, hay funciones que son generales para todo psicólogo como lo son la evaluación y el tratamiento, sin embargo éstas no son las únicas a realizar, existen al menos seis funciones más que son parte o que deberían ser parte del trabajo habitual del psicólogo de la salud, funciones que tienen como objetivo que se logre llevar a cabo y de manera real el trabajo inter y multidisciplinario, funciones como la investigación, la cual debería ser una prioridad para los profesionales, puesto que es a través de la investigación que surge nueva tecnología para resolver problemas, a través de la investigación se renuevan teorías y existiendo esta retroalimentación entre ciencia y tecnología es que también el trabajo del psicólogo encuentra una justificación social; así como estas funciones existen otras que parecen olvidadas por el profesional y por ello el trabajo del psicólogo en muchas instituciones de salud sigue siendo únicamente la de evaluar e intervenir.

Si bien una de las dos funciones más reconocidas y mayormente llevadas a cabo por el psicólogo la salud es la intervención, también cabe hacerse preguntas respecto a cómo se esta llevando a cabo dicha función; ¿existen técnicas que sean efectivas, pertinentes, que tengan bases teóricas congruentes? No vamos a hacer una comparación entre teorías o técnicas, no lo creemos pertinente en la medida en que cada una de ellas tiene bases teóricas entre sí donde se conceptualiza el objeto de estudio de forma diferente, pero debemos preguntarnos si una u otra técnica está respondiendo a las exigencias

`bjbjýlŷ``

.....\$.....\$.....\$.....\$.....

Ö Ö \$ \$
 1 • ø ø ø \$ Ä Ö \$
 Ö \$ \$f ø
 \$ \$f ø Ä ø ¼ N - Ö
 Ö
 • 1 \$ ö

INTRODUCCIÓN.

El crecimiento de la psicología de la salud ha tenido como determinante el cambio que en las últimas décadas ha experimentado el concepto de salud. La

vieja dicotomía de salud física - salud mental se ha superado con el

componente bio-psico-social de la salud y la enfermedad; disolviéndose sus límites al conocerse, cada vez con mayor exactitud, la interdependencia entre la conducta o la "psique" y el cuerpo. Una consecuencia inmediata de este cambio ha sido la necesidad creciente de trabajo realizado por equipos interdisciplinarios en todos los campos sanitarios, incluso en aquellos más alejados de los tradicionales como la "salud mental". Otra importante consecuencia ha sido la creciente demanda de la intervención psicológica en la ecuencia ha sido la creciente demanda de la intervención psicológica en la prevención de los trastornos en cuya génesis la conducta es un eje etiológico fundamental. Así, algunos de los padecimientos más importantes de nuestro tiempo como el cáncer, los que se derivan de los accidentes de circulación, los trastornos carseptos que forman parte de las funciones del psicólogo pueden ser comunes, las formas en cómo se aborda un problema dentro de la psicología está en función directa de la manera en cómo es concebido el objeto de estudio en las diferentes teorías que son parte del hacer de nuestra ciencia y práctica profesional.

Por último, en el capítulo cuatro se abordarán dos aspectos que consideramos son parte de la problemática del hacer del psicólogo en el terreno de la salud; por un lado nos referimos al quehacer mismo del psicólogo en este ámbito profesional, entendiendo éste como el desarrollo de las funciones que debe o no llevar a cabo dentro de su labor profesional, ya que esto tiene relación directa con el estado actual en el que se encuentra el trabajo del psicólogo en el ámbito de la salud. La segunda problemática que consideramos en este capítulo, se refiere a las técnicas y procedimientos empleados en la función de tratamiento e intervención, primero porque pensamos que se debe respetar el hecho de que cada técnica tiene una base teórica que concibe de formas diferentes a un mismo objeto de estudio, y por ende pensamos que las prácticas eclécticas pueden hacer evidentes tres cosas; primero, que hay una falta de claridad por parte del psicólogo practicante respecto de las bases teóricas; segundo, que no hay un compromiso fuerte tanto para la disciplina como para quien demanda el servicio; y en tercer lugar, una práctica ecléctica hace evidente las carencias que tiene una u otra técnica, problema que en lugar de ser resuelto mediante al

análisis teórico y práctico de tal técnica, se toma lo que es útil de cada una; una vez más ignorando las bases conceptuales, tapando con esto momentáneamente el problema, sin embargo, estas formas de proceder impiden el crecimiento de nuestra disciplina como ciencia y como profesión.

RESUMEN.

El trabajo del psicólogo de la salud se ha visto limitado; primero, por el no reconocimiento del quehacer de un psicólogo dentro de este ámbito por diferentes disciplinas como la medicina, segundo por los mismos psicólogos, ya sea por no conocer las funciones que debe llevar a cabo o por desconocimiento de las técnicas que se emplean como formas de intervención, así como sus bases teóricas. La participación del psicólogo en este ámbito adquiere una mayor importancia hasta 1980, con la aceptación de la definición de psicología de la salud, propuesta por Matarazzo, la cual aún está vigente. Por lo anterior es que el objetivo del presente trabajo es realizar un análisis del quehacer del Psicólogo en el ámbito de la Salud, en lo que respecta a las funciones que debe llevar a cabo y a las técnicas empleadas como formas de intervención. Para cumplir con dicho objetivo, en el primer capítulo se presenta una revisión histórica de los principales antecedentes que dieron origen al área de la psicología de la salud así como las condiciones actuales. En el segundo capítulo se describen las funciones que han sido reconocidas como parte del quehacer del psicólogo de la salud. En el tercer capítulo se exponen las principales técnicas y procedimientos que se emplean en este terreno. En el capítulo cuatro se abordan dos aspectos en cuanto a problemáticas a las funciones que debe de llevar a cabo el psicólogo de la salud y el segundo aspecto es la problemática en cuanto a las técnicas y procedimientos empleados. Dentro de nuestras conclusiones se encuentra que se debe respetar el hecho de que cada técnica tiene una base teórica diferente y por ende consideramos que las prácticas eclécticas pueden hacer evidentes tres cosas; primero, falta de claridad por parte del psicólogo practicante respecto de las bases teóricas; segundo, falta de compromiso tanto para la disciplina como para quien demanda el servicio; tercero, una práctica ecléctica hace evidente que no todas las técnicas son pertinentes para cada uno de los momentos que son parte de la función del psicólogo en el terreno de la salud, que deberían ser considerados a nivel teórico, lo cual supondría cambios en el hacer profesional.

Capítulo 1: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

La historia de la Psicología en general, se remite a los tiempos de filósofos como Platón, Descartes y Kant, quienes se cuestionaban acerca de la naturaleza del ser humano; ellos consideraban que para la obtención de conocimientos acerca de algo, en este caso acerca del hombre; la mejor forma de adquirirlo era a través del razonamiento lógico, esta forma de pensar difería de la que tenían filósofos como Aristóteles, Locke y Hume, quienes pensaban que además del pensamiento lógico, era necesaria la observación de los eventos. Estas formas de pensar fueron gran influencia para el surgimiento y desarrollo de la Psicología experimental, que históricamente dentro de la evolución de la psicología tiene una importancia particular, por ser tal vez la primer área específica en esta disciplina; a partir del surgimiento de ésta encontramos el nacimiento de nuevas áreas dentro de la Psicología, como la Psicología clínica, la Psicología laboral y la Psicología educativa; y con el tiempo han surgido áreas de especialización dentro de cada una de las anteriores; Kantor (1990) menciona que esto se debe a que la psicología es una ciencia joven en proceso de construcción y que ha pasado por un sin número de estadios que han estado permeados por las condiciones socio-históricas en el momento de su emergencia.

De manera similar (Lave y Wenger, (1996) señalan que el desarrollo de una disciplina sólo tiene sentido si corresponde con el tiempo y con el espacio social en el que ocurre, pensar en un área específica de la Psicología como lo es la Psicología de la Salud; en nuestro caso, es posible en tanto guarda correspondencia con una realidad económica, política y social, a nivel nacional e internacional.

Aunque no es nuestro objetivo exponer las condiciones sociales, económicas o políticas; consideramos que las fechas y los contextos, sí expuestos en el contenido de este capítulo, van más allá de la mera ubicación

en tiempo y espacio; y precisamente las fechas y lugares nos dan una panorámica general de las condiciones sociales, económicas o políticas, que dieron origen, en este caso a la Psicología de la Salud.

Cada una de las áreas en que se ha dividido la Psicología tiene una historia que guarda una correspondencia con el tiempo y el contexto en el que surgen y se desarrollan. En este primer capítulo se presentará el origen de la Psicología de la Salud, las diferentes definiciones que han surgido y, por último el estado actual de área de la Psicología, haciendo énfasis en lo que toca a las condiciones actuales en nuestro país.

1.1 Orígenes de la psicología de la salud.

El modelo médico de la enfermedad, entiende la enfermedad en términos de un desorden biológico o desbalances químicos y, en definitiva, asume el dualismo mente-cuerpo, entendiendo que el cuerpo y la mente son dos entidades separadas. Esta perspectiva es insuficiente tanto para entender como para trabajar los problemas de salud crónicos que han emergido con fuerza a lo largo del siglo XX y XXI. En este sentido, los clínicos que gozan de mayor prestigio y conocimiento saben que, incluso, un diagnóstico y tratamiento óptimo de una enfermedad siempre se verá influido, en gran medida, por la relación médico-paciente que se haya establecido.

Pese a la visión biologicista del modelo médico, desde hace varios años se ha reconocido que algunos de los padecimientos más importantes de nuestro tiempo como el cáncer; los que se derivan de los accidentes de circulación, los trastornos cardio-vasculares y el SIDA, tienen en la prevención psicológica una importante y útil herramienta para la reducción de su incidencia. No es exagerado afirmar, además, que en muchos casos la intervención psicológica debe ser uno de los pivotes esenciales sobre el que se asiente cualquier política responsable en estos y otros muchos trastornos (Schneider, P. 1985).

El crecimiento de la Psicología de la Salud ha tenido como determinante el cambio que en las últimas décadas ha experimentado el concepto de salud. La vieja dicotomía de salud física - salud mental se ha superado con el reconocimiento del componente bio-psico-social del enfermar, disolviéndose sus límites al conocerse, cada vez con mayor exactitud, la interdependencia entre la conducta o la "psique" y el cuerpo. Una consecuencia inmediata de este cambio ha sido la necesidad creciente de los equipos interdisciplinarios en todos los campos sanitarios, incluso en aquellos más alejados de los tradicionales como la "salud mental". Otra importante consecuencia ha sido la creciente importancia de la intervención psicológica en la prevención de los trastornos en cuya génesis la conducta es un eje etiológico fundamental (Ballester, R. 1997).

Básicamente, son tres las razones que se suelen plantear como causas particulares del nacimiento de la psicología de la salud. En primer lugar desde mediados de este siglo, asistimos a un cambio en la preocupación sanitaria que se ha desplazado, en una medida importante, desde las enfermedades infecciosas hasta los trastornos de carácter crónico de etiología pluricausal que están ligados al estilo de vida propio de las sociedades industrializadas. El incremento de nuevas enfermedades es, en definitiva, producto de hábitos poco saludables o insanos que, facilitan la aparición de enfermedad. En segundo lugar, este tipo de enfermedades crónicas, con las cuales el paciente tiene que convivir durante muchos años, suele conllevar una serie de cambios importantes en la calidad y estilo de vida de las personas. (Becoña y Cols. 2000)

En un contexto interesado por un modelo holístico de salud, surge el nacimiento formal de la Psicología de la Salud (Ballester, 1998). Esto coincide con la propuesta que se formuló a finales de los sesenta de considerar la psicología como una profesión sanitaria, al reconocerse que la conducta del ser

humano puede ser crucial tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la enfermedad. (Amigo, 1998)

Ahora bien, los primeros antecedentes de la Psicología relacionados con el campo de la salud se encuentran en el año de **1900**, con Watson quien realizó estudios sobre Neurología y Psicología en contraposición a la Psiquiatría con base en tres aspectos: **a)** demostración de la existencia de un campo fértil por medio de trabajos de retroalimentación y Psicología familiar; **b)** la detección de la relación entre enfermedad y estilos de vida; y **c)** demostración de que los conceptos psicodinámicos eran oscuros y no proporcionaban una alternativa. En **1904**, Stanley Hall, en un trabajo sobre adolescencia, incluyó un capítulo en el cual trataba la importancia de los aspectos preventivos y de higiene, posteriormente en **1911** la Asociación Americana de Psicología (APA) creó una comisión para inspeccionar la situación de la enseñanza de Psicología en las facultades de medicina.

Posteriormente, ciñéndose a su establecimiento de manera más formal, que tuvo la Psicología al área de la Salud fue por medio de la enseñanza en las facultades de medicina (Salinas, 1995), Watson en **1912** (cit. En Ballester, 1997) fue uno de los primeros en considerar la importancia de dar formación psicológica a los estudiantes de medicina con el objetivo de dar mayor atención al paciente en forma integral; refiriéndose de esta manera a la Psicología Médica, la cual se refiere a los aspectos curativos que se dan en la interacción entre el médico y el paciente. Más concretamente, es la enseñanza de la psicología que se imparte en la carrera de Medicina, incluyendo entonces toda una variedad de conocimientos psicológicos de interés para la formación médica (Schneider, P. 1985).

Por otra parte, en **1918** la Medicina Psicosomática constituyó el primer intento de investigar, dentro del ámbito médico, las relaciones entre las variables psicosociales y las alteraciones psicofisiológicas. El término fue acuñado en 1918 por Heinroth (Reig, 1981), y con él se quiso dar cuenta de las

relaciones entre los procesos psicológicos y las estructuras somáticas. Históricamente se han descrito dos momentos en la evolución de la medicina psicosomática (Lipowski, 1986). El primero comprende entre 1953 y 1960 y se caracteriza por la notable influencia del psicoanálisis. De hecho en esta fase, la medicina psicosomática se centró, fundamentalmente, en el estudio de la etiología y patogénesis de la enfermedad física desde una perspectiva abiertamente psicodinámica. Se asumía que las causas de algunas enfermedades orgánicas concretas se encuentran en ciertas características de personalidad, conflictos interpersonales y el modo de responder a dichos conflictos. Según uno de los representantes más relevantes de ese momento, Alexander (1950), las alteraciones de salud más importantes que podían considerarse de naturaleza psicosomática serían el asma, la neurodermatitis, la úlcera de duodeno, la colitis ulcerosa, la artritis reumatoide, la hipertensión, la úlcera de duodeno, la colitis ulcerosa, la artritis reumatoide, la hipertensión esencial y la diabetes.

A partir de 1965 se observa un cambio de orientación en esta disciplina. Se abandona progresivamente la formulación psicoanalítica para explicar la enfermedad, se busca una base científica más sólida de conocimiento equiparable a la de la medicina y se plantea la necesidad del desarrollo de técnicas terapéuticas eficaces para el tratamiento de la enfermedad psicosomática: 1) el estudio del papel de los factores psicológicos, biológicos y sociales en la homeostasis del ser humano; 2) una aproximación holística a la práctica de la medicina, y 3) una relación con la práctica psiquiátrica de consulta –apoyo.

Posteriormente en **1922**, Wundt realizó estudios sobre el dolor (Ballester, 1997; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

En el año **1939** aparece la Revista Psychosomatic Medicine que, como decía en la primera editorial, su objeto era "estudiar la correlación existente entre los aspectos fisiológicos de todas las funciones corporales, tanto normales como anormales, y de esta manera integrar la terapia somática y la

psicoterapia". A pesar de este propósito, la medicina psicosomática terminó por distinguir entre distintas enfermedades, donde unas serían propiamente psicosomáticas (aparte lo discutible que es una tal tipificación), y, lo que es peor, terminó por proponer explicaciones psicológicas a menudo más especulativas que empíricas. Con todo, la medicina psicosomática también se atuvo a la metodología científica y ha constituido así un campo de investigación y clínico que intersecta la psicología experimental con la aplicación biomédica (Schneider, P. 1985).

La raíz de la psicología de la salud es el análisis conductual aplicado. Mismo que es el primer intento de la psicología por desarrollar técnicas dirigidas al cambio individual, partiendo de la base del análisis experimental de la conducta (Bazan, 1997).

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 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 acampo de la salud mental (Holtzman 1993). El ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud integra, por su parte, dos campos de especialización separados previamente existentes: la Psicología Clínica y la Psicología de la Salud, dedicadas específicamente, una a los trastornos considerados clásicamente clínicos o mentales y la otra a los fenómenos y problemas psicológicos en su relación con los problemas médicos o de salud en general. Todo ello, de acuerdo con la visión holística e integradora actualmente mantenida tanto sobre la salud como sobre la enfermedad como un todo integrado biológico, psicológico y social (Bustos 2000).

En **1950**, la Universidad de Pittsburg patrocinó conferencias sobre "La relación de la Psicología con la Medicina", en este mismo año se suscitaron una seria de investigaciones que documentaban un crecimiento en el número

de psicólogos que daban clases en las facultades de medicina (Schneider, P. 1985).

Más adelante en **1969**, William Shofield publicó un artículo en el “American Psychologist” en el cual propuso a los psicólogos que investigaran más en temas relacionados con la salud / enfermedad (Rodin y Stone, 1987; cit. en Florez, 2001).

A partir de **1970**, se empezó a dar respuestas sistemáticas al llamado de Shofield y se buscaban mejores formas para la oferta de servicios de salud con la cooperación de los psicólogos para poder de esta manera desarrollar un modelo del psicólogo como un profesional del cuidado de la salud.

De esta manera es que la APA, en **1973** instituyó un grupo llamado “Task Force on Health Research”, cuyo objetivo fue recabar, organizar y difundir la información sobre el estado de la investigación acerca de las conductas relacionadas con la salud (APA, 1976; cit. en Ballester, 1997). A la par de estos acontecimientos, surgen nuevas disciplinas que tienen por objetivo formular estrategias para prevenir o modificar conductas nocivas para la salud como la Medicina Comportamental (conductual), término propuesto por Lee Birk en **1973** en su libro “Biofeedback: Behavioral Medicine” (Florez, 2001), por ello se puede mencionar que la Psicología Médica, la Medicina Psicosomática y la Medicina conductual son los antecesores de la moderna Psicología de la Salud (Florez, 2001).

Como resultado de la investigación del grupo “Task Force on Health Research”, se reunieron aproximadamente 500 profesionales, con lo cual se instituyó dentro de la División 18 de la APA (División de Psicólogos en el servicio público) una sección llamada “Health Research” con el propósito de continuar la investigación psicológica en el ámbito de la salud, que fue incrementándose en los años posteriores (Ballester, 1997).

La cuestión es que todas estas líneas históricas (Medicina Psicosomática, Medicina Conductual, Psicología Médica) confluyen en el campo denominado genéricamente Psicología de la Salud, que para **1978** se ha constituido en un Área con su propia división (la División 38) dentro de la APA, con el nombre de División de Psicología de la salud, siendo su primer presidente Joseph Matarazzo, quien a su vez propuso la definición, que posteriormente se aceptaría como oficial a nivel internacional (que se expondrá más adelante en este capítulo), de esta manera los principales representantes e iniciadores de esta disciplina fueron: Stephen Weiss, Neal Miller, Jerome E. Singer, Gary Schwartz, Edward Blanchard, George Stone y Richard Evans (Ballester, 1997). Dando así como resultado que en **1979** se publicara el primer libro, titulado "Health Psychology".

Es de esta manera que se comienzan a perfilar los conceptos de la Psicología de la Salud con diferentes autores interesados en el desarrollo de la misma, sin dejar de lado que también dichos conceptos han tenido sus respectivas evoluciones a lo largo de la historia y en correspondencia con ésta.

Uno de los primeros intentos por definir la Psicología de la Salud fue realizado por Stone en **1979** (cit. en Roa, 1995) al exponer que, "al hablar de Psicología de la Salud se engloban todos los conceptos, teorías y métodos en tanto puedan ser aplicables a la comprensión e intervención en diferentes ramas del sistema de salud".

Sin embargo, fue un año después (**1980**) que las atribuciones de esta disciplina y sus áreas de trabajo quedan descritas en la vigente y ampliamente aceptada, definición de Matarazzo (1980,pág.815):

La psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la

salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del sistema sanitarios y la formulación de una política de la salud.

En esta descripción de Matarazzo se recogen las cuatro líneas de trabajo fundamentales del psicólogo de la salud. En primer lugar se destaca *la promoción y el mantenimiento de la salud*, que incluiría todo el ámbito de las campañas destinadas a promover hábitos saludables.

La segunda línea de trabajo la constituye *la prevención y el tratamiento de la enfermedad*. La Psicología de la Salud enfatiza la necesidad de modificar los hábitos insanos con objeto de prevenir la enfermedad, sin olvidar que se puede trabajar con aquellos pacientes que sufren enfermedades en las cuales tienen gran importancia ciertos factores conductuales, además de enseñar a la gente que ya ha enfermado a adaptarse más exitosamente a su nueva situación o aprender a seguir los regímenes de tratamiento.

En tercer lugar, la psicología de la salud también se centra en el estudio de la *etiología y correlatos de la salud, enfermedad y las disfunciones*. Es este contexto la etiología hace referencia al estudio de las causas (conductuales y sociales) de la salud enfermedad. Dentro de las mismas se incluirán hábitos tan referidos como el consumo de alcohol, el tabaco, el ejercicio físico o el modo de enfrentarse a las situaciones de estrés.

Finalmente, también se atribuyen como competencia de la psicología de la salud el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud. En definitiva, se trataría de analizar el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de la población y desarrollar recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud.

Posteriormente fue hasta **1982** que se edita la primera revista dedicada a la Psicología de la Salud y en **1983** se lleva a cabo una conferencia nacional sobre educación y entrenamiento de los psicólogos de la salud (Becoña y cols. 2000).

En la década de los ochenta esta disciplina tuvo un rápido crecimiento, sobre todo en los países desarrollados. Por ejemplo, en Estados Unidos en **1984**, el psicólogo fue reconocido como parte fundamental del equipo médico (Ramírez, 1996). En **1987**, el Medical Program of the Uniformed Services, reportó que los psicólogos habían reemplazado a los psiquiatras en la administración de atención en los hospitales y que además se había ahorrado la tercera parte del presupuesto para la salud tanto en tiempo como en costo; debido a esto, la Suprema Corte de Justicia, aclaró que los psicólogos y los psiquiatras estaban al mismo nivel profesional y que cualquier regulación política que limitara la competitividad entre estas dos profesiones debía estar sujeta al escrutinio del Estado (Enright, 1990; cit. en Ramírez, 1996).

