



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD  
PÚBLICA: ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA CLÍNICA DEL  
ADOLESCENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE TLALNEPANTLA  
“VALLE CEYLÁN”

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**  
QUE P R E S E N T A  
**RODOLFO MARTÍNEZ ROBLES**

ASESOR

LIC. EDY ÁVILA RAMOS

DICTAMINADORES

LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CAZARES

LIC. ANGEL ENRIQUE ROJAS SERVÍN

SINODALES

MTRA. ROCÍOTRON ÁLVAREZ

MTRA. MARGARITA CHÁVEZ BECERRA

LOS REYES IZTACALA, ESTADO DE MÉXICO 2005



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

*¡Oh, no eres tú mi cantar!  
¡No puedo cantar, ni quiero  
a