En lo que respecta a los intentos por definir a la Psicología de la Salud, varios autores, entre ellos Taylor en **1986**, han propuesto diferentes definiciones, la de este autor expone que “la Psicología de la Salud es el campo, dentro de la psicología, que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, y como responde una persona cuando está enferma” (cit. en Latorre, 1994).

En México Rodríguez y Palacios (**1989**) la definen como “la aplicación de los avances metodológicos que han existido en otras áreas de la Psicología, con el fin de promover el cuidado, mantenimiento, promoción y estilo de vida para la salud”.

En España en la Universidad Autónoma de Madrid. Carrobles en **1993**; (cit. en Vuela. Sierra y Carrobles, 1995) refiere que:

“La Psicología de la Salud es el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos u orgánicos con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan

lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad”.

Por otra parte Holtzman, (1993) expone que la Psicología de la Salud se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado y de desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y mantenimiento de la salud. Comprende además el estudio de factores del comportamiento que afectan al tratamiento de emergencia y la recuperación de la enfermedad física.

Para Piña y Morales (1995) la psicología en relación con la salud, constituye un ámbito de acción científica y profesional que no solo busca la generación de conocimientos a partir de un modelo sustentado en una teoría de la personalidad, sino sentar las bases para auspiciar un trabajo articulado y definido a partir de la concepción de la disciplina. Lo que interesa es el estudio de aquellos comportamientos que participan en la determinación del estado de la salud.

Anteriormente la Psicología de la Salud se habían definido en términos demasiado amplios, considerando que 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 un 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, por lo 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 íntegramente al individuo, tomando la posición de que los factores biológicos, psicológicos y sociales están implicados en todas las etapas de la enfermedad y de la salud, las cuales

oscilan de aquellas conductas y estados que mantienen a la gente saludable, a aquellas que producen enfermedades crónicas y debilitantes.

De esta manera se puede hacer una clasificación de las definiciones, están las que enfatizan la prevención y tratamiento de las distintas enfermedades, como la expuesta por Carroble y las que acentúan la promoción y mantenimiento de la salud como las formuladas por Taylor, Holtzman, Rodríguez y Palacios.

Tomando como punto de partida la relevancia de la definición de Psicología de la Salud de Matarazzo (1980), la División de Psicología de la Salud de la APA estableció diez objetivos prioritarios para esta:

1. **Comprender y evaluar la relación existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.**
2. **Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques médicos en la promoción de la salud y tratamiento de la enfermedad.**
3. **Comprender la naturaleza de respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de la adquisición de un gran número de problemas de salud.**
4. **Entender cómo los métodos conductuales y cognitivos pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.**
5. **Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar programas dirigidos a incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.**
6. **Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.**

7. **Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a las relaciones médico-paciente se refiere.**
8. **Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y como se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.**
9. **Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.**
10. **Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.**

Sin embargo, a la hora de llevar a cabo sus funciones para cubrir los objetivos antes mencionados, la Psicología de la Salud se encuentra con el conflicto de delimitar su campo de acción ya que existen otras disciplinas con metas diferentes, problemática que se abordara en el siguiente capítulo.

Concluyendo, y de manera general, Becoña y Cols. (2000) mencionan que la Psicología de la Salud emerge principalmente por cinco razones:

- 1) **El cambio en la concepción de los términos salud y enfermedad.**
- 2) **La dificultad del modelo biomédico por explicar el origen y desarrollo de ciertas enfermedades (cáncer, hipertensión, diabetes).**
- 3) **El cambio en los patrones de enfermedad, actualmente las enfermedades crónicas en su mayoría están determinadas por los comportamientos.**
- 4) **Las inversiones en salud, sin ver una mejoría en ésta.**

5) El aumento de la investigación y aplicación de la modificación de conducta a diversos trastornos, con la obtención de resultados favorables.

En este mismo sentido, conviene llamar la atención sobre el hecho de que la Psicología de la Salud no sólo se aplica o toma en consideración los fenómenos o procesos anormales o patológicos, sino que estudia y se aplica igualmente y cada vez con más dedicación, a los procesos y estados de salud y bienestar, tanto de los individuos como de los grupos humanos, tratando de asegurar los mismos o de reinstaurarlos en caso de que éstos se hubieran perdido, de acuerdo con las importantes funciones complementarias de prevención y de educación para la salud desarrolladas igualmente por la Psicología de la Salud (Latorre, J. 1994).

En los últimos años se ha observado un interés creciente por vincular a la psicología con los problemas de la salud humana, más allá de los estrechos límites del mal llamado campo de la salud mental. Han aparecido nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimiento sobre los ya existentes: la psicología, la salud conductual, la medicina conductual, la inmunología conductual y muchos otros. Todas estas interdisciplinas tienen como propósito destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud, tal como se perciben desde la óptica de la medicina clínica y experimental (Ribes, 1989).

A lo largo de este apartado se han presentado diferentes definiciones de Psicología de la salud, y ya sea que se enfatice la prevención y tratamiento de distintas enfermedades; o que acentúen la promoción y mantenimiento de la salud; se debe tener presente, que, en tanto las condiciones sociales, económicas y políticas continúan cambiando, la psicología seguirá siendo susceptible de cambios en sus definiciones y formas de concebir al objeto de estudio. La evolución es una condición necesaria para la existencia y permanencia de la ciencia.

A continuación se expondrán las condiciones actuales de la Psicología de la Salud en países que han destacado en el desarrollo de esta área de la Psicología; así como el estado actual en nuestro país.

1.2 Estado actual de la psicología de la salud.

El objetivo de este apartado es describir cuál es el estado actual de la Psicología de la Salud en México principalmente; para lo cual consideramos pertinente hacer una descripción del panorama mundial en este mismo ámbito de la psicología, ya que la evolución de la ciencia en nuestro país está relacionada con el desarrollo científico en que ocurra en otros países. De acuerdo a Holtzman y Cols (1993) en los países considerados de primer mundo, se han desarrollado tanto los modelos como las tecnologías para trabajar en el terreno de la salud y son algunos de estos modelos los que se han adaptado en México y que han tenido éxito, lo que hace aún más evidente la dependencia que sigue existiendo de los países de América Latina hacia países desarrollados como Estados Unidos o España.

En países como Suecia la incursión del psicólogo de la salud, se enfoca en estudios relacionados con el estrés, ya que la interacción con el contexto sociopolítico de este país, ha llevado a poner especial atención en localizar los estresores del entorno físico y social, y han intentado eliminarlos a través de iniciativas legislativas y administrativas (Levi, 1972 y Frankenhauser, 1975; cit. en Ballester, 1997).

En Alemania, Inglaterra y Finlandia se ha aplicado una epidemiología sofisticada, desde un punto de vista metodológico a los factores psicosociales que influyen en la salud. Italia y España, han aportado trabajos importantes en torno a la verificación y puesta a prueba de la teoría psicosomática (Ballester, 1997).

En Noruega la medicina comportamental se ha caracterizado por una relativa ausencia de psicólogos en las facultades de medicina, además de estar creciendo una psicología muy potente e independiente, desde el punto de vista profesional, con una investigación centrada en el cerebro y la neuropsicología. En Australia, los psicólogos han alcanzado una gran responsabilidad en la educación de los profesionales sanitarios y han desarrollado importantes acercamientos conductuales a las intervenciones clínicas.

Holanda y Japón realizan investigaciones íntimamente ligada a la práctica, con gran cantidad de trabajos, como el efecto placebo, hasta los relacionados con los factores psicológicos del SIDA.

En los países en desarrollo, en los que ha predominado la planificación centralizada de los cuidados sanitarios, el concepto de la Psicología de la Salud apareció pronto y su orientación fue comunitaria desde un principio. Un ejemplo de ello es Cuba, otro es Costa Rica, país que fue capaz de elaborar un programa comunitario, orientado a la prevención y el desarrollo para un sistema sanitario completamente socializado. Este plan se desarrolló en la facultad medicina de la Universidad del mismo país, con el objetivo de involucrar a los médicos en los problemas nacionales de subdesarrollo y de salud. La formación estaba dirigida a desarrollar médicos que comprendieran y fueran capaces de trabajar con los psicólogos.

En estos países (y también en México) la importancia del ejercicio profesional del psicólogo en ámbitos de atención a la salud es percibida a través del modelo multicausal de la 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 la 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). Es 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.

La 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 de 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., 1990) en Estados Unidos 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.

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, etc.) 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).

Rozensky (1990) señala que el psicólogo enfrenta exclusiones, de las cuales otros profesionales de la salud están exentos en instituciones relacionadas con ésta. Las corporaciones del mantenimiento de la salud y hospitales de Estados Unidos determinan qué profesionales interviene 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, el pago al psicólogo requiere que lleve el visto bueno y aceptación del médico que autorizó y supervisó, lo cual nos lleva a hablar 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.

Por otra parte, 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 membresía de equipo, este progreso es bajo. Encuentran que muchos psicólogos tienen el privilegio de conducir evaluación (86%), terapia (80.4%) e investigación (74.6%) independientemente de los médicos; sin embargo, muchos aún carecen de esos privilegios básicos aproximadamente el 25% del total. Otros privilegios más importantes como son la admisión, dar de alta, ordenar tratamientos o restricciones, muestran muy bajo porcentaje cerca del 6% en promedio). A muchos psicólogos no se les permite una práctica independiente de su profesión; el 49.2% no puede diagnosticar independientemente, el 13.5% no puede llevar a cabo la aplicación de pruebas y el 19.6% no puede dar terapia sin la aprobación del médico y el 25.4% 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.

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 salud. En ambientes de la atención de 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 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, Deadorff y Kelly (1987).

En instituciones de salud en México aún se considera más importante enseñar sólo procedimientos y tecnologías del cuidado de la salud, como una especie de recetario que cualquiera puede emplear, a que se aplique la enseñanza más completa de conocimientos de psicología que incluyan las bases teóricas de dichos procedimientos, así como la lógica que estas teorías y procedimientos tienen de acuerdo a la concepción de nuestro objeto de estudio; de impartirse lo anterior al personal médico el impacto social de las instituciones de salud sería mucho mayor y aspectos como la prevención e intervención tendrían un alcance mayor en la sociedad (López, 1986).

Es pertinente mencionar que en México la práctica del psicólogo 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 demanda, pero que dada la naturaleza del objeto de estudio 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.

En nuestro país de 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 inter o multidisciplinario. Este tipo de proyectos 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 una tendencia a identificarse a éste con el rol tradicional del psicólogo clínico, son 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.

La participación del psicólogo en la formación de profesionales de la salud está determinada por las demandas específicas de los planes de estudio

y no por el desarrollo de la disciplina. Así como 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 médico.

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 y el manejo oportuno de casos. Las actividades curativas son: el manejo y el 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.

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 de la salud: el personal médico. 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 a 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 problemas, que además de guiar a malos entendidos, lo ubica bajo el control de los responsables de los resultados de las acciones de la salud, lo cual, también, determina en gran medida las características y tipo de investigación del psicólogo.

En México se prefiere destinar el presupuesto para contratar enfermeras y no psicólogos en centros de atención a la salud. En nuestro país 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 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 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 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, la formación de recursos humanos para la salud, etc. Incluso la investigación psicológica en aspectos de salud se ve influida por la naturaleza del modelo biomédico y las características disciplinarias del contexto; se acepta acríticamente la concepción de otras disciplinas acerca de la naturaleza y causalidad de los fenómenos bajo estudio.

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 importante 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.

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 experto en 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 desventaja de la estructura jerárquica del hospital.

Ramírez (1996) expone que el Sistema Nacional de Salud en nuestro país sigue teniendo como principal interés la atención médico-curativa, mostrando poca o ninguna atención en los aspectos de programación, diseño social, prevención y “calidad y calidez”, particularmente en lo que respecta a la atención psicológica o al empleo de profesionistas que ayuden al cambio en el servicio médico. Por lo tanto, las funciones del psicólogo se han reducido a servir como auxiliares de otras profesiones, no otorgándole el rango de profesión, por lo que dejan de aprovechar habilidades y conocimientos para el desarrollo de actividades de diagnóstico, intervención e investigación en numerosas ramas del sector (Urbina y Rodríguez, 1993).

Urbina y Rodríguez (1993) realizaron un estudio en las instituciones de salud pública, encontrando que el número de psicólogos que laboran en el sector salud es de 1546, ubicándose el 61% en la Secretaría de Salud (SSA), el 14% en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 10% en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE) y el 15% en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), siendo ésta última institución la que más dirige el trabajo de los psicólogos al otorgamiento de servicios psicológicos personales (79%), seguida por el ISSTE

y por el IMSS con el 67 y 44% respectivamente. En general el 18% de los psicólogos contratados no ejercen como tales en las instituciones. La especialización de la que han egresado los psicólogos del sector es la clínica (88%) pero no resulta adecuado para la instrumentación de programas de salud novedosos y de mayor impacto. Rodríguez y Rojas (1996) refieren que en México hay alrededor de 2000 psicólogos trabajando en la prestación de servicios de salud, para una población mayor a 90 millones de habitantes.

Los resultados anteriores podrían ser alentadores, en términos de que pareciera existir una apertura considerable para el psicólogo en el terreno de la salud, pero hay que tener presente el área más solicitada para otorgar empleo es la psicología del trabajo, la psicología clínica, la psicología educativa, social y experimental, siendo el sector que mayor número de psicólogos contiene es el educativo, empleándose en el siguiente orden: empresas públicas, privadas, descentralizadas, en la UNAM y en la práctica privada (Hernández y Rojas, 1998). El INEGI (91993, en Durán, 1998) reportó que la mayoría de los psicólogos efectivos son mujeres, siendo la principal ocupación en la educación en un 28.7%, ejerciendo la profesión sin especificar actividad 28.1% y el resto se dedica a diversas ocupaciones, como vendedores, técnicos, entre otras.

Pese a lo anterior, no hay que perder de vista que el Sistema Nacional de Salud de México tiene problemas que pretende solucionar con estrategias generales, pero no vislumbra la posibilidad real de incorporar psicólogos, sociólogos, antropólogos etc., que se hagan cargo de programas relacionados directamente con 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; lo cual puede deberse a fallas en la planeación de políticas de salud que no toman en cuenta otras profesiones o que son elaborados por personal que no tiene conocimientos relacionados con el área (Ramírez, 1996).

La problemática es que el psicólogo aún no se encuentra inmerso dentro del sistema de salud, y aunque podemos ver que existen diversas

justificaciones, como el plan nacional por si mismo o los problemas de planeación entre otros, pero lo rescatable es que la profesión no debe esperar a que el Sistema de Salud nos llame sino que debemos trabajar para demostrar las habilidades con las que cuenta el psicólogo para trabajar en este sector (Hernández y Cortés, 1999).

Cabe destacar que pese a los rezagos que parece haber en la psicología de la salud, propiamente en el trabajo dentro de las instituciones, es importante reconocer que existe una preocupación por mejorar la formación profesional del psicólogo y un ejemplo de esto es un programa que forma parte de la maestría de psicología general experimental, la cual tiene como objetivo elaborar diseños, proporcionar habilidades metodológicas y técnicas de penetración en la comunidad; dicho entrenamiento se practica en los centros de salud San Antonio Tecomitl, Milpa Alta y Santo Tomás Ajusco; este programa se divide en área teórica (impartiendo metodología básica, experimental y tecnológica educativa) y en área de entrenamiento (consiste en una residencia en los escenarios). También la Universidad de Guadalajara inició un programa de Doctorado en Psicología de la Salud.

Otro ejemplo, de avances importantes en la Psicología de la Salud, ocurre desde 1992, año a partir del cual el Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud, lleva a cabo el programa de Residencia de Atención Integral a la Salud en el que se forman psicólogos de la salud; este programa tiene duración de dos años y se enfoca a la atención primaria con énfasis en la prevención primaria.

López y Brennan (2000) afirman que las direcciones actuales y futuras de la psicología de la salud se centran en el estudio teórico y aplicado de los comportamientos como factores de riesgo para la salud, el mantenimiento de la salud a través de los comportamientos, las cogniciones acerca de salud-enfermedad, la comunicación, decisión y adherencia, el ambiente y el afrontamiento de la enfermedad.

Capítulo 2: **EL QUEHACER DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD.**

Hablar de cuál es el quehacer del psicólogo en el ámbito de la salud, implica hablar de funciones específicas, ya que un terreno tan complejo como es la psicología de la salud, requiere de acciones particulares y pertinentes por parte de los profesionales. Autores inmersos en este ámbito, han identificado diversas funciones que deben ser parte del quehacer del psicólogo de la salud, que van desde las funciones más generales como la evaluación, hasta funciones más específicas como el entrenamiento a personal médico sobre aspectos psicológicos de la salud.

Consideramos pertinente, presentar algunas de las descripciones más generales que se han hecho de las funciones del psicólogo de la salud, para después presentar las ocho funciones que de acuerdo a Bustos (2000) son propias del psicólogo de la salud. En esa segunda parte de este capítulo hay también otros autores que han ahondado más sobre los aspectos de las funciones del psicólogo de la salud.

2.1 Aspectos generales de las funciones del psicólogo de la salud.

El perfil del psicólogo, de acuerdo con el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) se define:

1)“Como un profesional 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” (Acle, 1989).

De acuerdo a la “Residencia en Psicología de la salud” y adscrita a la Secretaría de Salud; las funciones del psicólogo en el ámbito de la salud son: como profesionalista debe 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; y supervisar la operación de sus programas en la comunidad. Como investigador, el psicólogo de la salud debe: participar en la declaración de factores de riesgo; desarrollar y validar sus propias escalas de detección de factores de riesgo; y desarrollar y validar nuevas técnicas de intervención para la detección de factores de riesgo con un enfoque individual, grupal, familiar y comunitario.

Bayes (1979) señala que todas las aportaciones que se han ido manifestando a nivel de desarrollo histórico de la Psicología de la Salud han influido de manera directa en las prácticas que el psicólogo desempeña dentro de las instituciones de salud. Dichas prácticas se basan en cuatro suposiciones básicas:

- 1) Determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades.
- 2) La modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud.
- 3) El comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad.

- 4) Las intervenciones psicológicas pueden resistir un análisis costo-utilidad-eficacia.

Estas suposiciones influyen en el trabajo que el psicólogo realiza dentro del sector salud que básicamente consisten en:

- 1) Dar consulta clínica emitiendo un diagnóstico en términos psiquiátricos.
- 2) Impartir talleres para la prevención de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida.
- 3) Dar cursos de capacitación al personal que labora en las Instituciones de Salud.
- 4) Reclutamiento y selección de personal más adecuado para las diferentes áreas de atención hospitalaria.
- 5) Establecimiento de repertorios conductuales, definición operacional de objetivos, programación y secuenciación, creación del medio ambiente social y no social para que el organismo pueda aprender los comportamientos apropiados.

El papel del psicólogo en la atención primaria a la salud puede ampliarse en diferentes áreas como lo propone la Maestría en Salud Mental en Poblaciones del Instituto Nacional de Salud Pública.

En el Área Psicosocial

Elaborando diagnósticos de comunidad para conocer sus características psicosociales e identificar su relación con los principales problemas de salud a fin de programar las acciones anticipatorias y preventivas para cancelar y modificar los factores de riesgo.

- Identificando y realizando el tratamiento temprano de la enfermedad mental.
- Realizar actividades de prevención, manejo, tratamiento y referencia de problemas de alcoholismo y farmacodependencia.

- Brindando apoyo psicológico, control, seguimiento y asesoramiento a pacientes con problemas fisiológicos que por sus condiciones de grupo de riesgo requieren de atención directa y en la realización de ejercicios psicoprofilácticos, para la estabilización de pacientes con problemas de enfermedades crónico-degenerativos.

En el Área de la Enseñanza:

- Diseñando e implementando programas educativos que sustenten la participación de la comunidad en problemas de salud.

En el Área de la Investigación:

- Recopilando sistemáticamente la información de su trabajo de tal forma que pueda ser procesada y analizada mediante protocolos de investigación en desarrollo o en proceso de ser desarrollados.

En el Área Administrativa:

- Identificando sus tareas y las del resto del equipo de salud, delegando responsabilidades y acoplando las propias con las del resto del personal.

Desafortunadamente en la práctica hasta el momento no se ha aprovechado óptimamente las capacidades del psicólogo ya que sus funciones y tareas no han sido claramente definidas en el Área de la Salud, existiendo limitaciones dentro de las mismas instituciones.

A pesar de esto, el Programa de la Maestría en Salud Mental en Poblaciones del Instituto Nacional de Salud Pública han tenido ciertos avances como el diseño de programas de:

- De Atención Integral Perinatal.
 - De Estimulación Psicomotora. familia
- } Dirigido a las madres de familia
- Fomento de la Lecto-Escritura.
 - Programa de Orientación, Información y Dinámica con Adolescentes.
 - Prevención y Tratamiento de Alcoholismo.
 - Programa de Auto control de Diabetes.
 - Programa Integral para la Disminución de la Hipertensión Arterial.

Estos programas han tenido aceptación aun cuando se encuentran en etapas iniciales, siendo evaluados constantemente a fin de brindar un apoyo eficaz a la comunidad en respuesta a sus problemas de salud.

Tomando como base la definición de Matarazzo, el Psicólogo de la Salud tiene diversas funciones como: la promoción y mantenimiento de la salud, tratamiento de aspectos relacionados con la enfermedad, estudio de los factores psicosociales que contribuyen a la salud, el estudio del impacto de las instituciones sanitarias, así como la elaboración de recomendaciones para el mejoramiento del servicio.

Con respecto a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el periodo de 1984 a 1989 citó cuatro actividades en las cuales los psicólogos pueden desempeñar un papel importante: (OMS, 1983; cit. en Holtzman,1993)

- 1) El desarrollo de políticas de salud mental y la promoción, coordinación, evaluación y sostén de programas por todo el mundo.
- 2) Mejor entendimiento de los factores psicosociales en la promoción de la salud y el desarrollo humano.
- 3) Prevención y Control del abuso de alcohol y drogas.
- 4) La prevención y tratamiento de desórdenes mentales y neurológicos.

De este modo Stone (1988; cit. en Salinas, 1995) establece que las anteriores actividades se distribuyen en tres dimensiones:

- 1) La investigación que va desde básica hasta la evaluación de las aplicaciones.
- 2) Intervenciones dirigidas al individuo cuya salud esta en juego y a personas relacionadas con él, al personal que labora en el sistema de salud y a organizaciones e instituciones.
- 3) Intervenciones psicológicas, encaminadas al cambio de procesos corporales por medio de la bio-retroalimentación, modificación de hábitos o de cogniciones con respecto a la salud-enfermedad.

Los escenarios donde puede desempeñar sus funciones son: instituciones de enseñanza superior, centros asistenciales (clínicas, hospitales e institutos de salud en los tres niveles de atención) y, en la práctica privada enfocada a la atención individual o de pequeños grupos (Rodríguez y Rojas, 1996). Weiss (1982; cit. en Becoña et al.) agrega a las empresas públicas o privadas realizando funciones asistenciales y capacitación en salud ocupacional. A continuación revisaremos las principales funciones que realiza este profesional en el campo de la salud.

2.2 Funciones del psicólogo de la salud.

2.1 Evaluación.

La evaluación es una función importante del psicólogo de la salud, ya que lleva al diagnóstico de comportamientos y procesos de riesgo asociados a patologías físicas y a la valoración de intervenciones bio-psico-sociales y de los sistemas de salud.

Las estrategias de evaluación en Psicología de la Salud están determinadas por dos tradiciones: 1ra la procedente de la Psicología de la

Salud y 2da la procedente de la Medicina Conductual; desde la primera perspectiva, se enfatizan las variables personales y los métodos utilizados son: las entrevistas, los autoinformes y las escalas de apreciación; y desde la segunda tradición, se toman en cuenta las variables moleculares (psicofisiológicas y conductuales) y los métodos propuestos tienen que ver con el registro mediante instrumentación y aparataje o la observación en situaciones controladas (Karoly, 1985; cit, en Fernández, 1996).

Por otra parte, Roa (1995) menciona que los modelos utilizados en este campo son: el Modelo Biopsicosocial, que tiene el objetivo de evaluar en forma general al paciente a través de las dimensiones biológica, personal y ambiental, que consisten en una historia clínica detallada y multidisciplinaria; pero que no aporta información acerca de los comportamientos a modificar y no tiene el propósito de establecer relación funcional entre los datos obtenidos; la Evaluación Multisistema de estrés y salud, que valora las fuentes de estrés, afrontamiento y la adaptación del individuo, así como a los sistemas matrimonial, familiar y laboral implicados en este proceso.

Describiendo en forma breve cada una de las técnicas e instrumentos utilizados en la evaluación, Roa (1995) menciona que las entrevistas y cuestionarios tienen como objetivo la recopilación de información sobre la historia conductual del paciente, el muestreo de la conducta, la clarificación y definición específica del problema, el conocimiento de los sentimientos y pensamientos que el paciente tiene y los reforzadores que pueden ser utilizados. La técnica de observación, se lleva a cabo indirectamente con la colaboración de observadores entrenados como los familiares quienes observan al paciente en su contexto y, directamente con pacientes ingresados al hospital, con esta técnica se recaba información relevante acerca del comportamiento del paciente con respecto a la enfermedad. La auto-observación y los autorregistros, son útiles a través de todo el proceso de evaluación-tratamiento, ya que proporcionan datos que sirven para la planificación de la intervención, a la vez que se hace más consciente al paciente de su responsabilidad en el proceso terapéutico transformándose en el controlador del proceso.

Otra técnica utilizada es la psicofisiológica, que permite obtener información a cerca de los procesos fisiológicos y procesos psicológicos para el análisis funcional de una amplia variedad de problemas clínicos y de salud, ésta se realiza utilizando técnicas de registro de la actividad fisiológica.

De esta forma, en la evaluación se recogen datos sobre cuatro fuentes de información: el individuo, sus allegados, los expertos y la procedente de aparatos e instrumentos específicos que permiten amplificar o detectar varias respuestas del organismo y su contexto. Sin embargo, los profesionales de la Psicología deben tomar en cuenta ciertos problemas metodológicos en esta actividad de acuerdo con Fernández (1996) se sitúan en tres puntos: 1) la distorsiones de respuesta en los autoinformes de salud, 2) la relación existente entre escalas de apreciación de otros y autoinformes de salud y, finalmente 3) la importancia de seguir ciertas normas en la traducción/adaptación de instrumentos construidos en otras culturas.

Para Bustos (200) la evaluación consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. La evaluación implica frecuentemente a más de una persona pudiendo tomar, a veces, como objetivo central dos o más, como por ejemplo, una pareja, una familia u otros grupos o colectivos. Esta información puede ser empleada para el diagnóstico de problemas psicológicos, la elección de técnicas de intervención y tratamiento, la orientación vocacional, la selección de candidatos a un puesto de trabajo, la emisión de un informe pericial, la elaboración de un perfil psicológico, la obtención de datos complementarios a una evaluación previa, la selección de participantes potenciales en un proyecto de investigación psicológica, el establecimiento de una línea-base de conducta con la que comparar cambios postratamiento y otros numerosos propósitos. En general, los instrumentos más usuales son algún tipo de test, cuestionarios, entrevistas, observaciones y aparatos psicofisiológicos. A menudo estos procedimientos se utilizan en combinación, constituyendo una batería de pruebas o una estrategia de medida múltiple (Bustos, 2000).

Para Serafino (1994) una de las principales funciones del psicólogo de la salud, es la evaluación; ésta abarca aspectos que van desde los factores que se interrelacionan en el estado anímico del paciente, como son la gravedad de su enfermedad, el significado de ésta en la vida del enfermo, la calidad de apoyo que emocional que recibe, el apego del paciente al tratamiento médico, la relación médico paciente y el ambiente hospitalario. Los resultados de dicha evaluación permitirán diseñar de manera más precisa la forma y los aspectos en los que se tendrá que realizar una intervención de tipo psicológica.

Karoly (1985) señala como la función más importante del psicólogo de la salud la evaluación, y de acuerdo con este autor existen varios métodos de evaluación que pueden ser utilizados, todo depende de los objetivos del modelo; la elección del método depende del objetivo a ser evaluado, su propósito y la habilidad de cada investigador.

De acuerdo con este autor las técnicas más utilizadas en Psicología de la Salud son:

Entrevista: tiene la capacidad de mostrar datos históricos por medio de las áreas de interés: física, afectiva, cognitiva y conductual, tanto del paciente como de la familia y su medio sociocultural. Además, la entrevista es un medio para la adquisición de su autoreporte y para datos de observación del sujeto y de su familia. El contenido y el estilo pueden variar, dependiendo del objetivo que se quiere alcanzar.

Cuestionario. Este método es considerado cuando el tiempo es un factor importante, ya que el entrevistador puede revisarlo con el paciente enfocándose a las áreas que necesiten más claridad, como podrían ser los aspectos psicológicos. También puede ser de gran utilidad, cuando se requiere como registro sistemático de datos que puedan facilitar la realización de algún programa de evaluación. El contenido y la forma del cuestionario dependerá de la orientación teórica e interés del psicólogo.

Diarios: se utiliza para registrar conductas encubiertas y abiertas, se emplean como medias de línea base y como técnica de tratamiento acerca de los antecedentes, consecuencias y las relaciones entre conductas internas y externas, además de ayudar en la efectividad de los programas de tratamiento.

Psicometría: se debe buscar la prueba más pertinente con el problema presentado. Las más utilizadas son de personalidad, inventarios sobre la salud, técnicas proyectivas, escalas de ansiedad y depresión.

Observación: es uno de los métodos fundamentales de evaluación, puede ser estructurada, la cual existe exige experiencias en vivo durante el tratamiento médico, y la no estructurada, en la que se registra el evento o el momento mismo en el que ocurren.

Medidas psicofisiológicas: se emplea para tener información acerca de los eventos biológicos o consecuencias de los eventos biológicos. Pueden proveer retroalimentación al paciente, por lo que puede servir como una intervención psicológica. Algunos de los eventos de interés podrían ser: tensión muscular, temperatura, tasa cardíaca, actividad respiratoria, presión sanguínea; derivando como efectos: dolor de cabeza, estrés, ansiedad, migraña, mareos, etc. los parámetros de interés incluyen porcentajes, variabilidad intrasujeto (diferencias internas) y medidas de diferentes condiciones (estrés, descanso, relajación, imaginación, actividades previamente especificadas). Cabe agregar que es necesario que el psicólogo sea experto en los procesos bioeléctricos y fisiológicos y en técnicas de instrumentación y registro.

Datos de archivo: para esta área de trabajo se incluyen: causas síntomas, curso, prevención, tratamiento y componentes psicológicos, datos que son útiles en el proceso de evaluación. Además los registros médicos aportan información que puede integrarse al perfil psicológico, ya que es un requisito indispensable de conocimiento para la integración de la futura investigación.

Karoly señala también que al final de todo proceso de evaluación, el psicólogo debe de tener una comprensión total del paciente, de su ambiente físico y social, de sus habilidades y debilidades, de la evidencia patológica, de la naturaleza de la enfermedad y el tratamiento. Después de integrar la información anterior, el terapeuta puede delinear las áreas de trabajo para ese paciente en particular. Para ello es necesario utilizar un enfoque integral como el biopsicosocial.

2.2 Diagnóstico.

Bustos (2000) señala que el diagnóstico consiste en la identificación y rotulación del problema comportamental, cognitivo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad de que se trate. Debe entenderse como “resultado” del proceso de evaluación psicológica. En el ejercicio de esa función, el psicólogo clínico y de la salud habrá de tomar decisiones, entre las que hay que destacar las siguientes:

- Decisión sobre si se trata de un problema que cae dentro de su competencia o no.
- Decisión sobre el grado de severidad o gravedad de las primeras informaciones que se ofrecen del problema.
- Diagnóstico, si procede.
- Especificación del problema en términos operativos.
- Indicación del tratamiento.

Existe un instrumento para realizar diagnósticos que tiene un valor heurístico dentro de la psicología, el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales); pese al crecimiento de diferentes vertientes teóricas y modos de realizar evaluaciones y diagnósticos, el DSM-IV se sigue empleando en el ámbito de la salud de manera significativa. A continuación presentamos las principales características de dicho instrumento.

El DSM-IV (manual de diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales, de la cuarta edición), publicado en 1994 era la revisión principal pasada del DSM. Era la culminación de un esfuerzo de seis años que implicó sobre 1000 individuos y organizaciones profesionales numerosas. Mucho del esfuerzo implicó el conducir de una revisión comprensiva de la literatura para establecer una base empírica firme para hacer modificaciones. Los cambios numerosos fueron realizados a la clasificación (es decir, los desórdenes fueron agregados, suprimidos, y reorganizados), a los sistemas de diagnóstico de los criterios, y al texto descriptivo basado en una consideración cuidadosa de la investigación disponible sobre los varios desórdenes mentales.

El Manual diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales (DSM) es la clasificación estándar de los desórdenes mentales usados por los profesionales de salud mentales en los Estados Unidos. Se piensa para ser aplicable en una amplia gama de contextos y es utilizado por los clínicos y los investigadores de muchas diversas orientaciones (e.j., biológico, psicodinámico, cognoscitivo, del comportamiento, interpersonal, familiar sistémico). El DSM-IV se ha diseñado para el uso a través de ajustes, del hospitalizado, del paciente no internado, del hospital parcial, del consulta-enlace, de la clínica, del ejercicio privado, y del cuidado primario, y con las poblaciones de la comunidad y por los psiquiatras, los psicólogos, los trabajadores sociales, las enfermeras, los terapeutas ocupacionales y de la rehabilitación, los consejeros, y otros profesionales del salud y mentales de salud. Es también una herramienta necesaria para recoger y comunicar estadística exacta de la salud pública. El DSM consiste en tres componentes importantes: la clasificación de diagnóstico, los sistemas de diagnóstico de los criterios, y el texto descriptivo.

La clasificación de diagnóstico es la lista de los desórdenes mentales que son oficialmente parte del sistema de DSM. La "fabricación de una diagnosis de DSM" consiste en el seleccionar de esos desórdenes de la clasificación que reflejen lo más y mejor posible las muestras y los síntomas que están afligiendo al individuo que es evaluado. Se asocia a cada etiqueta de diagnóstico un código de diagnóstico, que es utilizado típicamente por las

instituciones y las agencias para los propósitos de la colección y de la facturación de datos. Estos códigos de diagnóstico se derivan del sistema de la codificación usado por todos los profesionales del cuidado médico en los Estados Unidos, conocidos como el ICD-9-CM.

Para cada desorden incluido en el DSM, un sistema de los criterios de diagnóstico que indican qué síntomas deben estar presentes (y para cuánto tiempo) para calificar para una diagnosis (llamada los criterios de la inclusión) así como esos síntomas que no deban ser presente (llamado los criterios de la exclusión) en la orden para que un individuo califique para una diagnosis particular. Muchos usuarios del DSM encuentran estos criterios de diagnóstico particularmente útiles porque proporcionan una descripción encapsulada compacta de cada desorden. Además, el uso de criterios de diagnóstico se ha demostrado para aumentar la confiabilidad de diagnóstico (es decir, probabilidad que diversos usuarios asignen la misma diagnosis). Sin embargo, es importante recordar que estos criterios están significados para ser usado las pautas que se informarán por el juicio clínico y no significados para ser utilizados a manera de receta de cocina.

Finalmente, el tercer componente del DSM es el texto descriptivo que acompaña cada desorden. El texto del DSM-IV describe sistemáticamente cada desorden bajo títulos siguientes: "Características De diagnóstico"; "subtipos y/o especificadores"; "Procedimientos De la Grabación"; "asoció características y desórdenes"; "cultura, edad, y características específicas del género"; "predominio"; "curso"; "Patrón De Familiar"; y "diagnosis diferenciada."

2.3 Tratamiento e intervención.

El tratamiento se refiere al tercer nivel de prevención, que se compone de distintas técnicas terapéuticas dirigidas a una persona con alguna enfermedad, estas técnicas son principalmente de corte conductual.

Dentro de este campo Tulkin (1987; cit. en Roa, 1995) divide las intervenciones del psicólogo en seis áreas:

- 1) Tratamientos alternativos no farmacológicos, que incluyen enfermedades que pueden ser aliviadas sin fármacos como la migraña.
- 2) Tratamiento psicológico como intervención primaria, que se da cuando los tratamientos médicos tradicionales fracasan.
- 3) Tratamiento psicológico auxiliar, que se aplica cuando los trastornos se agravan por factores psicológicos como el estrés.
- 4) Afrontamiento a procedimientos médicos invasivos, como la quimioterapia, trasplantes de médula etc.
- 5) Adaptación a enfermedades crónicas, aquí las intervenciones incluyen estrategias para el manejo del dolor y estrés, adquisición de conductas de adaptación y afrontamiento y modificación del estilo de vida, con respecto a esto, Bazan (1997) menciona que se utilizan principalmente las técnicas de, manejo de contingencias, desensibilización sistemática, autoverbalizaciones, entrenamiento en habilidades sociales y retroalimentación biológica.
- 6) El cumplimiento, en dónde se aplican estrategias encaminadas a que los pacientes se adhieran a los diversos tratamientos farmacológicos.

Sheridan y Radmacher (1992) agregan el término de Terapia de Crisis (desde sus diversas aproximaciones) que se aplica a pacientes, con el objetivo de tratar la depresión o ansiedad que provocan las diversas enfermedades (sobre todo crónica y terminales) e intervenciones quirúrgicas.

Con base en lo anterior, los psicólogos de la salud intervienen utilizando principalmente las técnicas de relajación reestructuración cognitiva, reforzamiento y autocontrol; en trastornos como: el dolor crónico, asma, padecimientos gastrointestinales y psicosomáticos, hipertensión, cáncer, estrés, diabetes, cefaleas entre otros, con el fin de reducir malestares, ayudar al individuo a adaptarse a la enfermedad, cumplir con las indicaciones médicas y reducir la angustia causada por la enfermedad.

Sin embargo, existen algunas áreas que el psicólogo ha descuidado un poco, que debe de tomar en cuenta para elaborar programas de intervención, estas son, la salud de la mujer, del niño y del anciano (Roa, 1995).

Una de las funciones del psicólogo de la salud reconocida por Belar, Deardoff y Kell (1978) es la intervención, ésta debe ser flexible y las técnicas utilizadas amplias. La intervención del psicólogo puede ser en tres niveles, primaria, secundaria y terciaria. El nivel primario tiene que ver con la detección de factores de riesgo. El nivel secundario está relacionado con realizar acciones para identificar y tratar las enfermedades. El nivel terciario tiene que ver con las acciones sobre la enfermedad ya presente y que pueden ser intervención o tratamiento.

Para Bustos (2000) el tratamiento supone intervenciones clínicas sobre las personas con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos: emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales y otros. Se entiende que todo tratamiento o intervención supone algún tipo de relación interpersonal y situación social. Estas formas de ayuda pueden denominarse psicoterapia, terapia o modificación de conducta, terapia cognitiva (o cognitivo-conductual), terapia psicoanalítica, terapia sistémica, terapia existencial (fenomenológica o humanística), consejo o asesoramiento psicológico, o puede todavía reconocerse con otros nombres dependiendo de la orientación y preferencia del psicólogo.

La prestación del tratamiento puede ser en aplicación individual, en pareja, o en grupo, y ser llevado por uno o más psicólogos constituidos en equipo. Los clientes pueden ser pacientes externos o pacientes internos (residentes en una institución). La duración del tratamiento suele ser por lo general entre cinco y cuarenta sesiones (comúnmente a razón de una o dos por semana), pero también pueden ser tan corto como una sesión y tan largo como que lleve varios años. La duración más frecuente de una sesión está entre media y una hora, pero también puede variar según las circunstancias y la naturaleza de la terapia. En cuanto al formato de las sesiones, pueden ir

desde una relación colaboradora altamente estructurada hasta interacciones menos estructuradas, así como consistir en construcciones sistemáticas de nuevas conductas, en la promoción de manifestaciones emocionales, y en toda una variedad de maneras, incluyendo las aplicaciones fuera de la clínica en contextos de la vida cotidiana.

Los objetivos del tratamiento (convenidos con el usuario) pueden concretarse en la solución de un problema específico, proponerse la reconstrucción de la personalidad, o algún propósito entre estos dos extremos. Igualmente, además del interés en el entendimiento, el alivio de la solución de un trastorno dado, la actuación del psicólogo clínico puede incluir la prevención de problemas mediante la intervención en instituciones, contextos y ambientes, así como la intervención centrada en personas con riesgos o en toda una comunidad.

En algunos casos, la actividad del psicólogo clínico y de la salud ha de ser entendida como intervención, más que como Tratamiento en el sentido estricto. Se trata en este caso, de un conjunto de acciones destinadas a resolver un problema (previamente identificado y analizado) de forma indirecta. Como por ejemplo, modificar los flujos de información en una sala médica para reducir los niveles de ansiedad de los enfermos, ejecución de una campaña de sensibilización de una comunidad para aumentar su participación en programas de prevención, etc. La intervención puede consistir igualmente en organizar una sistemática para el estudio y conducción de los factores individuales, ambientales y relacionales, que puedan favorecer y/o perturbar la calidad del proceso de adaptación a la enfermedad. Esta función implica objetivos como:

- Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en la calidad de la atención recibida por el paciente.
- Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en el bienestar de los pacientes durante su enfermedad.
- Identificar los problemas psicosociales causados por la enfermedad (diagnóstico, curso, tratamiento y recuperación).

- Diseñar y ejecutar programas de tratamiento de las disfunciones psicosociales que acompañan el proceso de enfermar o a la propia hospitalización y tratamiento correspondiente.

Esta función incluye el diseño y la realización de programas de ajuste a la enfermedad crónica, programas de preparación para la hospitalización, programas de entrenamiento para afrontar el proceso de hospitalización y conseguir una buena adaptación, que pueden ser de carácter general o referidos específicamente a determinados acontecimientos diagnósticos o de tratamiento especialmente estresantes (por ejemplo, programas de preparación para la cirugía, programas para procedimientos diagnósticos invasivos como biopsias, endoscopia, arteriografía, etc.).

2.4 Asesoría y enlace.

Bustos (2000) refiere este punto como al consejo de experto que el psicólogo clínico y de la salud proporciona para una variedad de problemas a petición de alguna organización, incluyendo, en primer lugar, el contacto continuado entre un psicólogo como consultor técnico y los otros profesionales de cualquier servicio dentro del sistema sanitario. En este caso, el trabajo del psicólogo se integra en el del cuidado general de estos pacientes de forma permanente. La intervención del psicólogo, en este caso, es la de un “consultor técnico”. El psicólogo diseña en colaboración y colabora en la ejecución, de programas para modificar, o instalar conductas adecuadas, como es el caso de programas referidos a las conductas de cumplimiento o adherencia al tratamiento; o para modificar conductas que constituyen un factor de riesgo añadido para la salud del paciente, o que pueden dificultar su recuperación o rehabilitación. Las organizaciones consultantes pueden ser muy diversas, además de la sanitaria: desde médicos y abogados en práctica privada, hasta agencias gubernamentales, entidades judiciales y corporaciones multinacionales, así como centros educativos y de rehabilitación, sociedades y asociaciones.

Se incluye en esta actividad de consulta el servicio de asesoría clínica proporcionado a otros psicólogos que lo requieran. Consiste en recibir asesoramiento de un experto sobre un caso que está siendo objeto de atención profesional por parte del psicólogo clínico. Igualmente, se incluirá la supervisión clínica, donde el experto evalúa la competencia profesional del psicólogo clínico (pudiendo emitir una certificación a petición del interesado).

La consulta se puede tipificar por el objetivo, la función desempeñada y el lugar de la responsabilidad. El objetivo puede estar orientado al caso, de modo que a su vez el consultor trate con él directamente o bien proporcione consejo a terceros, o puede estar orientado a la organización o programa (como sea, por ejemplo, la evaluación de programas en curso). La función desempeñada se puede resolver como consejo (acerca de casos, organizaciones o programas), servicio directo (evaluación, psicodiagnóstico, tratamiento, intervención en cambios organizacionales, arbitraje de experto), o enseñanza (formación en tareas específicas, entrenamiento de personal, orientación en el uso de instrumentación psicológica) y otras formas. En cuanto al lugar de la responsabilidad, se refiere a si la responsabilidad por las consecuencias debidas a la solución ofrecida al problema de una organización recae en el clínico consultado o permanece, como es más frecuente en la propia organización consultante.

2.5 Prevención y promoción de la salud.

La primera se refiere a la prevención primaria y secundaria, que consiste en la reducción de factores de riesgo asociados a diversas enfermedades. Incluye programas dirigidos a personas que tienen conductas de alto riesgo como nutrición inadecuada, baja o nula actividad física, estrés, abuso de sustancias, entre otras. La línea divisora entre la promoción de la salud y la prevención es difícil de precisar, en la práctica las medidas en uno y otro sentido se llevan a cabo muchas veces de manera conjunta (Morales, 1999).

La prevención primaria es definida por Ardila (2000) como el conjunto de actividades encaminadas a reducir el riesgo y la aparición de problemas de salud, a propiciar y reforzar factores protectores y las actitudes de la comunidad –incluyendo personal de salud- que permitan la detección de los problemas y el acceso a los servicios disponibles. El autor, incluye la promoción y educación para la salud en esta área.

Sheridon y Radmacher (1992), Salinas, (1995) y Morales (1999) exponen que algunas funciones del psicólogo en este ámbito, es la detección precoz de los patrones conductuales que conducen a la enfermedad, el empleo de los principios de Modificación de Conducta para impedir el desarrollo de conductas dañinas o para establecer patrones de pensamiento y comportamiento que favorezcan la salud de los individuos; el diseño de programas preventivos adecuados a las necesidades de cada comunidad, que puedan ser aplicados por otros miembros del equipo de salud (trabajadores sociales, enfermeras o médicos). Por ello, el psicólogo debe de estar capacitado para trabajar en un equipo multidisciplinario.

Con respecto a esto Salinas (1995) agrega las siguientes actividades: participación en grupos de apoyo, organización comunitaria, acciones colectivas para modificar las leyes políticas que afectan el ambiente laboral, promoción de normas alimentarias y advertencias en productos dañinos para la salud.

En lo referente a la prevención secundaria, ésta es relevante una vez que la persona ha desarrollado una condición en la cual se tiene el riesgo de incrementar un daño, tal condición puede ser hipertensión, arteriosclerosis o diabetes entre otras (DiMatteo, 1991); por lo tanto su objetivo es impedir el avance de una condición patológica estimulando la modificación de los comportamientos relacionados con la enfermedad; siendo su contribuciones más importantes la adherencia al tratamiento y la reorganización práctica de los servicios.

De acuerdo con Rodríguez y Palacios (1989), la salud es un estado general del organismo humano que puede ser prolongado si se atiende tanto a la conducta de los individuos como a la cultura de sus sociedades; de esta manera, una de las habilidades que debe poseer el psicólogo es la de promover la salud en la comunidad y dar servicio a la misma o a sus individuos. Las intervenciones relacionadas con esta área, están orientadas a promover conductas, activar mecanismos para el autocambio y crear contextos que mantengan la conducta modificada; las técnicas que se utilizan con frecuencia son: el condicionamiento operante, el reforzamiento y la reestructuración cognitiva.

Según Sheridan y Radmacher (1992) los psicólogos pueden dar entrenamiento a las personas para que desarrollen habilidades y mejorar así su estilo de vida, este tipo de entrenamiento incluye, manejo del estrés, entrenamiento biofeedback y manejo del tiempo, así mismo, estos programas son más efectivos si se aplican a grupos escolares o a nivel comunitario y laboral.

En lo que respecta a este punto Bustos recoge fundamentalmente el trabajo de intervención comunitaria de los psicólogos de la salud. Sus funciones preventivas y promotoras de salud se centrarán en:

- Capacitar a los mediadores de las redes socio-sanitarias de la comunidad diana para desempeñar funciones de promoción de la salud y de prevención.
- Analizar la problemática de las personas con prácticas de riesgo, elaborando estrategias encaminadas a aumentar el contacto con ellas y valorando la adecuación de la oferta real de tratamiento a dicha problemática.
- Incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de la comunidad, sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes, o sobre los factores de riesgo.
- Fomentar y promover los hábitos de salud en la población general.
- Promover una mayor accesibilidad a los instrumentos preventivos.

- Dar a conocer diversos recursos humanos y materiales para la prevención y promoción.

2.6 Investigación.

La investigación, consiste en planea, diseñar y conducir estudios específicos sobre la incidencia y prevalencia de alguna enfermedad, de factores de riesgo en la comunidad o sobre hábito saludables. La investigación permite la evaluación de los afectos y el impacto en general de los procedimientos empleados para el control de los factores de riesgo y fomenta la producción de técnicas dirigidas a la prevención, tratamiento de las enfermedades y promoción de la salud. (Becoña et. al.).

Sin embargo en ocasiones, la investigación no está vinculada con la práctica, ya que los psicólogos encargados de la intervención no están implicados en el campo, en ocasiones la investigación indaga la naturaleza y propiedades de los procesos psicológicos, sin detenerse mucho en la reflexión de la posibilidad de resolver esos problemas, y por otro lado, el psicólogo se ve en la necesidad de resolver esos problemas independientemente que se encuentre disponible un cuerpo teórico-metodológico en el cual sustentar sus procedimientos. Por ello es importante, que este profesionista se involucre no solo en la atención y prevención sino al nivel de investigación, ya que puede evaluar sus propios procedimientos, determinando si estos son funcionales o si hace falta agregar elementos, elaborando nuevas técnicas con la certeza de su efectividad.

Salinas (1995) detectó que las principales contribuciones y tendencias de la investigación en Psicología de la Salud son:

- Estudios relacionados con las conductas de salud: conducta autodestructiva, abuso de drogas, propensión a accidentes, conductas preventivas, de enfermedad, pape del enfermo, ajuste a la enfermedad crónica.

- Estudios del sistema de cuidado de la salud: procesos del cuidado de salud, ambientes de tratamiento, aparatos y proveedores del sistema de salud.
- Estudios sobre la planeación y movilización de recursos de salud.
- Estudio sobre reducción de amenazas de salud: efectos ambientales y conductas de protección ante desastres, entre otros.

Serafino (1994) señala que una de las funciones vitales del psicólogo de la salud tiene que ver con las líneas de investigación, ya que se obtiene información acerca de los factores que intervienen en la salud. Una línea importante de investigación ha sido la que estudia los factores asociados al desarrollo de la enfermedad, los temas más estudiados han sido el modo en cómo los sujetos afrontan el estrés y cómo las relaciones interpersonales afectan nuestra salud. Los psicólogos de la salud también se han preocupado por aspectos relacionados con el sistema de cuidados y políticas de la salud; aquí se incluyen trabajos tales como los efectos de la hospitalización, la relación del paciente con el médico y con el personal de la salud en general. Algunas investigaciones recientes están siendo dirigidas a observar características de las conductas en los médicos, especialmente aquellas que afectan la habilidad del médico para tener una mejor comunicación con sus pacientes y que están relacionadas al apego de los regímenes médicos.

De acuerdo a Simón (1996), una de las funciones que el psicólogo de la salud debe realizar es la investigación. Simón señala que los más utilizados en Psicología de la Salud son: los diseños no experimentales y los diseños experimentales. El primer tipo de investigación se realiza sin manipular deliberadamente las variables, no se construye ninguna situación, se observan las situaciones ya existentes y no se provocan intencionalmente por el investigador. Estos diseños se dividen a su vez en transversales y longitudinales; los primeros se encargan de recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único; su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interacción en un momento dado; estos diseños se dividen también en descriptivos, que tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en

que se manifiesta una o más variables; y los causales que describen relaciones entre dos o más variables en un momento determinado, se trata también de descripciones, pero no de variables individuales sino de sus relaciones, en estos diseños lo que se mide es la relación entre variables en un tiempo determinado. Los diseños longitudinales consisten en analizar los cambios a través del tiempo en determinadas variables o en las relaciones entre éstas. Estos diseños se dividen en diseños de tendencia, que son los que analiza cambios a través del tiempo (en variables o sus relaciones), dentro de alguna población en general; diseños de análisis evolutivo de grupos que son aquellos que examina cambios a través del tiempo en subpoblaciones o grupos específicos vinculados de alguna manera; y diseños de panel que son los que analizan un mismo grupo de sujetos medido en todos los tiempos o en momentos.

Los diseños experimentales son aquellos en donde los científicos realizan experimentos con el fin de determinar el efecto que una variable tiene en otra variable, proporcionan información sobre causa y efecto. Los diseños experimentales utilizados en Psicología de la Salud son: los diseños de replicación intrasujeto (el caso único o de $N=1$) que son donde el investigador expone el proceso de evaluación y tratamiento de un sujeto único. Durante mucho tiempo, los estudios de caso invadieron prácticamente por completo el ámbito de la investigación clínica, más cuando se partía de una formación psicodinámica (Ballester, 1997); los diseños intragrupo que son en los que el sujeto sirve como su propio control, estableciéndose comparaciones sobre los mismos individuos en diferentes momentos de tiempo otras haberse sometido a diferentes tratamientos; y por último, el diseño de comparación entre grupos que son aquellos en donde el experimentador comienza por seleccionar aleatoriamente una muestra de sujetos, se divide en dos o más grupos equilibrados, se toma un grupo como control y el otro como experimental y se comparan los resultados.

Dentro de los métodos de investigación que se emplean en Psicología de la Salud, se encuentra el Método de Investigación Epidemiológica. La Epidemiología es una rama de la medicina que investiga factores que

contribuyen a la ocurrencia, mantenimiento y exacerbación de una enfermedad en una determinada población. La Epidemiología proporciona técnicas que son útiles para hacer una primera aproximación a los problemas de salud (Ballester, 1997). En psicología de la Salud su uso se relaciona con la investigación acerca de la etiología de la enfermedad.

Dentro de método de investigación epidemiológica se encuentran los métodos observacionales que fueron pensados para observar y analizar la ocurrencia de un enfermedad específica en una población dada; no aportan las causas de la enfermedad, pero permiten realizar inferencias acerca de posibles factores relacionados con la enfermedad; en este método encontramos los estudios prospectivos en donde se comienza con una población compuesta por sujetos sin enfermedad y se le sigue a lo largo de un período de tiempo para determinar la condición como fumar tabaco o la hipertensión se asocia a una posterior enfermedad o muerte (Kobasa, 1985); los estudios retrospectivos, en donde se comienza con un grupo de personas que ya sufren una determinada enfermedad y después analizan retrospectivamente las características o condiciones que no padecen la enfermedad; son conocidos como estudios controlados de caso, porque estas personas enfermas son comparadas con grupos controles.

También encontramos los experimentos naturales que son aquellos en donde el investigador puede únicamente seleccionar la variable, sin manipularla, son similares a los diseños *ex po facto* (no experimental) en psicología e implican el estudio de condiciones naturales que se aproximan mucho a un experimento controlado.

Por último tenemos a los estudios experimentales, este tipo de estudios llevado a cabo en epidemiología es exactamente el mismo que en psicología; aquí el investigador manipula o controla las variables independientes. Los grupos son asignados aleatoriamente a un grupo control y uno experimental.

Lo importante de todos los métodos presentados anteriormente, constituyen un abanico de herramientas para intentar alcanzar distintos objetivos que un psicólogo de la salud puede perseguir.

De acuerdo con Bustos (2000) el psicólogo, tanto por tradición histórica como por formación facultativa, está orientado a la investigación. De hecho, esta actividad es una característica del psicólogo en relación con los demás profesionales de la salud y así, la investigación ha llegado a constituir una contribución reconocida en el contexto clínico y de intervención comunitaria. Las investigaciones del psicólogo clínico y de la salud se llevan sobre todo en los propios contextos aplicados y, a menudo, formando parte de las prestaciones profesionales, pero también se llevan en laboratorios disponiendo ya de mejores condiciones para estudios controlados.

Las áreas de investigación por parte del psicólogo clínico y de la salud incluyen desde la construcción y validación de tests hasta el estudio del proceso y del resultado de distintos tratamientos psicológicos, desde la determinación del valor pronóstico de determinadas variables hasta la comprobación de la viabilidad de profesionales como terapeutas, desde el análisis de contextos infantiles o geriátricos hasta la evaluación o experimentación neuropsicológica o psicofísica, por señalar esa variedad de áreas de investigación.

Esta orientación a la investigación del psicólogo en el marco de la salud tiene importancia, al menos por las tres siguientes razones: por un lado, permite evaluar críticamente la ingente cantidad de investigaciones que de continuo se publican, para discriminar posibles nuevas aportaciones y determinar qué procedimientos de evaluación e intervención terapéutica sean más adecuados para sus clientes. Por otro lado, es una condición para evaluar la efectividad de su propio trabajo, de modo que se eviten prácticas espúreas clínicamente sostenidas por la inercia y se promueva una mejor actuación profesional. Finalmente, constituye una dotación facultativa con la que se contribuye al trabajo en equipo en contextos médicos (hospitalarios y centros de salud) donde ya se espera esta destreza por parte del psicólogo (como ya

se ha dicho), en particular, para el diseño de las investigaciones del equipo, para la solicitud de financiación de proyectos y como consultor de proyectos ajenos.

Cabe mencionar que en esta área muy poco se ha trabajado. En lo que respecta a México actualmente se realizan investigaciones como: Evaluación del estado de salud (Zúñiga, Carrillo, Fos, Grandek y Medina, 1999); Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual (Calderón, 1999); Trastornos de alimentación y autocontrol (Luigli y Vivas, 2001); Salud de las mujeres trabajadoras (Blanco y Feldman, 2000); Nivel de actividad física (López, Reyes, Castillo, Dávalos y González, 2001), entre otras. Siendo las aproximaciones metodológicas, epidemiológicas y psicométricas las que predominan.

2.7 Enseñanza y supervisión.

Otra función del psicólogo de la salud, se encuentra en la educación y entrenamiento; algunos profesionales han encaminado su trabajo a la educación en marcos académicos, transmitiendo sus conocimientos acerca de los factores psicológicos relacionados con la salud. Las áreas médicas tales como las escuelas de medicina o las escuelas de salud pública, también son centros donde enseñan sus conocimientos. Desde la aparición del campo de la psicología de la salud, se han desarrollado distintos programas tanto de pregrado como de posgrado para entrenar a los psicólogos de la salud (Serafino, 1994).

De acuerdo con Buceta, Bueno y Mas (2000) una función del psicólogo de la salud consiste en entrenar y asesorar a los profesionales de la salud que están en contacto directo con los pacientes. Además, en algunos casos, resultará apropiado que los psicólogos trabajen conjuntamente con estos profesionales, diseñando los programas de intervención que éstos deben aplicar para controlar estímulos externos o influir en la disposición psicológica más flexible. Sin embargo en otras ocasiones, serán los propios psicólogos los

que tendrán que aplicar directamente técnicas operantes u otras estrategias, para controlar estímulos externos dentro del ámbito de la salud (Buceta, Bueno y Mas, 2000).

La dedicación a la enseñanza y formación a otros en tareas clínicas y de la salud, tiene varias modalidades. El psicólogo puede estar total o parcialmente dedicado a la enseñanza tanto en cursos de graduación facultativa como de postgrado, en áreas de personalidad, psicopatología, psicología anormal, evaluación clínica, psicodiagnóstico, terapia o modificación de conducta, psicoterapia, técnicas de intervención y tratamiento, intervenciones comunitarias, diseño de investigación y otras (Bustos, 2000).

La supervisión de un practicum es un tipo especial de enseñanza en la que el psicólogo clínico y de la salud aporta su experiencia profesional a la formación de estudiantes. El modelo consiste, por lo general, en que el estudiante asista a las sesiones que se estimen convenientes y viables o incluso realice alguna tarea con el cliente y se reúna entre sesiones con el supervisor. En todo caso, el cliente siempre conoce la condición de estudiante en prácticas y de que el responsable es el supervisor. Esta supervisión puede ser individual o en pequeños grupos. Asimismo, son usuales también otras tareas en que se muestre al estudiante la práctica profesional, tales como la aplicación, corrección y valoración de pruebas o la aplicación de ciertas técnicas, así como la asistencia a sesiones clínicas. Es obvio también que el estudiante está obligado a la confidencialidad en el mismo sentido que el clínico (Bustos, 2000).

Otra forma de enseñanza o supervisión es la ayuda prestada a solicitud de estudiantes y de graduados que plantean o llevan a cabo determinada investigación. Esta labor va desde la orientación bibliográfica y el consejo para que el diseño responda a lo que se quiere saber, hasta la introducción en las habilidades como investigador. La tarea del supervisor en este sentido ha de ser tal que preste una ayuda relevante sin convertir al solicitante en un mero ejecutor de sus ideas. Finalmente, algunas orientaciones clínicas como la terapia o modificación de conducta, incluyen a menudo la formación de no

profesionales de la psicología en principios y técnicas de análisis y modificación de conducta. Esta enseñanza puede ir dirigida, bajo control y supervisión del psicólogo, a otros profesionales de modo que sean ellos los que extiendan la aplicación psicológica en sus contextos naturales, como médicos, enfermeras, técnicos sanitarios, dentistas, higienistas dentales, profesores y demás personal cuya dedicación tenga que ver con alguna forma de trato y atención social. Esta enseñanza puede también ir dirigida al propio cliente formando parte del contexto terapéutico cuando la relación clínica implica la ayuda a la gente para aprender nuevas maneras de comportarse en la vida cotidiana (Bustos, 2000).

2.8 Dirección, administración y gestión.

De acuerdo con Bustos (2000) este tipo de función tiene más que ver con la colaboración con la gerencia del sistema sanitario: es básicamente una función de gestión de recursos humanos cuyo objetivo es mejorar el desarrollo de los servicios, mediante la mejora de la actuación de los profesionales sanitarios y del sistema mismo. Un primer aspecto de esta función es el de ordenación de la tarea global en el sistema sanitario. A esa función se le podría denominar función de coordinación (que actualmente se cubre en cierto modo desde el "Servicio de Atención al Usuario"). Para cumplir tal función, el psicólogo actúa como experto en relaciones humanas e interacción personal, en dinámica de grupos, y se ofrece a los equipos de salud como coordinador de actividades y asesor en la solución de las posibles dificultades que pueden surgir de la interacción, colaborando en la mejora de la calidad de tal interacción entre los diferentes miembros del equipo, y entre los diferentes equipos, a fin de optimizar el rendimiento de los dispositivos asistenciales.

Esta función de coordinación no ha de confundirse con la función de dirección de un equipo asistencial, aunque puede coincidir con ella. Por otro lado, la función de coordinación puede extenderse a la coordinación con las acciones de asistencia especializada hospitalaria y extra hospitalaria y a las

acciones de la asistencia no especializada en la Atención Primaria extra hospitalaria. Se trata, en suma, de poner en práctica el concepto de salud bio-psico-social y de atención integral que implica, ejerciendo una labor de cuidado indirecto del paciente, sobre todo en el caso de una enfermedad crónica, o discapacidad permanente. En el caso de ciertas patologías, como las oncológicas, la coordinación puede proseguir hasta la muerte del paciente terminal, dentro del medio hospitalario (si existe un programa para ello). De cualquier modo, la buena coordinación intra e inter equipos repercutirá con seguridad en un mayor nivel de calidad de la asistencia (Bustos, 2000).

Por otro lado, el cumplimiento de esta función conlleva, primero, el estudio y establecimiento de la mejor forma de adecuar los recursos humanos a los fines del sistema; y segundo, la evaluación y valoración periódica de la aportación de los trabajadores en las mejoras o retrocesos en los servicios y resultados que reciben los usuarios de la organización sanitaria (en estrecha conexión con el análisis de la calidad de la asistencia).

En consecuencia, el psicólogo clínico y de la salud en el cumplimiento de esta función actuará:

- Como experto (“Consultor técnico”), al ofrecer asesoramiento a los directores y jefes de línea en asuntos que afectan a las relaciones laborales para afrontar y manejar los problemas que se puedan presentar, formulando y ejecutando tratamientos específicos y/o globales (según los casos).
- Como auditor, evaluando y valorando el desempeño de los directivos administrativos, jefes de servicio y jefes de enfermería, en cuanto a la implantación y desenvolvimiento de las políticas de personal y en cuanto a la humanización de la asistencia, previamente acordadas por los órganos correspondientes.
- Como diseñador de programas para relacionar los recursos humanos disponibles, y proponiendo procedimientos alternativos a los que están siendo utilizados, adaptando métodos y tecnologías a los recursos efectivos de que se dispone.

En el cumplimiento de esta función, el psicólogo puede desempeñar puestos como director de un hospital de Salud Mental, Jefe de Servicio de un Hospital o Centro de Salud, Director de un Departamento Universitario, Director de un Programa de Formación de Postgrado (Doctorado, Master), Director de un Servicio Clínico Universitario, Director General de Servicios o programas sectoriales de Psicología Clínica y de la Salud, Presidente de alguna sección profesional o científica, responsable de un proyecto de investigación, y otros, incluyendo la gestión de su propia actividad profesional (Bustos, 2000).

Es importante señalar que el papel del psicólogo en el área médica ha tenido un desarrollo positivo, ya que anteriormente la función del psicólogo en esta área, y más específicamente en los hospitales, era solamente aplicar pruebas psicométricas para detectar un mal funcionamiento mental, es decir trastornos psicosomáticos, por esto a los psicólogos se les identificaba con la labor clínica tradicional de mero clasificador y selector, esto hacía que el trabajo del psicólogo se viera limitado, ya que la falta de conocimiento por parte de las autoridades correspondientes a las instituciones de la salud no permitían realizar otras funciones en los hospitales (Bazán, 1997).

Es evidente que la función del psicólogo 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 de la Salud física y “mental”, identificando grupos poblacionales que son susceptibles a ciertos problemas emocionales y de comportamiento y diseñando intervenciones para controlar los riesgos identificados (Salinas, 1995).

Sin embargo, sus funciones estarán determinadas por las políticas vigentes en los sistemas de salud y por los niveles de atención que se manejan dentro de dichos sistemas. Con respecto a las primeras se puede mencionar que para tener contacto con el paciente, el psicólogo debe esperar las decisiones que tome toda una jerarquía de salud, principalmente los médicos especialistas (vistos como un grupo exclusivo), acostumbrados a mostrar una actitud de autoridad y a considerar a los pacientes de su dominio. Los médicos

tienen una concepción estereotipada del papel que debe jugar el psicólogo; creen que su trabajo debe limitarse a la aplicación de pruebas estandarizadas que enlacen datos cuantificables o confirmen la opinión del médico respecto al caso. Las técnicas que difieren de esta concepción son vistas como extrañas e inexplicables para los médicos (Peterson y Harbeck, 1988).

Esta posición en los médicos puede observarse en las políticas de salud mental implementadas en las Instituciones de Salud, que obligan a los psicólogos a dar un diagnóstico del caso en términos psiquiátricos, lo que contrasta con la formación académica de algunos de ellos. Obstaculizando su labor terapéutica, ya que sus habilidades son más conductuales, basadas en la investigación y más dedicadas a la medida de la competencia del individuo, que al diagnóstico y tratamiento psicopatológico característico de la psiquiatría.

Por otra parte, también es común que el psicólogo lleve a cabo actividades diversas a las de la psicología clínica, pero sólo por invitación o requerimiento especial del responsable de los servicios de salud particulares, por ejemplo: pediatría, cirugía, consulta externa, urgencias, entre otras, o por el administrador del hospital, cuando existen necesidades y presiones para mejorar los servicios o detectar factores responsables de las desviaciones de las metas programadas e incrementar soluciones organizacionales, así mismo se puede requerir su participación dentro de la investigación relacionada con los procesos de enfermedad.

Finalmente, los psicólogos que trabajen en este ámbito deben acostumbrarse a trabajar con otros profesionales de la salud, aceptando en muchos casos, la mayor jerarquía de estos en el organigrama del equipo interdisciplinario. Además, deben valorar los recursos humanos disponibles para mejorar el funcionamiento psicológico de los pacientes, teniendo en cuenta las habilidades y la disposición de los profesionales de la salud que están en contacto con ellos. A partir de esta valoración, deben estimar que recursos deberían mejorar y como, y establecer una estrategia viable para influir en estos profesionales, bien sensibilizándolos, simplemente, respecto a los aspectos psicológicos que son significativos en este ámbito, bien

transmitiéndoles información relevante y asesorándolos sobre aspectos concretos, bien entrenándolos para que adquirieran conocimientos, y en cualquier caso, señalándoles en que consiste su trabajo cómo psicólogo y cual puede ser la aportación específica de este trabajo (Buceta, Bueno y Mas, 2000).

Capítulo 3: PRINCIPALES TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE SE EMPLEAN EN EL TERRENO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Una de las funciones del psicólogo de la salud corresponde al tratamiento e intervención en problemas específicos del usuario; esta es la función que más se lleva a cabo en este ámbito profesional, al menos por los alumnos de séptimo y octavo semestre que llegan a los hospitales a realizar las prácticas que forman parte de dicho curso. Lo anterior, y el hecho de que consideramos que “tratamiento e intervención” es una de las funciones que tiene mayor reconocimiento social, consideramos fundamental realizar un capítulo que describa las principales técnicas que se aplican en este terreno de la Psicología.

Si bien, ya hemos hablado de que existe una problemática en todas las funciones que forman parte de quehacer del psicólogo de la salud, esta función en particular, tiene una problemática que consideramos debe ser tomada en cuenta no sólo reconociendo que existe, sino tomando una postura seria y comprometida tanto para con la disciplina, como para con los usuarios de nuestros servicios; la problemática a la cual nos referimos considera los siguientes puntos: el entrenamiento para poder hacer uso de una u otra técnica de intervención, el pragmatismo y el eclecticismo de los que se hace tanto uso al momento de intervenir.

Sin embargo, en este capítulo nuestro objetivo es presentar la definición y objetivos de las psicoterapias, después mencionar todas las psicoterapias reconocidas que se emplean en el ámbito de la salud y finalmente describir de manera más específica las técnicas empleadas desde la perspectiva de la modificación de conducta, la perspectiva cognitivo-conductual y la postura psicoanalista. Lo anterior, se acordó debido a que estas tres posturas representan parte de la formación que se brinda en la F.E.S. Iztacala.

3.1 Definición y objetivos de las psicoterapias.

De acuerdo con Pérez (1982) no hay una definición de psicoterapia que incluya las bases de todas las teorías en psicología existentes; pero si se puede hablar de elementos comunes a todas las formas de hacer psicoterapia. Este autor considera que son cinco los elementos fundamentales:

1. Toda psicoterapia, independientemente de su enfoque particular, implica una relación interpersonal.

2. Para merecer el nombre de psicoterapia, la relación mencionada en el punto anterior, exige que la persona que tiene rol de terapeuta tenga una formación y un entrenamiento especiales.

3. La persona que busca la ayuda se encuentra insatisfecha, o siente que las personas que la rodean están insatisfechas con su comportamiento o con su manejo de las experiencias emocionales o interpersonales; a esta insatisfacción se añade una imposibilidad (real o aparente) de que el individuo resuelva solo la dificultad.

4. Los comportamientos adoptados por el terapeuta, así como las teorías, principios y mecanismos operativos a los que recurre para ayudar al sujeto, se desprenden de una teoría psicológica y del problema del sujeto en particular.

5. Toda psicoterapia busca provocar un cambio en el comportamiento del sujeto, lo que varía son los niveles sobre los cuales se centra la actividad terapéutica.

6. Todas las formas de psicoterapia utilizan los principios que aseguran el control social.

7. Algunos de los mecanismos principales que se encuentran operando en cualquier psicoterapia pueden ser propuestos en términos de fenómenos de aprendizaje.

En lo que respecta a los objetivos que deben tener las psicoterapias Pérez (1982) menciona que hay objetivos que son más o menos aceptables para todas las tendencias, como por ejemplo la reducción de la ansiedad excesiva; sin embargo, las similitudes entre las escuelas no implican de ninguna manera similitud de propósitos o viceversa, pues los caracteres que

definen la pertenencia a una corriente no se relacionan necesariamente con los objetivos. Para lograr una cierta unificación de los objetivos psicoterapéuticos es necesario, establecer una diferenciación entre los que podemos llamar “objetivos mediadores” que son aquellos que interesan particularmente al terapeuta y a su teoría; y los que podemos llamar “objetivos principales” que son aquellos que interesan sobre todo al sujeto y su problema.

3.2 Psicoterapias existentes empleadas en el ámbito de la salud.

Como mencionamos anteriormente, a continuación se presentarán las técnicas y procedimientos empleados dentro de la Psicología de la salud, sin embargo describir cada una de ellas excedería a los objetivos de este trabajo, consideramos importante su mención, ya que al hacerlo reconocemos que la psicología es una disciplina que permite la diversidad de posturas, lo cual debe ser respetado.

Técnicas de Terapia o de Modificación de Conducta:

- Técnicas de exposición (Desensibilización Sistemática, Inundación, Implosión, Exposición guiada y Autoexposición).
- Técnicas basadas en el Condicionamiento Operante (Reforzamiento positivo y negativo, Control estimular, Extinción operante, Tiempo fuera de reforzamiento, Costo de Respuesta, Saciación, Sobrecorrección, Refuerzo diferencial de otras conductas, Programas de Economía de Fichas y Contratos conductuales) y Técnicas aversivas (Castigo, Procedimientos de escape y evitación y Condicionamiento clásico con estímulos aversivos).
- Técnicas de condicionamiento encubierto (Sensibilización Encubierta, Modelado Encubierto y otras).
- Técnicas de autocontrol.
- Técnicas de adquisición de habilidades (Juego de Roles, Modelado, Ensayo de conducta)
- Técnicas de relajación.

Técnicas de Terapia cognitivo-conductual:

- Técnicas cognitivas (Terapia Racional Emotiva, Terapia Cognitiva de Beck, Reestructuración Cognitiva y otras).
- Técnicas de afrontamiento (Inoculación de Estrés, Solución de Problemas y otras).

Técnicas Psicoanalíticas:

Las principales técnicas psicoanalíticas basadas o inspiradas en el Psicoanálisis son la Interpretación, la Aclaración y la Confrontación y se completan con otras intervenciones racionales, incluyendo además el adecuado manejo de fenómenos del proceso terapéutico como la Alianza de Trabajo y la Transferencia y Contratransferencia. Estas se aplican dentro de las siguientes modalidades principales:

- Tratamiento psicoanalítico convencional.
- Psicoterapia psicoanalítica de expresión (media y larga duración).
- Psicoterapia psicoanalítica breve y/o focal.
- Psicoterapia psicoanalítica de apoyo.
- Psicoterapia dinámica.

Técnicas de Psicoterapias centradas en la persona y experienciales:

- Técnicas de Terapia centrada en el cliente.
- Técnicas de Psicoterapia experiencial.
- Técnicas de Psicoterapia de proceso experiencial.
- Técnicas de Terapia bioenergética.
- Psicodrama.

Técnicas de Psicoterapias fenomenológicas y existenciales:

- Técnicas de Psicoterapia gestáltica.
- Técnicas de Análisis transaccional.
- Técnicas de Análisis existencial.
- Técnicas de Terapia existencial y logoterapia.

Técnicas de Terapia Sistémica:

- Pautación escénica.
- Posicionamientos.
- Preguntas lineales, estratégicas, circulares y reflexivas.
- Reestructuraciones, reencuadres o redefiniciones.
- Tareas de cambio en la pauta.
- Tareas metafóricas, paradójicas, reestructurantes y rituales.
- Relatos.

Una vez mencionadas las técnicas utilizadas dentro de la Psicología, a continuación describiremos las técnicas que existen dentro de tres perspectivas que son clásicos dentro de la historia de la Psicología, así como de la F.E.S.Iztacala. Cabe mencionar que particularmente las técnicas cognitivo-conductuales y la Psicoterapia breve, Intensiva y de Urgencia, dentro de la perspectiva psicoanalista, se ha considerado de las más relevantes en este ámbito de la psicología.

3.3 Técnicas de Modificación de Conducta:

En un principio se definió a la terapia conductual como la aplicación de principios de aprendizaje al tratamiento de conductas inadaptadas. La terapia conductual se define como una metodología empirico-clínica. Esta metodología contiene lineamientos fundamentales que incluyen la aceptación de métodos nuevos y confianza en los métodos. El terapeuta conductual, se caracteriza por detectar la queja del cliente y enseñarle nuevas habilidades para que controle su vida. Se parte del supuesto de que los trastornos psicológicos son el resultado de experiencias inadaptadas de aprendizaje en las que las fuerzas ambientales conforman y mantienen las conductas inconvenientes. El terapeuta conductual realiza un análisis funcional de la conducta problema, es decir, estima la frecuencia y duración, y después le proporciona al cliente nuevas experiencias de aprendizaje y examina si sus intervenciones producen cambios positivos en la conducta.

Desensibilización Sistemática:

En la desensibilización sistemática al usuario se le induce poco a poco, por medio de la relajación, a que imagine escenas o estímulos de una intensidad cada vez mayor, hasta que pueda imaginar escenas que producen un máximo de ansiedad sin mayor problema.

En este procedimiento, una parte de cada una de las primeras sesiones se dedica a entrenar y enseñar al usuario a que se relaje; también se obtienen datos del usuario acerca de los temores o fobias que tiene y luego se forma una jerarquía de las actividades correspondientes a cada una de ellas. Una vez que se organiza la jerarquía de escenas para cada temor o fobia, el usuario se imagina la escena que le provoque menor ansiedad y si logra imaginar esta escena con muy poca o nada de ansiedad se prosigue con la siguiente escena en la jerarquía. Si experimenta alguna ansiedad al imaginarse una escena el usuario debe hacer alguna señal al terapeuta y detener el proceso; debe ponerse en un estado de relajación y repetir la escena hasta lograr cero ansiedad. La mayoría de los individuos que logran realizar estos procedimientos en su imaginación, también podrán hacer frente a la situación real sin ninguna ansiedad extraordinaria. Los resultados de este tipo de terapia son bastante positivos (Garfield, 1979).

Implosión o Inundación:

En la terapia implosiva, el terapeuta tiene algunas entrevistas diagnósticas con el usuario para obtener información básica acerca de sus problemas y para lograr alguna base para comprender mejor la dinámica de su dificultad. Al usuario se le dan instrucciones acerca de los procedimientos implosivos. En esta técnica, se emplean estímulos de gran intensidad, la implosión o inundación, utiliza un paradigma de extinción. Aprovecha y utiliza las situaciones o estímulos que al usuario le provoca mayor ansiedad; aunque estos indicadores suelen producir bastante más ansiedad que aquellos que se

encuentran comúnmente a la base de la jerarquía graduada de temores que se usa en la desensibilización sistemática, se da por supuesto que hipotéticamente que los estímulos que tienen cargas más elevadas de ansiedad son evitados o reprimidos por el paciente. Aunque la terapia implosiva hace hincapié en que el usuario sea expuesto a indicadores imaginarios o visualizados que provocan bastante ansiedad, hasta cierto punto esta forma de terapia también utiliza cierta forma de graduación, presentando primero estímulos de tipo menos amenazadores.

La terapia implosiva ha provocado reacciones negativas y positivas, así como alguna cantidad de investigación; algunos usuarios responden muy bien a esta terapia, algunos no logran ningún cambio y algunos incluso empeoran; es por esto que esta técnica debe emplearse con cierta reserva, pero ciertamente se puede usar cuando otros métodos han fracasado (Garfield, 1979).

Reforzamiento positivo y negativo:

Se habla de reforzamiento positivo, cuando se presenta un estímulo después de alguna respuesta y que dicha presencia hace que esta última incremente su probabilidad de ocurrencia. En el terreno aplicado e más complejo hablar de los estímulos que incrementen la ocurrencia de una conducta, ya que no todos los estímulos, ni en todas las ocasiones esto ocurre, una de las condiciones, es investigar con qué tipo de población se va a trabajar, su historia de reforzamiento estados de saciedad y privación de lo que se va a presentar como estímulo reforzante; también debe tomarse en cuenta que la presentación de algún estímulo reforzante debe ser de forma inmediata para evitar reforzar conductas que no sean las establecidas como meta.

Una técnica de reforzamiento que puede ser útil cuando se trabaja con grupos es utilizar contingencias que involucren a todo el grupo, por ejemplo si todo un grupo recoge la basura del salón entonces se les permitirá traer un juguete al siguiente día, este procedimiento promueve el trabajo en equipo.

El uso de reforzamiento positivo en el terreno aplicado en cualquier de sus modalidades es efectivo, pero lo es más en combinación con otro tipo de técnicas, pero cualquiera que sean las técnicas que se combinen, es básico analizar el caso en términos de la historia del individuo, de cómo se manejan el uso de consecuencias en su casa y escuela, para evitar situaciones incompatibles o problemáticas o incluso evitar que a mitad de una intervención el programa no funcione por no haber obtenido la información pertinente para poder aplicarlo.

Extinción operante:

El procedimiento de extinción se utiliza para una o más conductas que hayan sido previamente reforzadas y que no se van a reforzar más, esto para reducir la ocurrencia de una conducta. Esta conducta tiene como ventajas el poder eliminar conductas infantiles indeseables, o debilitar conductas desviadas y los resultados obtenidos tienen un efecto prolongado.

La forma en cómo la conducta decrementará, dependerá de la historia de reforzamiento a la que haya estado sujeta, por ejemplo si estaba bajo un procedimiento de reforzamiento continuo el decremento será más rápido que si estuvo bajo un programa de reforzamiento intermitente; pero ambas situaciones presentarán un decremento gradual; si se usa la extinción en combinación con alguna conducta alterativa que esté reforzada y que sea incompatible con la que esté en el programa de extinción ésta disminuirá con mayor rapidez.

Técnicas de autocontrol.

El auto control (controlar nuestro propio comportamiento) es una de las piedras angulares de la personalidad humana. En este caso, Bandura sugiere tres pasos: **1. Auto-observación.** Nos vemos a nosotros mismos, nuestro

comportamiento y cogemos pistas de ello. **2. Juicio.** Comparamos lo que vemos con un estándar. Por ejemplo, podemos comparar nuestros actos con otros tradicionalmente establecidos, tales como “reglas de etiqueta”. O podemos crear algunos nuevos, como “leeré un libro a la semana”. O podemos competir con otros, o con nosotros mismos. **3. Auto-respuesta.** Si hemos salido bien en la comparación con nuestro estándar, nos damos respuestas de recompensa a nosotros mismos. Si no salimos bien parados, nos daremos auto-respuestas de castigo. Estas auto-respuestas pueden ir desde el extremo más obvio (decirnos algo malo o trabajar hasta tarde), hasta el otro más encubierto (sentimientos de orgullo o vergüenza).

Entrenamiento asertivo:

El entrenamiento asertivo se ha consolidado como una forma especial de terapia conductual cuando el problema es la falta de firmeza de un individuo, su incapacidad para expresar sus sentimientos, o los controles demasiado intensos que ejerce sobre su conducta, son el fruto de una ansiedad que está vinculada con situaciones específicas. Al usuario se le hace ver en qué forma su dificultad está obstaculizando su vida diaria y que una vez que empiece a expresarse a sí mismo, podrá llevar a cabo una conducta asertiva con mayor facilidad. Suelen ser necesarias algunas exhortaciones e incitaciones. Por lo general, al principio se le da al usuario una explicación sobre cómo la ansiedad impide la firmeza del individuo y la posibilidad de que tenga sentimientos latentes de ira y de resentimiento hacia los demás en esta situación. Se le dice al usuario que si logra expresar su resentimiento, también logrará suprimir su ansiedad. Luego se habla sobre los diversos modos de llevar estos conocimientos a la práctica y se le anima para que explore estas nuevas posibilidades en las debidas circunstancias. Se le debe animar a una conducta de firmeza solamente cuando la ansiedad que se ha producido no se puede adaptar, es decir, cuando ocurre la ansiedad aún cuando la acción asertiva no trae consecuencia negativa. Esta conducta no se debe aconsejar cuando se ve que las consecuencias van a redundar en perjuicio del paciente.

Juego de Rol:

Esto quiere decir que durante la terapia se le pide al usuario que represente cierta conducta o papeles determinados, a esto también se le conoce como “ensayo de conducta”. En este caso el terapeuta suele representar el papel de alguna persona particular ante la cual el usuario no puede actuar con la debida firmeza, y se instruye al usuario para que exprese sus sentimientos inhibidos con respecto de esa persona, en este tipo de desempeño de papeles o ensayo conductual, al usuario se le anima para que se posea lo más que pueda del papel, para sentirlo lo mejor que pueda, y no hacerlo en una forma meramente rutinaria. El usuario suele repetir sus declaraciones o parlamentos y su comportamiento hasta que se juzga que su actuación es la adecuada. Este procedimiento de desempeño de papeles tiene muchas posibilidades y se puede adaptar para un gran número de objetivos. Se considera que los ensayos de conducta ayudan a encauzar al individuo en una conducta apropiada para su interacción con las personas reales que anteriormente le causaban ansiedad y que le impedían tener firmeza.

Modelamiento:

Los principios y los procedimientos prácticos de tratamientos por modelación se aplican para establecer nuevos patrones de conducta, para eliminar temores e inhibiciones, y para facilitar la expresión de modalidades preexistentes de conducta. Los individuos adquieren conductas por medio de la observación de la conducta deseada realizada primero por el terapeuta y se espera que después la realiza el usuario.

Programación de actividades incompatibles:

Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema (p.e actividad gimnástica en lugar de comer)

Escala de dominio/placer:

El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y vá anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona (p.e utilizando escalas de 0-5). Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.

Asignación de tareas graduadas:

Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.

Entrenamiento en relajación:

Se utiliza para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhiba a través de la distensión muscular. Los métodos de relajación se utilizan también como tratamiento coadyuvante en muchas condiciones, tal como la ansiedad de hablar en público, las fobias, la ansiedad intensa, el síndrome de colon irritable, el dolor crónico y las disfunciones sexuales.

De entre todos los métodos que hay de relajación, hay uno que se recomienda más por ser el más efectivo en la reducción de la tensión y la ansiedad, siendo al mismo tiempo de fácil aprendizaje y dominio para los clientes; se trata de la relajación progresiva.

Técnica de aversión:

Se usa para el tratamiento de obsesiones, compulsiones, fetichismos, homosexualidad, alcoholismo, y problemas afines. Excepto en ciertos casos de toxicomanía, la terapia de aversión no debe ser la primera opción tratándose de tratamientos conductuales. La terapia de aversión consiste en presentar al individuo un estímulo que produzca una intensa reacción de evitación, y esto debe llevarse a cabo en el contexto de la acción indeseada. Esta técnica no tiene mucha efectividad a largo plazo.

3.2 Técnicas de Terapia cognitivo-conductual.

Los tratamientos cognitivos parten del supuesto de que las conductas manifiestas por las que recurre una persona a tratamiento no siempre son el problema, sino que pueden ser experiencias internas que pueden estar relacionadas con la forma de pensar, sentir y auto-verbalizar del individuo.

Por aprendizaje se entiende lo referido a los acontecimientos verbales o figurados en el flujo de la conciencia de una persona; es decir, el aprendizaje es el estudio de las ideas y de sus antecedentes (formación, contenido, interconexiones, desarrollo, etc.), por lo tanto el concepto central de esta teoría propone que el *contenido de una persona afecta su estado de ánimo*.

La Terapia Cognitivo Conductual se enfoca más en los significados conscientes, le interesan más los *Cómo* y los *Para qué* que los *Por qué*. Es una terapia que se orienta al análisis de los pensamientos automáticos, los supuestos o creencias y la organización de sus percepciones, como en el análisis minucioso de las conductas y actitudes sintomáticas. Su objetivo es enseñarle al paciente cómo desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para ayudarlo a manejar sus circunstancias de vida, la idea es que el paciente aprenda a hacerlo por él mismo. La Terapia Cognitivo Conductual tiene tres principios importantes enfocados cada uno de ellos al paciente, dichos principios son:

- 1.- Un paciente tratado bajo esta terapia, debe aprender a distinguir entre la realidad y la percepción de esa misma realidad.
- 2.- Esta percepción de la realidad se ve modificada y está sujeta a diversos procesos de aprendizaje, que son en sí mismos fruto del error.
- 3.- Lo anterior supone conseguir que el paciente asuma y contemple sus creencias como hipótesis que puede convertir en un fenómeno sujeto a verificación, negación y modificación. (Ruiz, 1994)).

Terapia Racional Emotiva:

Albert Ellis comenzó a desarrollar su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia. En 1958 publicó por primera vez su famoso modelo A-B-C para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo "autodoctrinamiento" en exigencias irracionales. La terapia tenía así como fin, no solo tomar conciencia de este autodoctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales anti-exigenciales y anti-absolutistas y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta.

El modelo de la terapia racional-emotiva propone que el proceso que lleva a producir la "conducta" o la "salud" o "trastorno emocional" es bien distinto, ya que propone:

| | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------|
| A ----- | B ----- | C |
| (Acontecimiento) | ("Belief":Creencia sobre A) | (Consecuencias) |

No son los acontecimientos externos por lo general (salvo eventos externos o internos extremos: p.e "terremoto", "dolor extremo") los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas. Más bien el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos, es quién en última instancia produce esas consecuencias ante esos eventos. El que esos eventos tengan una mayor o menor resonancia en sus consecuencias, es decir produzcan estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales dependerá fundamentalmente de las

actitudes valorativas (creencias) de ese sujeto particular. Esos acontecimientos serán valorados en tanto y en cuanto impliquen a las metas personales del sujeto. Ahora bien esas metas podrán ser perseguidas de modo irracional, produciendo un "procesamiento de la información absolutista" y consecuencias psicológicas trastornantes, a bien siguiendo un "procesamiento de la información preferencial" y consecuencias emocionales saludables. El que predomine uno u otro "procesamiento de la información" hará que el perfil "salud psicológica/trastorno psicológico" varíe en cada caso.

El trastorno psicológico, deriva de las Creencias Irracionales. Una creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible. Ellis propone que las tres principales creencias irracionales (creencias irracionales primarias) son:

- a) Referente a la meta de Aprobación/Afecto:
- b) Referente a la meta de Éxito/Competencia o Habilidad personal:
- c) Referente a la meta de Bienestar:

Hay tres creencias irracionales, derivadas de las primarias (creencias secundarias), que a veces son primarias, que constituirían el segundo eslabón cognitivo del "procesamiento irracional de la información":

- a) Referente al valor aversivo de la situación: TREMENDISMO.
- b) Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable: INSOPORTABILIDAD.
- c) Referente a la valoración de si mismo y otros a partir del acontecimiento: CONDENA.

En un tercer eslabón cognitivo, y menos central para determinar las consecuencias emocionales, estarían las distorsiones cognitivas o errores inferenciales del pensamiento y que serían evaluaciones cognitivas más ligadas a las situaciones específicas y no tan centradas como las creencias irracionales.

La salud psicológica, por su parte estaría ligada a las creencias racionales. Ellis, es el único terapeuta cognitivo que llega a distinguir entre

consecuencias emocionales negativas y apropiadas o patológicas. El hecho de experimentar emociones negativas no convierte ese estado en irracional necesariamente, ni la racionalidad de la terapia racional emotiva (R.E.T) puede ser confundida con un estado "apático, frío o insensible" del sujeto. Lo que determina si una emoción negativa es o no patológica es su base cognitiva y el grado de malestar derivado de sus consecuencias. Así en la R.E.T se distingue entre: emociones apropiadas, versus, emociones inapropiadas.

En la R.E.T se distingue varios focos y niveles de cambio: En cuanto a los focos del cambio, estos pueden estar en:

a- Aspectos situacionales o ambientales implicados en el trastorno emocional (p.e facilitar a un fóbico social un ambiente con personas no rechazantes y reforzantes de la conducta pro-social). Sería un cambio en el punto A del modelo A-B-C.

b- Consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas o sintomáticas del trastorno emocional (p.e en el mismo fóbico medicar su ansiedad, enseñarle relajación para manejar su ansiedad, autorreforzarse positivamente sus logros sociales y exponerse gradualmente a las situaciones evitadas. Sería un cambio en el punto C del modelo A-B-C.

c- En las evaluaciones cognitivas del sujeto implicadas en el trastorno emocional. Aquí se distinguirían a su vez dos focos:

c.1. Distorsiones cognitivas o inferencias anti-empíricas

c.2. Creencias irracionales

Para Ellis los tres focos pueden, y suelen producir modificaciones emocionales, cognitivas y conductuales. Y de hecho los tres focos se suelen trabajar conjuntamente en una terapia del tipo R.E.T. Pero el foco más relevante para el cambio está en el punto B del modelo A-B-C, sobretodo en la modificación de creencias irracionales.

Por otro lado existen diferentes niveles en cuanto a la "profundidad" y generabilidad del cambio. Estos niveles serían:

- INSHIGT N° 1: Que el sujeto tome conciencia de que su trastorno deriva de B (Irracional) y no directamente de A.

- INSHIGT N° 2: Que el sujeto tome conciencia de como él mismo por autoinstrucción o autorrefuerzo mantiene la creencia irracional.
- INSHIGT N° 3: Que el sujeto trabaje activamente la sustitución de las creencias irracionales por creencias racionales mediante tareas intersesiones de tipo conductual, cognitivo y emocional.

Principales técnicas de tratamiento en la R.E.T.

Ellis clasifica las principales técnicas de la RET en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

A- TÉCNICAS COGNITIVAS:

1- *Detección*: Consiste en buscar las Creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar autorregistros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.

2- *Refutación*: Consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente).

3- *Discriminación*: El terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.

4- *Tareas cognitivas para casa*: Se utilizan con profusión los autorregistros de eventos con guías de refutación. Cintas de casete con las sesiones donde se ha utilizado Refutación, Cintas de casetes sobre temas generales de RET y biblioterapia RET.

5- *Definición*: Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta.

6- *Técnicas referenciales*: Se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.

7- *Técnicas de imaginación*: Se utilizan, sobretodo, tres modalidades: (1) La Imaginación Racional Emotiva (IRE) donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada,

aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional.

(2) La proyección en el tiempo: el paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrofista.

(3) Hipnosis: Técnicas hipnosuggestivas en conjunción con frases racionales.

B- TÉCNICAS EMOTIVAS:

1- Uso de la aceptación incondicional con el paciente: Se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia autoaceptación.

2- Métodos humorísticos: Con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.

3- Autodescubrimiento: El terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.

4- Uso de modelado vicario: Se emplea historias, leyendas, parábolas, etc... para mostrar las creencias irracionales y su modificación.

5- Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.

6- Ejercicio de ataque a la vergüenza: Se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello.

7- Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos.

8- Repetición de frases racionales a modo de autoinstrucciones.

9- Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

C-TÉCNICAS CONDUCTUALES:

1- Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.

2- Técnica de "Quedarse allí": Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.

3- Ejercicios de no demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.

4- Uso de recompensas y castigos: Se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.

5- Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

Terapia Cognitiva de Beck:

La terapia cognitiva (C.T) es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta. El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de Esquema Cognitivo y en el ámbito clínico el de Supuestos Personales (Beck, 1979).

Equivalen también a las Creencias según la concepción de A. Ellis (1989 y 1990). Con todos estos términos equivalentes nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma ideosincrática nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

En el sistema de cogniciones de las personas podemos diferenciar:

UN SISTEMA COGNITIVO MADURO- Hace referencia al proceso de información real. Contiene los procesos que podemos denominar como racionales y de resolución de problemas a base de constatación de hipótesis o verificación.

UN SISTEMA COGNITIVO PRIMITIVO- Esta organización cognitiva sería la predominante en los trastornos psicopatológicos.

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos. Beck (1967 y 1979) identifica los siguientes:

INFERENCIA ARBITRARIA: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.

ABSTRACCIÓN SELECTIVA: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.

SOBREGENERALIZACIÓN: Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.

MAXIMIZACIÓN Y MINIMIZACIÓN: Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.

PERSONALIZACIÓN: Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.

PENSAMIENTO DICOTÓMICO O POLARIZACIÓN: Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos (Beck, 1981). Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales: (1) informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas

problemáticas; (2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia; y (3) el material introspectivo o de autorregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción:

- 1) El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas.
- 2) Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos. En función del tipo de error cognitivo o distorsión cognitiva. En función del grado de realidad y adaptación de las cogniciones.
- 3) Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en Significados personales o Esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. Esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo a la base de los problemas del paciente y permitirá su contrastación empírica.

En resumen, el terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadores-pensamientos- afectos-conductas implicadas como primer paso; después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los Supuestos Personales subyacentes, haciendo esto último en base a las distorsiones cognitivas más frecuentes, contenidos comunes, como defiende el paciente una creencia y de momentos asintomáticos o "felices" del paciente donde se suele confirmar el reverso del Supuesto Personal.

La meta inmediata, denominada en la C.T "terapia a corto plazo" consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas). La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían vulnerable al sujeto.

Los pasos anteriores tienen su puesta en práctica en distintos aspectos:

La relación terapéutica:

El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas. El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial el de la empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar el cómo el paciente parece vivir sus estados emocionales y su visión de su situación), la aceptación del cliente (no rechazarlo por sus características personales o tipo de problema presentado) y la sinceridad del terapeuta (pero con cierta diplomacia).

Estrategias de tratamiento:

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se genera se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales. Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asignan como tarea para casa a un área problema seleccionada.

Técnicas de tratamiento:

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales. Finalidad de las técnicas cognitivas: Facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados comprobar su validez. Finalidad de las técnicas conductuales: Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

A continuación presentamos algunas técnicas empleadas con frecuencia en la C.T.

Técnicas cognitivas:

1- **DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:** Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a

ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autorregistros como tarea entre sesiones.

2-CLASIFICACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS: A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.

3- BÚSQUEDA DE EVIDENCIA PARA COMPROBAR LA VALIDEZ DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS: Puede hacerse de diferentes maneras: (1) A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis. (2) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba. (3) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente. (4) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado). Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

4- CONCRETIZAR LAS HIPÓTESIS: Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

5- REATRIBUCIÓN: El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la

situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

6- DESCENTRAMIENTO: El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recogida de información proveniente de otros (p.e diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

7- DESCATASTROFIZACIÓN: El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

8- USO DE IMÁGENES: El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

Reestructuración Cognitiva:

Se parte del supuesto de que son nuestros pensamientos los que pueden modificar nuestra conducta, al tiempo que una incidencia en ésta puede preceder al insight (introvisión) generando distintas percepciones. Cuando una situación determinada crea conflictos en una persona hay que mostrarle la manera de vencer el problema, incidiendo en sus cogniciones para cambiar las emociones o sentimientos experimentados adaptándolos de manera positiva a la situación que en un principio generaba el conflicto. El ser humano utiliza diferentes formas de expresión que dan lugar a situaciones indeseables y que simplemente, percatándose y no utilizándolo, incidirían en una mejor adaptación a la situación. Algunos de las formas de lenguaje a las que nos referimos son:

El razonamiento dicotómico, es decir, funcionar en términos de todo o nada, blanco o negro sin opciones intermedias.

Las generalizaciones excesivas, en las que si un determinado sujeto es malo a nuestros ojos por algún acontecimiento previo vivido con él, todos aquellos sujetos que tengan alguna característica común con el sujeto en cuestión se vivirán al mismo tiempo como malos, por dar un ejemplo. Nuestra tendencia a generalizar nos impide percibir racionalmente nuevas opciones, nuevos sujetos.

La excesiva tendencia a depender de las opiniones ajenas. Si bien es cierto que nuestro autoconcepto se conforma con las aportaciones día a día que el entorno nos depara, también es cierto que son nuestros juicios en cuanto a nuestra persona los que atenderán o no a la crítica. Hemos sido educados en pro a la vergüenza y ante ella nos sentimos expuestos. Nuestra tendencia a generalizar, a establecer silogismos ilógicos nos conduce a creer más la opinión ajena que la propia confianza en nuestros valores.

La aculturación y socialización excesiva. La tendencia de nuestra sociedad es a asumir unos valores aprendidos como absolutos sin cuestionarnos la relatividad de los mismos. Existen unos patrones o modelos establecidos culturalmente y por herencia simplemente creemos en ellos.

Pensamientos y sentimientos. Son las interpretaciones subjetivas de las situaciones las que generan las emociones expresadas. (Ellis. A y Grieger. R. 1985).

Inoculación de Estrés:

Se enseña a los individuos un conjunto de habilidades de afrontamiento de estrés con el fin de capacitarlo para enfrentarse más efectivamente con las situaciones estresantes. Esta técnica comprende tres fases: Fase 1 está

diseñada para ayudar al usuario a desarrollar una mejor comprensión de la naturaleza del estrés y de su afrontamiento. Fase 2 se enseñan habilidades específicas de afrontamiento y se asegura que tales habilidades ya poseídas sean en efecto utilizadas. Fase 3 está diseñada para proporcionar la práctica gradual de diversas habilidades de afrontamiento por parte del usuario en la clínica o en ambientes naturales, y con esto, permitir la evaluación de los resultados de estos experimentos personales.

Solución de Problemas:

Entendido esto como una habilidad, en donde parte de la idea de que los problemas con los que vivimos que no se resuelven generan un malestar acumulativo que puede terminar en enfermedades psíquicas o físicas. La finalidad es desarrollar una estrategia general encaminada a buscar soluciones. El método a seguir en esta técnica consiste en una estrategia de cinco pasos para encontrar solución a cualquier tipo de problema con el que nos encontremos. La solución de problemas ayuda a reducir o eliminar los pensamientos negativos que llevan a la persona a creerse incapaz de manejar una situación. Los cinco pasos de esta técnica son: 1º Concretar el problema (uno por cada vez a emplear el método), 2º-Concretar como solemos responder por costumbre a ese problema, 3º-Hacer una lista con soluciones alternativas, 4º-Valorar las consecuencias de cada alternativa, y 5º-Valorar los resultados. (Ladouceur, 1994).

3.3 Técnicas Psicoanalíticas: Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia.

Dentro del psicoanálisis, conocemos el tratamiento psicoanalítico convencional que tiene una muy larga duración, lo cual no es muy funcional para cuando se habla de momentos en los que se tiene que intervenir de emergencia. A lo largo de la historia del psicoanálisis se han ido creando diferentes formas de psicoterapias, con el fin de poder abarcar las necesidades de la sociedad, así como ésta va cambiando, el psicoanálisis tradicional también lo ha hecho en otras modalidades que se requieran, de acuerdo al contexto actual de la época.

En las épocas de post guerra era eminente que se tenía que intervenir con las personas afectadas y el Psicoanálisis con su método tradicional, no era el más indicado ya que la intervención debía de ser precisa y en menor tiempo, es por eso que como primera instancia nace la psicoterapia breve, que actúa bajo los mismos fundamentos de la tradicional solo que en menor tiempo, claro está que no se llega hasta el fondo del problema (al menos no como en la forma tradicional del psicoanálisis) pero son las necesidades que se experimentaban en esos tiempos las que llevan al psicoanálisis a crearla.

Posteriormente se crea la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (PBIU) que es una de las técnicas más empleadas para el ámbito de la salud, debido a su estructura es la técnica que nos proporciona herramientas para realizar una intervención a corto plazo ya sea de primera o de segunda instancia. Como ya se mencionó esta fue creada en torno a las necesidades del sector salud principalmente y es de la que hablaremos a continuación. Cabe destacar que ésta es la técnica con la cual se entrena a la mayoría de los alumnos de séptimo semestre de la F.E.S.Iztacala para ingresar a los ámbitos hospitalarios.

Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia.

La PBIU en esencia, se podría describir en los siguientes puntos, de acuerdo con Bellak (1993), para lo cual se elaboró el siguiente resumen de su Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia:

- a) La PBIU se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que se presenta. Lo que se insiste en este punto es que se comprenda al paciente de la manera más completa posible, desde todos los puntos de mayor ventaja y después introduzca las variables que logren una adaptación más eficaz.
- b) Bajo cualquier circunstancia, se intenta establecer un punto central para comprender en forma precisa por que el paciente acude a consulta en el día en especial en que lo hizo, cuándo inició su problema, en su pasado inmediato, y cuándo y en qué forma parecida existió en su historia personal.
- c) Establecimiento de la causalidad o continuidad entre el presente y el pasado y las muchas conexiones teóricas de los sistemas en el presente. En la psicoterapia enfocada, se intenta salvar la discontinuidad entre infancia y adultez, entre pensamiento de vigilia y de sueño, entre lo que es consciente e inconsciente, lo mismo que se intenta comprender la interrelación de estos factores con los componentes biológicos, sociales, familiares y físicos de la vida del paciente.
- d) La formulación general más útil de una teoría acerca del desarrollo de un síntoma, lo mismo que de la estructura de personalidad en general, es que los síntomas son intentos de solucionar problemas, de enfrentar la ansiedad, conflicto, déficit. Entre más limitada sea la capacidad para enfrentar situaciones, mayor será el trastorno que exista en la personalidad y viceversa. La conducta para enfrentar situaciones se aprende, se funda en un sustrato biológico, dentro de un medio social, étnico y familiar. En ese sentido, el grado en el cual la conducta se aprende, es decir, se debe a factores de experiencia, se puede cambiar a través de reaprendizaje en psicoterapia. El tratamiento es un intento por ayudar a la persona a obtener mejores recursos para enfrentarse a

la realidad, con los conflictos que existen entre ésta y los impulsos, así como con las introyecciones defectuosas (es decir, imágenes internalizadas de los otros significativos).

- e) La psicoterapia breve, intensiva y de urgencia se enfoca en lo que ha aprendido de manera deficiente y lo que necesita desaprenderse y reaprenderse del modo más eficaz posible.
- f) La psicoterapia experimentada, breve intensiva y de urgencia se realiza tomando en cuenta todas las defensas y proposiciones psicológicas del Yo.
- g) La PBIU se enfoca, y selecciona los síntomas principales y más perturbadores y su causa, dentro de un marco de referencia más amplio, y después provee la conceptualización más certeramente orientada posible de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias y se espera suficientes.
- h) La esencia de de la PBIU no consiste en seis sesiones, cuatro u ocho, sino en la aproximación enfocada y sistemática. Cinco sesiones pueden ser de lo más práctico, debido a que la mayoría de los pacientes externos, no tienen deseos de regresar a consulta, probablemente debido a su experiencia con el tratamiento médico.
- i) Los beneficios de la PBIU se pueden extender más allá del centro de atención inmediata de la terapia, ya que toda la estructura adaptativa del paciente puede cambiar favorablemente, en una especie de reacción psicodinámica en cadena, como resultado de las intervenciones limitadas.
- j) Las indicaciones para la PBIU son muy amplias. Se selecciona el problema para tratamiento, no al paciente. En ese sentido, la PBIU puede utilizarse para prevención primaria, secundaria (estados agudos) tanto como para la terciaria (cronicidad), en un amplio rango de trastornos.

Por otra parte pasaremos a los 10 principios básicos de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (Bellak, 1993):

1. Es esencial una conceptualización fiel. La proposición básica de la terapia breve consiste en comprender todo, saber mucho y entonces hacer aquello que represente una diferencia crucial. Para lograr esto se tiene que pensar mucho, planificar y conceptualizar. Es esta conceptualización fiel que hace posible la terapia breve.
2. En lugar de seleccionar a los pacientes seleccionan las metas y los problemas.
3. La PBIU se basa en una historia clínica exhaustiva, que se guía por conceptos formulados con claridad y utilice un estilo adecuado de comunicación.
4. Se puede enseñar a llevar a cabo con éxito la PBIU con un relativamente limitado conocimiento de psicodinamia. Teóricamente sería mejor si clínicos bien entrenados y, de preferencia, psicoanalistas; llevaran a cabo la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Sin embargo, a las personas con un conocimiento relativamente limitado en psicodinamia se les puede enseñar a llevar a cabo la psicoterapia breve en una forma exitosa.
5. Guía esquemática: el concepto de medicina de urgencia como paradigma para la PBIU. La medicina de urgencia se basa en el uso práctico de un vasto cuerpo de conocimientos generales acerca de la anatomía, fisiología, patología, cirugía y medicina. De hecho, las intervenciones de urgencia se definen y conceptualizan de forma más fiel que otras ramas de la medicina.
6. La psicoterapia de urgencia no sólo se limita a la eliminación del síntoma. A pesar de las restricciones de tiempo, puede haber oportunidad de reconstruir al paciente a un mayor nivel que el premórbido. Los principios de la PBIU son los mismos que la psicoterapia de urgencia, excepto que en la terapia breve se tiene que definir la meta, mientras que en la psicoterapia de urgencia la meta se encuentra claramente definida por lo que sea que se presenta como

urgencia, sea ésta el peligro de suicidio, de homicidio, crisis de angustia o de algún otro tipo.

7. Eficacia para la prevención primaria, secundaria y terciaria. La psicoterapia breve puede ser útil en la prevención primaria en una gran variedad de circunstancias; cuando las personas se encuentran psicológicamente en riesgo, la psicoterapia breve se puede utilizar para transelar los problemas por adelantado, es decir, en forma preventiva. La prevención secundaria trata con estados agudos ya existentes, que se pueden detener antes de convertirse en estados más graves y crónicos, la utilizar la psicoterapia breve. La prevención terciaria tiene que ver con el alivio de estados crónicos. En la práctica psiquiátrica, esto significa lidiar con las exacerbaciones agudas de los psicóticos crónicos o con sus síntomas más perturbadores.
8. Aspectos administrativos e indicaciones para la PBIU. Las opiniones acerca de las indicaciones apropiadas varían entre los diferentes profesionales que la practican ahora bien se recomienda firmemente la terapia breve, intensiva como el procedimiento de admisión a elegir, lo cual es cierto para las clínicas y agencias sociales, se sugiere que esta sea practicada también en práctica privada aunque el paciente pudiera costear un tratamiento más largo. De hecho se considera a la psicoterapia breve como piedra angular de la salud mental comunitaria.
9. Algunos aspectos administrativos especiales. Existen dos maneras posibles de utilizar la terapia breve como método de intervención en todas las clínicas públicas: 1) un director médico puede ver a todos los pacientes en admisión y asignarlos a la persona apropiada y 2) cualquier miembro disponible del personal puede tomar al siguiente paciente.
10. Papel del terapeuta y resistencia a la PBIU. Es importante que el terapeuta no pierda autoestima por involucrarse en la práctica de la terapia breve; es decir, debe entender que lleva a cabo un trabajo valioso y no sólo toma medidas momentáneas. Este asunto es particularmente relevante para los terapeutas a los que se les ha entrenado en psicoanálisis han aprendido a respetar las afirmaciones del

paciente y a presentar un papel receptivo, expectante y relativamente pasivo en terapia. Sin embargo, en la terapia breve se requiere mucha más actividad mental de parte del terapeuta. Mientras se escucha, las intervenciones se tienen que conceptualizar y planificar en forma activa, a un grado mucho mayor que en la terapia de larga duración. Se tiene que actuar con base en hipótesis, no sólo a través de interpretación, pero mediante métodos de intervención utilizados con menos frecuencia en la psicoterapia dinámica convencional. Con frecuencia, este requisito contradice el entrenamiento y personalidad de la gente con experiencia en la psicoterapia tradicional.

El perfil básico de la PBIU se encuentra dividido en 10 aspectos que son los siguientes:

1. Cinco o seis sesiones de 50 minutos, por lo general una por semana.
2. Sesión de seguimiento un mes después.
3. Anamnesis completa.
4. Valoración psicodinámica y estructural.
5. Consideración de los aspectos médicos y sociales.
6. Plan para las áreas de intervención.
7. Plan para métodos de intervención.
8. Plan para la secuencia de las áreas y métodos de intervención.
9. Decidir si se aplicará la terapia individual únicamente, o si se combinará con sesiones conjuntas o familiares.
10. Consideraciones de condiciones facilitadoras como fármacos u hospitalización breve.

El perfil básico intenta ser una guía, no una camisa de fuerza (Bellak, 1993).

En una sesión inicial los aspectos a indagar son los siguientes:

- Síntoma Principal.
- Historia del síntoma principal.
- Síntomas secundarios.

- Historia personal.
- Historia familiar
- Formulación dinámica y estructural.

TRES FACTORES DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA.

Transferencia:

Además de una elaboración exhaustiva de la historia clínica, también se le pide a los pacientes, en general al momento de concluir, si han tenido un sueño la noche previa y que sueños puede recordar de su infancia; o acerca de sueños recurrentes de cualquier periodo en sus vidas. En especial, escuchar acerca del sueño que tuvo el paciente la noche anterior, puede ser importante dado que existe una excelente oportunidad de que se relacione con la entrevista inminente y puede revelar algo acerca de la relación de transferencia posible en el futuro y las expectativas del paciente con respecto a la terapia, lo mismo que una dinámica general.

El sueño es una fuente importante, pero no la única, para dar indicaciones acerca de la naturaleza de la relación transferencial. A partir de la historia clínica puede hacer un intento por predecir como podría ser la naturaleza de la transferencia y que problemas se pueden anticipar.

Es importante mantener una transferencia positiva en la psicoterapia breve y dejar al paciente con ella. La transferencia negativa se tiene que analizar.

Alianza terapéutica:

La alianza terapéutica tiene una fórmula específica: *la parte racional e inteligente de al paciente se tiene que sentar junto al terapeuta... la parte irracional, inconsciente, es la que le causa problemas.* de manera breve se exponen aquí algunas ideas básicas: primero se puede comprender la conducta si se recuerda que existe una continuidad entre la infancia y la

adultez, entre el pensamiento del sueño y de la vigilia y entre la conducta normal y la patológica.

La segunda explicación principal del proceso terapéutico involucra describir la adquisición de la dinámica y estructura por medio de la apercepción, las distorsiones aperceptivas y la identificación del rol. Por otra parte se le explica al paciente que el éxito de la terapia depende en gran medida de su capacidad para trabajar en alianza con el terapeuta.

Contrato terapéutico:

En este apartado, se les explica a los pacientes que se espera manejar sus problemas en cinco sesiones, cada una de las cuales tiene una duración de cincuenta minutos, y que en todos los casos sería preferible volver a saber de ellos en un mes después de la quinta sesión, ya sea por teléfono, carta o en persona para saber como les va.

En esencia, esto cubre el establecimiento de los tres aspectos del proceso terapéutico en la primera sesión de terapia.

SEGUNDA A SEXTA SESIÓN DE LA PBIU.

Segunda Sesión

1. Relajación con la primera sesión
2. Pensamientos acerca de la primera sesión, sueños, estatus entre sesiones
3. Relacionar las sesiones para mantener el foco de atención e incrementar el funcionamiento sintético-integrativo
4. Exploración más amplia de la sintomatología e historia

En esta sesión se explora de manera más amplia, se logra un mejor cierre y se reexaminan las bases para elegir áreas y métodos de intervención. Otro factor importante es establecer una relación entre las sesiones, para no perder

información, dar confianza y detectar otros síntomas que pudieran ocurrir entre sesiones.

Tercera Sesión

5. Centrar la atención en especial en transelaborar insights anteriores
6. Comenzar a referirse a la separación inminente

Dentro de esta lo que se hace principalmente es un intento especial por transelaborar lo que se ha aprendido hasta entonces, con agregados de todas las fuentes posibles. Esta también puede ser una buena ocasión para recabar más información y de ser necesario llamar a otros integrantes de la familia.

De la tercera sesión en adelante, es necesario comenzar a referirse a la separación inminente.

Cuarta Sesión

7. Como en otras sesiones, pero con más énfasis en la terminación

En esta sesión se dedica a comprender más cerca los problemas del paciente agregar insight e intervenir en cualquier otra forma necesaria y se vuelve a tocar el punto de la separación e indagar como se siente el paciente con esto.

Quinta Sesión

8. Hacer que el paciente reseñe en forma verbal el periodo completo de tratamiento
9. Terminar el tratamiento en un tono positivo

La quinta y última sesión regular da comienzo, como de costumbre, preguntando al paciente como se siente y cómo se ha sentido la semana intermedia. Después se le pide que reseñe el periodo completo de tratamiento y se transelabora cualquier material adicional que se haya obtenido, en especial con respecto a la terminación u otros planes.

Hay que intentar terminar la terapia con una relación positiva. En esencia, se da un doble mensaje, diciéndole que uno está disponible si realmente lo necesita, pero que intente no necesitarlos porque es bueno para él seguir sólo en lugar de ser dependiente, y se le tranquiliza diciendo que si necesitara terapias adicionales se las podríamos llevar a cabo o presentarle a otro terapeuta.

Sexta Sesión

10. Sesión de seguimiento:

Evaluar los logros terapéuticos y tomar la decisión de si se necesita más trabajo o no, dejar al paciente con una transferencia positiva.

En esta sesión, un mes después, se intentará verificar la calidad de los logros terapéuticos y se llevarán a cabo las disposiciones acordadas con ello. De nuevo se tratará de dejar al paciente con una transferencia positiva y el sentimiento y el sentimiento nada inapropiado de que, si fuera necesario, el terapeuta o un sustituto, se estará disponible para él.

MÉTODOS DE INTERVENCIÓN EN LA PBIU.

Algunos métodos en la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia son los siguientes:

- La interpretación: es el proceso de indicar los comunes denominadores entre los patrones conductuales y afectivos del paciente en el pasado, presente y las situaciones de transferencia.
- Insight: tiene que ver con el reconocimiento del paciente acerca de sus patrones conductuales y afectivos en el pasado, en el presente y en las situaciones de transferencia. La respuesta debe tener fuertes componentes efectivos y no solo existir como un proceso intelectual.
- Translaboración: es cuando el paciente es capaz de aplicar a las situaciones de su vida el insight que adquirió. Lo que puede empezar como un proceso principalmente consciente de aplicar los insight cada

ves se debe volver un proceso más automático y preconsciente hasta que tenga lugar la reestructuración.

- **Catarsis y Catarsis mediata:** la catarsis mediata es un termino que se utiliza cuando se le expresa al paciente proposiciones con una carga emocional. Se le expresan al paciente sentimientos que pueden ser demasiado fuertes para su superyó sensible, pero al decirlos el terapeuta toma la responsabilidad del superyó sobre ellos. La identificación e introyección del imagen del terapeuta como una parte más benigna del superyó, representa entonces un papel importante en este aspecto del proceso terapéutico.
- **Prueba auxiliar de realidad:** es necesaria según en que proporción se encuentre perturbado un paciente y qué tanta necesidad existe de que el terapeuta represente un papel como auxiliar para someter a prueba la realidad, para que clarifique las distorsiones que el paciente hace de está y funcione como yo auxiliar para él.
- **Represión del impulso:** se puede utilizar como un método directivo para desalentar algunas formas de conducta y alentar otras. Se debe tener en cuenta que la represión representa un papel normal en el funcionamiento cotidiano y que la represión insuficiente es casi tanto un problema como lo es la represión excesiva.
- **Sensibilización a las señales:** tiene que ver con hacer que el paciente se haga consciente de que ciertas conductas de su parte suceden cuando existe una constelación dinámica específica.
- **Educación:** en este punto se le educa al paciente acerca de su enfermedad haciéndole ver que las realidades de su trastorno son muy diferentes de las fantasías irracionales que ha imaginado.
- **Intelectualización:** ayuda al paciente asegurarle que le terapeuta comprende su síntoma, al menos intelectualmente, con tal comprensión se logrará algún control sobre lo que de otra manera, le parece al paciente como algo que es totalmente desorganizante y egodistónico.
- **Apoyo:** el hacer afirmaciones que tranquilicen al paciente es importante en ciertos momentos de la terapia, pero nunca puede ser la única

medida que se tome si se espera proveer algo más que solo una ayuda adecuada.

Fármacos psicoactivos: se utilizan los suficientes para facilitar la terapia, pero no tanto que interfieran con la motivación para un trabajo terapéutico posterior, o que nuble los procesos cognoscitivos al punto que sea imposible que el paciente participe en el proceso psicoterapéutico.

Capítulo 4: **PROBLEMÁTICA ACTUAL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD.**

En este capítulo abordaremos dos problemáticas que existen en el ejercicio del psicólogo de la salud; la primera de éstas corresponde a las funciones que el psicólogo de la salud, debe llevar a cabo en este ámbito, evaluación, diagnóstico y tratamiento e intervención, son funciones que damos por hecho debe realizar un psicólogo en casi todos los ámbitos profesionales, pero la propuesta de este trabajo es que existen al menos otras cinco funciones que también forman parte de su quehacer profesional, que además de ampliar la gama de opciones laborales en un mismo terreno, son funciones que enriquecen a la psicología como ciencia y como profesión. Por otro lado, el reconocimiento y realización de estas funciones, responde a realidades sociales en las que el psicólogo está inmerso y a las que debe responder, ya que no debemos olvidar que la existencia de una disciplina debe tener una validación social, validación y justificación que se obtiene en la medida que es congruente con el espacio temporal y cultural en el que se desarrolla.

Una segunda problemática del ejercicio del psicólogo de la salud, tiene que ver con las técnicas que se emplean como parte de tratamientos e intervenciones en este terreno de la psicología. De entre todas las funciones expuestas en el presente trabajo, la función de tratamiento e intervención, es tal vez la función más expuesta ante los ojos y juicios sociales, ya que es lo que una persona “recibe” del psicólogo y por lo cual después de haber asistido a terapia, estas personas dicen haber resuelto algún problema o incluso a algunos les basta con sentirse mejor; es esta la función que refleja las condiciones de otras, como son la evaluación, diagnóstico, investigación, por mencionar algunas.

Consideramos que es una función clásica del ejercicio profesional del psicólogo, por lo cual es reconocido socialmente hablando, es la parte tecnológica de nuestra disciplina, la cual debe contribuir tanto a la solución de problemas sociales actuales, como al enriquecimiento y actualización de las

bases teóricas que sustentan cada una de las formas existentes para llevar a cabo un tratamiento o intervención.

Cabe mencionar que de todas las técnicas y terapias existentes dentro de la psicología, se eligieron 3 para ser desarrolladas de manera más profunda, las técnicas de modificación de conducta, técnicas cognitivo-conductuales y la terapia breve, intensiva y de urgencia; esto por tres cuestiones; primero, porque a juicio de las autoras de este trabajo, cada una de éstas corresponde a tres formas de concebir la dimensión psicológica teóricamente diferentes, lo cual permite que haya cierta diversidad, elasticidad y equidad al momento de hablar de cada una de éstas en esta parte de las problemáticas del quehacer del psicólogo de la salud. Segundo, porque consideramos que las posturas expuestas tienen un valor histórico muy importante dentro del desarrollo de la psicología. Tercero, por que dentro de la F.E.S. Iztacala; estas tres posturas reflejan la formación académica que por excelencia han caracterizado la historia de la disciplina en esta institución.

4.1 Problemática en cuanto al quehacer del Psicólogo de la salud.

Antes de hablar de manera específica de la problemática que existe en cada una de las funciones que forman parte del quehacer del psicólogo en el ámbito de la salud, cabe mencionar de manera general, que algunas de dichas problemáticas se mantienen debido a que la función de los hospitales tiende más a reflejar las necesidades e intereses de los profesionales de la salud (médicos), que las necesidades de los pacientes. La segregación y control subordinado de la psicología, como de otras disciplinas sociales en el campo de la salud, es el producto monopólico de la profesión médica sobre la salud y 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, se consideran secundarias o excluyen otras profesiones que atienden factores psicológicos y sociales de la salud y la enfermedad.

Consideramos que las limitaciones de la práctica de los psicólogos en ambientes de atención a la salud son 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 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 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. Muchos trabajadores en el área social 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.

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, 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 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.

Parecería que el psicólogo podría tener mayor posibilidad de una ejercicio profesional independiente en ambientes de atención a la salud, pero

no es así, debido a que el psicólogo es desplazado a un segundo término o subordinado y una explicación es su tardía incorporación profesional a los ambientes hospitalarios. El nivel actual de entrenamiento de los psicólogos en otros países los prepara para funcionar de manera “autónoma” en ambientes hospitalarios psiquiátricos, 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.

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 propias de su objeto de estudio y se dedique a aplicar estas técnicas y metodologías al margen de su análisis conceptual. Esta forma de ejercicio profesional, reproduce la imagen profesional del psicólogo para él y otros, no permitiendo el desarrollo y aplicación de otras más funcionales.

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 tienen el grado de desarrollo y convergencia de la disciplina como ciencia y como profesión determina en gran medida la posibilidad de constituirse en una práctica con un encargo definido, de acuerdo a la naturaleza epistemológica 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.

Lo dicho anteriormente permite mostrar un panorama general acerca de la situación actual del psicólogo en el ámbito de la salud; a continuación

presentaremos la problemática actual y lo que se debe hacer de forma específica en cada una de las funciones de se han ido mencionando a lo largo de este trabajo. Hay que señalar que la función de tratamiento e intervención se desarrollará en la segunda parte de este capítulo.

4.1.1 Evaluación y Diagnóstico:

La evaluación es tan importante que si no se realizara en forma adecuada, el terapeuta jamás conocería en realidad si su terapia dio o no resultado. Cuando la evaluación está mal realizada, es posible que la terapia lleve senderos distintos a los correctos y no resuelva el problema del paciente; incluso podemos exacerbarlo por el que se nos consulta. Existen diferencias entre la evaluación realizada con un punto de vista conductual y la realizada con un punto de vista tradicional. Es importante hacer notar estas diferencias ya que dependiendo de nuestra orientación teórica vamos a realizar nuestra evaluación. Esta debe de ser coherente con la teoría subyacente que postulamos como cierta. Así un psicólogo orientado psicodinámicamente realizará una evaluación basada en pruebas proyectivas, test de la personalidad, etcétera. Igualmente un clínico orientado conductualmente realizará inventarios, registros directos, etcétera. Una evaluación psicodinámica podrá orientar al psicólogo para establecer una terapia basada en el psicoanálisis. De la misma forma un inventario determinará un déficit o exceso conductual al cual se le aplicará un tratamiento también conductual al cual se le aplicará un tratamiento también conductual.

Existen críticas hacia los cuestionarios e inventarios por parte de los psicómetras ya que no se utilizan métodos estadísticos para validar los instrumentos. Hay una reacción negativa de los psicólogos conductuales en contra del uso de estadística en las pruebas. Esta reacción ha llegado a tal grado que el rechazo ha sido total. El mal uso y el abuso de la estadística llevaron a esta reacción. Una desventaja que siempre ocurre cuando las fuentes originales están en inglés, es la adaptación de éstas a las características e idiosincrasia de nuestro país.

Debemos siempre tener en cuenta que una buena evaluación determinará la consecución de los objetivos de la terapia; una buena evaluación comienza cuando se tienen claros los principios teóricos de los que se está partiendo; una buena evaluación está libre de prácticas eclécticas y/o pragmáticas. Una evaluación realizada de manera eficiente, considera los problemas que el usuario ha reportado y no necesariamente lo que uno quisiera evaluar, si el usuario ha sido canalizado por algún miembro del cuerpo médico, los resultados de la evaluación no tienen que coincidir necesariamente con lo que el médico había diagnosticado como problema. Se debe buscar siempre la independencia de lo que médicamente puede considerarse como problema psicológico, para poder ser congruentes y no perder de vista la dimensión psicológica que nos corresponde analizar, evaluar y diagnosticar.

4.1.2. Asesoría y Enlace:

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 construir 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.

Dado que los factores que intervienen en el proceso 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 ínter 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). El psicólogo puede colaborar en la definición, detección y

modificación de comportamientos y condiciones medio ambientales nocivas a la salud.

De acuerdo con enfoques 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 ofrecen. 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 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 de uno a uno (Durán, Becerra y Torrejón, 1991).

4.1.3 Prevención y Promoción:

En lo que respecta esta función, se debe conformar una gama de servicios y estructuras flexibles que respondan a las necesidades 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 lleven a cabo las acciones tendientes a prevenir y promover la salud, con lo cual es importante que el psicólogo 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. Esto 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 de 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.

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 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) 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 que podría ser, junto con otros profesionales de la salud y sociales; uno de los agentes principales y relevantes.

No debe negarse la importancia que el modelo médico 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 (1989) 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 con este autor, esto es posible gracias a la psicología. Así, 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.

Un nuevo modelo de atención a la salud debe enfatizar la atención primaria a la salud, lo cual implica anticipar el daño y tomar acción contra los

riesgos. La participación del psicólogo 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.

4.1.4 Investigación:

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.

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 como de conceptualizaciones y metodologías derivadas de investigaciones de otros campos (psicología social experimental), así como de sus aplicaciones a diversos campos (psicología clínica, del trabajo, organizacional, desarrollo y educación, comunitaria y ambiental entre otras). 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.

Consideramos que, 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, 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, inmediateista, 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 cognitivo-conductuales en nuestro país y en Latinoamérica están teniendo mayor aceptación.

La investigación universitaria en este 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.

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.

4.1.5. Enseñanza y Supervisión:

Los contenidos de los cursos de psicología y su absorción por las instituciones educativas obedecen a una lógica diferente 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, determina su posición en los planes de estudio del sector salud y adopta sólo los elementos que le son funcionales a sus propósitos (Duarte, 1986).

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

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 la aseveración anterior, 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 contestar del todo al papel marginal que cumple el psicólogo en el campo de la salud, en esto, también es importante la organización y estructura jerárquica del personal, conforme a los objetivos del modelo biomédico.

Se ha señalado como que la dificultad en la aceptación de las ciencias sociales en el ámbito de la salud de debe al bajo nivel profesional atribuido por los médicos a los científicos sociales y a la situación poco clara de dichos 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.

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 precurrente modificar en dichos planes el predominio de la orientación biologicista, así como la concepción neoliberal subyacente en la que se basas la educación profesional del médico.

En 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, 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 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 responde 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.

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 casual, sino que 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 substraerse del todo.

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.

En México, las condiciones de inserción profesional del psicólogo en el campo de la salud son poco estimulantes en status y económicamente para atraer profesionales con doctorados y postdoctorados 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.

4.1.6. Dirección, Administración y Gestión:

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 psicología de la salud por invitación o requerimiento especial del responsable de los servicios de salud particulares 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 organizacionlaes, asimismo en la investigación relacionada con los procesos de enfermedad; esto último, sin dejar de mencionar la iniciativa en interés del psicólogo que elabora propuestas concretas y que recibe el apoyo de las autoridades para instrumentarlas si así convienen a la institución.

La atención a la salud en nuestro país no 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, es decir, aquella que no tiene accesos a servicios de salud del IMSS, ISSSTE o PEMEX, etc, y la calidad de los servicios es mala en todas las instituciones de del sector salud. La distribución de los recursos financieros es desigual, lo que da un sentido desigual al proceso salud enfermedad. Existe una gran desigualdad en cuanto ala 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 no personales), como saneamiento y vigilancia epidemiológica, etc, con el mismo presupuesto.

La distribución 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 de médicos y trabajadores administrativos. Una organización ideal de los recursos humanos requeriría de una cantidad tres veces mayor de enfermeras, técnicos en salud y otros tipos de personal paramédico, así como de trabajadores sociales y por supuesto un mayor número de psicólogos de planta y practicantes.

El desarrollo y formación de recursos humanos y la investigación en y para la salud juega 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 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 una 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 haya 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 envenenado 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 psicología.

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 salud pública, los niveles de ejercicio profesional es deficiente y es poca la investigación en esa área (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.

El cumplimiento de esta función conlleva, primero, el estudio y establecimiento de la mejor forma de adecuar los recursos humanos a los fines del sistema; y segundo, la evaluación y valoración periódica de la aportación de los trabajadores en las mejoras o retrocesos en los servicios y resultados que

reciben los usuarios de la organización sanitaria (en estrecha conexión con el análisis de la calidad de la asistencia).

En consecuencia, el psicólogo de la salud en el cumplimiento de esta función actuará:

- Como experto (“Consultor técnico”), al ofrecer asesoramiento a los directores y jefes de línea en asuntos que afectan a las relaciones laborales para afrontar y manejar los problemas que se puedan presentar, formulando y ejecutando tratamientos específicos y/o globales (según los casos).
- Como auditor, evaluando y valorando el desempeño de los directivos administrativos, jefes de servicio y jefes de enfermería, en cuanto a la implantación y desenvolvimiento de las políticas de personal y en cuanto a la humanización de la asistencia, previamente acordadas por los órganos correspondientes.
 - Como diseñador de programas para relacionar los recursos humanos disponibles, y proponiendo procedimientos alternativos a los que están siendo utilizados, adaptando métodos y tecnologías a los recursos efectivos de que se dispone.

En términos generales, acerca de todas las funciones del Psicólogo en el ámbito de la salud, 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.

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 a 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 psiquiátrico. Como establece Enright y cols. (1990). 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 tratamiento 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 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”.

4.2 Problemática en cuanto a técnicas y procedimientos en tratamiento e intervención.

Si hay algo que caracteriza a la psicología como disciplina es la diversidad de teorías y técnicas derivadas de éstas, que existen para abordar problemas definidos desde cada perspectiva como psicológicos. Particularmente, en la F.E.S. Iztacala, la formación de los psicólogos ocurre mayoritariamente con tendencias conductuales, cognitivo-conductuales y en creciente número psicoanalistas. Fue por ello que en el capítulo anterior se expusieron técnicas que corresponden a cada una de estas posturas.

Si bien no es nuestro objetivo hacer un análisis exhaustivo de las problemáticas de dichas técnicas y mucho menos de los principios teóricos que las sustentan; si consideramos pertinente hablar de lo que ocurre al tratar de llevar éstas técnicas al ámbito de la salud, lo que respecta a una práctica ecléctica, por un lado, y a una práctica pragmática, por otro. Tampoco es nuestro objetivo decir que una postura es mejor que otra, ya que eso depende de la concepción que se tenga de lo que es lo psicológico, lo cual debe ser respetado, siempre y cuando no se recurra a prácticas eclécticas o pragmáticas.

Nos interesa exponer el alcance de estas técnicas en el ámbito de la salud, ya que son herramientas con las que se están formando psicólogos dentro de la F.E.S. Iztacala, y deberían permitir responder a las necesidades de quienes se vuelven usuarios de nuestro servicio, de no ser así, entonces se deberían reconsiderar y renovar las formas de tratamiento e intervención en este terreno de la psicología; ya que como mencionamos anteriormente, esta función, si bien no es la más importante, y evidentemente tampoco la única, sí es función que está más expuesta ante los ojos y juicios sociales y que consideramos refleja el estado de desarrollo de otras funciones y por ende de nuestra disciplina.

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 lo que sí se ha hecho en investigación al 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 llevarlo a no comprender y cooperar con el tratamiento y el psicólogo tiene las habilidades para detectar dichas perturbaciones.

Es indudable que para que haya habido una expansión de la actividad del psicólogo en el sistema de salud ha sido, en parte, el importante 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 de 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, lo que significa una preponderancia de la orientación conductual en el campo.

La psicología de la salud comprendido como campo de aplicación de la psicología general, refleja más claramente la presencia de la identidad múltiple de la psicología (psicoanálisis, conductismo, sistémica, humanista, etc.), sin que exista posibilidad de establecer ninguna vinculación teórica o metodológica entre dichas identidades en este campo de trabajo. De esta manera, el divorcio

entre ciencia y profesión se agudiza y se hace más difícil establecer la relación entre ambas formas disciplinarias. 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.

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 a logro de transformaciones sistemáticas y duraderas. El eclecticismo pretende fundamentarse en la idea de que se requiere del concurso de diversos enfoques que analicen diversos 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 de "Psicología de la Salud" se conceptualiza como un campo profesional que integra diferentes posturas teóricas, 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.

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.

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.

De acuerdo con Ribes (1982) existe una dualidad entre la psicología como disciplina y como 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, etc) 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 un área eminentemente aplicada lleva a hacer mención de todo el bagaje conceptual y metodológico de la psicología en la práctica concreta.

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 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 para su exclusión.

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 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.

Holtzman y col. (1988), mencionan que 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, además de los componentes institucionales y políticos que son generalmente más evidentes, que no necesariamente satisfacen las necesidades reales de la población. 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 un poco o nada, dado que no permiten incorporar a otros profesionales en muchas de sus áreas.

Las 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 del 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.

Los avances en la psicología y la capacitación en el uso de 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.

A tal situación debemos añadirle la existencia de una dependencia tecnológica y científica que orienta los modelos de atención psicológicos 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.

Aspectos como el eclecticismo, pragmatismo, diferencias culturales, entre otros, por momentos parecen ser pasados por alto, especialmente porque el campo de la salud es uno de los campos más demandantes en los que está inmersa nuestra disciplina, donde no parece haber tiempo para esperar a que lleguen los avances de la evolución científica; en donde esta exigencia de resolver rápidamente los problemas presentes pareciera justificar el hacer de forma pragmática y ecléctica; sin embargo, creemos que son aspectos que deben convertirse en prioridades, ya que esta situación paradójicamente no está solucionando las demandas sociales y tampoco permite que la psicología evolucione como disciplina independiente de la medicina; pero además de esto, generaciones de psicólogos se están formando bajo lógicas que consideramos

no son éticas, que reflejan falta de compromiso y que una vez egresados de las facultades seguirán continuará con esta forma de ejercicio de la profesión en cualquiera de los ámbitos en los que labore.

Como practicantes, como alumnos, como profesores y profesionales en general de la psicología, debemos ver al eclecticismo y al pragmatismo como problemas en el hacer cotidiano de la profesión, y no como sólo como parte del hacer diario de una función tan importante como el tratamiento e intervención.

CONCLUSIONES.

El quehacer del psicólogo en el ámbito de la salud, ha estado permeado por las posturas de las insituciones médicas y - aunque en menor medida- por el desarrollo mismo de la disciplina en este terreno. A lo largo de la historia de la incursión de la psicología en el ámbito de la salud ha sufrido varios cambios, desde la visión conocida como Medicina Psicosomática hasta la medicina Conductual. Pese a las diferentes posturas que se han interesado en los temas de salud y psicología, en el presente trabajo se expuso la definición de Psicología de la Salud realizada por Matarazzo y aceptada en 1980 por la APA, la cual dice de la siguiente manera: “la Psicología de la Salud es el conjunto de aportaciones específicas educativas, científicas y profesionales de la Psicología orientadas a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y las disfunciones relacionadas”; la APA agregó: que es también el análisis y mejora del sistema de salud y la formación en política sanitaria.

De lo anterior partió realizar una análisis acerca de cual es el quehacer del Psicólogo en el ámbito de la Salud, es decir ¿cuáles son las funciones que al Psicólogo le corresponde realizar en este terreno?. De acuerdo principalmente con Bustos (2000) partimos del supuesto de que existen al menos ocho funciones que son parte de quehacer del psicólogo en el ámbito de la salud: Evaluación, Diagnóstico, Tratamiento e intervención, Asesoría y enlace, Prevención y promoción de la salud, Investigación, Enseñanza y supervisión, y Dirección, administración y gestión.

Por un lado, en el presente trabajo intentamos describir cada una de las funciones antes mencionadas, y en otro capítulo se expuso lo que consideramos es parte de la problemática en el desarrollo de cada una de las funciones. Por otro lado, también intentamos poner especial énfasis en lo que respecta a la función de tratamiento e intervención, expusimos las técnicas con las cuales se han abordado problemas en el ámbito que nos compete, y

justificamos el haber expuesto con mayor profundidad las técnicas de modificación de conducta, técnicas cognitivo-conductuales y la terapia breve intensiva y de urgencia; por el hecho de considerarlas las principales herramientas con las que se nos forma en la F.E.S.Iztacala, que representan parte de la historia de la psicología en nuestra institución, y, finalmente porque representan perspectivas diferentes de lo que se considera lo “psicológico” y por ende diferentes formas de ver y resolver los problemas referidos por usuarios del servicio psicológico. Siguiendo la misma lógica que con las funciones, tratamos de exponer las cuestiones que consideramos son parte de la problemática en lo que respecta a las técnicas y procedimientos de intervención en el terreno de la salud.

Respecto al análisis de las funciones que son parte del quehacer del psicólogo en el ámbito de la salud, llegamos a las siguientes conclusiones:

El papel de un modelo psicológico en el ámbito de la salud es el de guiar la acción e intervención prácticas en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, en la medida en que esas prácticas no pueden considerarse efectivas si no es en relación con su aplicación oportuna respecto a la actividad social de los individuos. El conocimiento del proceso biológico de una enfermedad y las condiciones sociales de su epidemiología no son suficientes. Se requiere de un modelo de cómo aplicar este conocimiento en la forma de medidas efectivas que afecten la práctica cotidiana de individuos reales, dimensión que trasciende a los procesos moleculares del organismo y a las cifras poblacionales de la epidemiología (Ribes, 1990).

Parece evidente, 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 de ser mayor costo/efectividad, aún se mantiene en un papel secundario y como profesional auxiliar de las acciones médicas, subordinadas a las necesidades del profesional médico.

Las características y determinaciones sociales de los ambientes de atención a la salud son también condicionantes del papel del papel profesional del psicólogo. Las características de los ambientes del cuidado de la salud se organizan y estructuran de acuerdo al conocimiento y 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 de definir los estándares profesionales de conducta, para evaluar si los practicantes se apegan a ella y aplicar las sanciones a esa violación.

La psicología está, aún con sus limitaciones, en la posición de ofrecer contribuciones que tiendan a la solución de problemas de salud en 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 este ámbito profesional.

Inicialmente, partimos de considerar que toda inscripción de una práctica profesional, están condicionadas 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 particular no sólo está determinada por el desarrollo conceptual y metodológico de la disciplina solamente, sino que está supraordinada 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 lo tanto, está estructurado conforme a las formas de organización social, de las demandas de ésta, para su sostenimiento y reproducción estructural y superestructural, así como por el nivel de desarrollo de la disciplina en el momento de su historia. Debemos considerar 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.

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 educativo. Este monopolio no sólo impide la socialización y aplicación del conocimiento profesional, sino que

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

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 es 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.

De acuerdo con 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.

Piña (1991) señala que como psicólogos no pretendamos incidir en campos que trasciendan lo estrictamente psicológico; sin embargo, bajo la lógica de una postura ínter y multidisciplinaria, se cree que el psicólogo tiene mucho que aportar.

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 como punto de

partida para determinar un perfil sobre el cual formar al egresado para dicho campo de aplicación.

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, etc.) o colaborando en la planeación de servicios de salud regionales.

Se debe enfatizar que en los ambientes hospitalarios el psicólogo 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. También es importante que el psicólogo en estos 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.

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.

Se deben establecer mecanismos de vinculación entre las 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. Una vez convenido entre el sector salud y la institución educativa, y establecidos los límites de responsabilidad para cada una, se deben diseñar programas específicos que comprendan objetivos que cubran las necesidades poblacionales y científicas. Los programas que se diseñen deben estar coordinados por psicólogos con especialidades acordes con los objetivos que se hayan planteado.

Las prácticas realizadas por alumnos en hospitales 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. La supervisión por parte de los profesores debe ser estrecha y debe responder primeramente a las necesidades del usuario, la formación del alumno y el desarrollo de la disciplina. Se debe enfatizar la 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 alumnos y los alumnos, para poder hacer ajustes a las formas de trabajo, incluso hasta reediseñarlas para ofrecer una mayor calidad y respuestas inmediatas a los que problemas de salud.

En lo que respecta al trabajo interdisciplinario, el psicólogo debería contar con habilidades y conocimientos tales como: conocer y aplicar métodos de epidemiología, conocimientos de los diferentes factores psicosociales asociados a la salud, la enfermedad y que afectan el proceso de atención, regularmente explicados en las diversas aproximaciones inmersas en la psicología de la salud; habilidades para desarrollar y validar instrumentos de evaluación y diagnóstico a nivel individual, grupal, familiar y comunitario; habilidades para diseñar, instrumentar y evaluar programas de intervención a

nivel grupal, familiar y comunitario; conocimientos y habilidades para el manejo de grupos y análisis de la comunidad; conocimiento de los diferentes modelos de atención de la salud pública; conocimiento sobre seguridad, higiene y salud ocupacional; estrategias de penetración comunitaria y conocimiento de los principales riesgos ambientales, sus manifestaciones en el comportamiento y causas.

Los servicios de salud deben ser reevaluados y reorganizados, 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 debería tener para ello serían las siguientes: conocimiento de las determinaciones socioeconómicas, políticas y técnico-científicas de la organización de los servicios de salud; conocimiento de los ordenamientos legales y reglamentos que sustenta la organización de los servicios de salud; conocer los modelos de atención a la salud nacionales e internacionales; conocimiento de los indicadores de productividad y calidad de los servicios de salud, así como la metodología para instrumentarlos; análisis estadístico; conocimiento y habilidad para la instrumentación de estrategias del Desarrollo Organizacional, el manejo de grupos y círculos de calidad; conocimientos y habilidades para el manejo del estrés en organizaciones.

El psicólogo en la formación de recursos humanos dentro de los ambientes de atención a la salud, debe tener los conocimientos y habilidades para la detección y análisis de necesidades de capacitación; diseño e instrumentación de cursos de capacitación; habilidades de terapeuta clínico; conocimiento de los factores psicológicos que afectan a la salud y la enfermedad, así como al proceso de atención (por ejemplo, la adherencia terapéutica) y por último, habilidades para la enseñanza.

En lo que respecta al análisis de las técnicas y procedimientos que forman parte del tratamiento e intervención que realiza el psicólogo en el ámbito de la salud, llegamos a las siguientes conclusiones:

La formación conceptual debe abordar los supuestos respecto a la naturaleza de lo psicológico de 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 mismo fenómenos.

La psicología se debe enseñar como un conjunto de supuestos y dimensiones categoriales de análisis de 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.

Los programas de enseñanza deben centrarse en la enseñanza práctica y crítica de metodología y su fundamentación conceptual, teniendo a la información como un sistema de apoyo. El énfasis, 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 ecletiscismo, sin criterios e identidad.

Los conocimientos y habilidades citadas deberían ser precurrentes mínimas que los psicólogos deben tener para incorporarse al sector salud; sin embargo, no podemos dejar de considerar que existen 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 psicólogo.

Para poder llevar a cabo las ocho funciones del psicólogo de la salud, que se han planteado en este trabajo, dicho profesional debería contar con las siguientes habilidades conceptuales y metodológicas: una especificación concreta de la dimensión de los procesos psicológicos que intervienen en la salud, la enfermedad y su atención, lo cual puede ser aportado por las diferentes aproximaciones dentro de la psicología de la salud. debe contar con elementos básicos de propeútica médica y sus efectos en el comportamiento, conceptos y estrategias claras del trabajo ínter y multidisciplinario; principios y métodos del diseño y validación de instrumentos, estadística, diseños experimentales y de investigación social; manejo y terapia de grupos; principios y técnicas de la Modificación de Conducta; Terapia Breve y de Urgencias; habilidades de consultoría, asesoría y enlace; así como elaboración de cursos de capacitación.

REFERENCIAS.

- Acle, G., T. (1989). Perfil profesional del psicólogo y situación actual de la enseñanza de la psicología en México. En Urbina, J. *El psicólogo: formación ejercicio profesional y prospectiva*. México. :UNAM.
- Amigo, I., Fernández, R. y Pérez, M. (1998). Psicología de la Salud. En: *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid. : Pirámide.
- Ardila, R. (2000). Prevención primaria en Psicología de la salud. En: L. Oblitas y E. Becoña (Eds), *Psicología de la salud*. (53-65). México, D.F.: Plaza y Valdés.
- Ballester, R. (1997). *Introducción a la Psicología de la Salud*. España.: Promolibro.
- Baroth, L y Hubor, C. (1991) *Terapia Familiar Racional – Emotiva*. Perspectiva sistémica. Barcelona, España.: Herder.
- Bayés, R. y Ribes, E. (1989). Un modelo de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. Papeles del psicólogo. Borrador en prensa.
- Bazan, E. (1997). "Psicología de la Salud en el tratamiento de pacientes con infarto de miocardio: aplicación de la tecnología conductual". Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). Psicología de la Salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En E. Becoña. Y L. Oblitas (Eds), *Psicología de la salud*. (11-51) México, D. F.: Plaza y Valdés.

- Belar, D., Deardorff, W. y Kelly, E. (1987). *The practice of clinical health psychology*. New York.: Pergamon Press.
- Bellak, L. (1993). *Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia*. México, D. F.: Manual Moderno.
- Buceta, J. y Bueno, A. (1993). Las nuevas aplicaciones de la psicología clínica y la modificación de conducta en el área de la salud. En: J. Buceta (Ed), *Modificación de conducta y salud*. (22-39) España, Madrid.:UNED.
- Bustos, H. (2000). *La psicología en las instituciones de salud*. Buenos Aires.: Paidós.
- Caballo, V. E. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid.:Siglo Veintiuno.
- DeLeon, P., Wedding, D., Wakefield, M. y VandenBos G. (1992). Medicaid Policy: "Professional Psychology: Research and Practice". Vol. 23, 2, 96-107.
- Diario Oficial de México, 21-octubre- 2002. Secretaria de Salud, México.(29-31)
- DiMatteo, M. (1991). Cooperating with health recommendations: what determines health related behavior?. En DiMatteo (Ed), *The psychology of health, illness and medical care*. (83-117). California.: Cole.
- Duarte, N. (1986). *Ciencias sociales y salud en América latina: tendencias y perspectivas*. Uruguay.:Monte.
- Duran, L., Becerra, J. y Torrejón, M. (1991) El proceso de salud-enfermedad y su interrelación con el comportamiento humano. *Psicología y salud*. Veracruz, México.:Paidós.

- Enright, M., Reisnick, R., DeLeon, P., Sciara, A. y Tanney, F. (1990). The Practice of Psychology in Hospital Settings. *American Psychology*. Vol. 45, 9, 1059-1065.
- Enright, M., Welch, B., Newman, R. y Perry, B. (1990). The Hospital: Psychology's in Hospital Settings. *American Psychology*. Vol. 45, 10, 1057-1062.
- Fernández, R. (1996). Evaluación en psicología de la salud: algunos problemas metodológicos. En M. Casullo (Ed), *Evaluación psicológica en el campo de la salud*. (39-89). España.: Paidós.
- Florez, L. (2001). Psicología de la Salud. *Psicología* (en red). Disponible en: <http://www.psycologia.com/biblioteca>.
- Frenk, J. (1993). Síntesis: The Health-Care Transition. *Innovations in health systems*. Vol. 11, 1, 46-53.
- García, A. (1986). *Las contribuciones de la psicología social a la investigación de la salud*. Madrid.: Paidós.
- Garfield, A. (1979). *Psicología clínica*. México.: Manual Moderno.
- Holtzman, W. (1993). Psychology and Health around the world. En J. Palacios y E. Lucio (Eds). *Primer Congreso Internacional de Psicología de la Salud*. (349-359). Facultad de Psicología. UNAM.
- Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP). En red. Disponible en: <http://www.imifap.org.mx>.
- Karoly, P. (1985). *Measurement strategies in Health Psychology*. New York.: Harper Row.
- Kantor, J. R. (1990). *La educación científica de la psicología*. México.: Trillas.

- Kendal, P. y Norton, D. (1998). Psicología Clínica. México.:LIMUSA.
- Kobasa, S. (1985). Longitudinal and prospective methods in health Psychology. En: P. Karoly, Measurement Strategies in Health Psychology. New York.: Harper Row.
- Latapí, P. (1982). Profesiones y Sociedad: un marco teórico para su estudio. Revista latinoamericana de estudios educativos. Vol. XII, 4, 59-74.
- Latorre, J. (1994). Psicología de la salud: Introducción y conceptos básicos. En J. Latorre y P. Beneit (Eds). Psicología de la salud. (17-25). Argentina.:Lumen.
- Lave y Wenger (1996). Participación periférica legítima. Cambridge, M.A.: Cambridge University Press.
- Litwin, W., Kraft, W y Boswell, D. (1991). Health psychology. California.: ABS.
- López, A. (1986). La salud desigual en México. México.:Siglo XXI.
- López, G., y Brennan, A. (2000). Dynamic proceses underlying adult attachment organization: toward an attachment tehoretical perspectiva on the healthy. Journal of Counseling Psychology. Vol. 47, no.3. 263-300.
- Matarazzo J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine. American Psychologist. Vol. 35. 807-817.
- Miller, T., Millon, T., y Mishler, G. (1992) "La psicología mexicana una profesión en crisis". En: revista de educación superior (51-91). No. 43, México.
- Morales, F. (1999). La psicología en los programas y servicios de salud. Aspectos generales. En: F. Morales (Ed). Introducción a la psicología de la salud. (133-191). México.: Paidós.

- Pérez, R. (2001). La vulnerabilidad psicosocial, la estrategia de intervención y el modo de vida sano. *Artículos de psicología* (en red). Disponible en: <http://www.psicologia.com/articulos/indice>.
- Pérez, M. (1996). *Interacción temprana y procesos de mutua influencia: análisis de la intersubjetividad en el contexto institucional*. Facultad de psicología. Depto. de Psicología Evolutiva y de la Educación. Madrid. Octubre.
- Peterson, L. y Harbeck, C. (1988). Development and Practice. *The health psychology*. California.: Jonh Wiley and Sons.
- Phares, J. (1996). *Psicología clínica: conceptos, métodos y prácticas*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Piña, J. (1991). 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. Vol. 3, 85-92.
- Ramírez, M. (1999). *Resumen del proyecto: Psicología de la salud en México: comportamientos relacionados a la salud-enfermedad, papel del psicólogo*. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Mex. México.
- Ramírez, M. (1996). *Psicología pediátrica*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Mex. México.
- Reig, A., Rodríguez, J. y Mirá, J. (1987) Psicología de la Salud: algunas cuestiones básicas. *Información psicológica*. México, D. F.:Paidos.
- Ribes, E. (1990). Psicología y Salud: Una análisis conceptual. México, D. F.:Mártinez Roca.

- Ribes, E. (1987). La psicología: algunas reflexiones sobre su que, su por qué, su cómo y su para qué. En Urbina, J. S. (1989). El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva. México.:UNAM.
- Roa, A. (1995). Marco teórico conceptual de la psicología de la salud. En A. Roa (Ed). Evaluación en psicología clínica y de la salud. (502-569). España.: CEPE.
- Rodríguez, G. y Rojas, M. (1996). Psicología de la salud en América Latina. México, D.F.: Facultad de psicología, UNAM.
- Rodríguez, G. y Palacios, J. (1989). Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México. En J. Urbina (Ed), El psicólogo: formación y ejercicio. (473-481). México, D.F.: UNAM.
- Rozensky, H. (1990). Clinical Psychology in American radical settings. Professional Psychology: Research and Practice. Vol. 21 (6) 419-420.
- Ruíz, M. Martínez, G., Clavo, J., Aguirre, H., Arango, R., Lara, R, Caminos, M., Ortiz, G., Ugalde, E. y Herra, F., (1990). Bases para la evaluación de la calidad de la atención en unidades médicas del sector salud. Revista de Salud Pública de México. Vol. 32,2, 221-224.
- Saldanha, T. (1993). Terapia vivencial: un abordaje existencial en psicoterapia. Buenos Aires, Argentina.:Lumen.
- Sarafino, E. P. (1994). Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. New York.: John Wiley & Sons.
- Schneider, P. (1985). El campo de la psicología médica. Psicología aplicada a la práctica médica (45-68). Argentina, Buenos Aires.: Paidós.

- Sheridam, C., y Radmacher, S. (1992). Health Psychology, the biomedical model. USA.: John Wiley & Sons.
- Stone, C. G. (1979) Psicología de la Salud: una definición amplia. Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 20, 1, 15-26.
- Thompson, R. (1987). Psychologists in medical schools: medical staff status and clinical privileges. American Psychologist. Vol. 42, 9, 866-868.
- Urbina, J. (1989). El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva. México, D.F. UNAM.
- Zúñiga M. A., Carrillo, J. G., Fos, J. Gandek, B. (1999). Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Salud Pública de México 41. 2, 110-118.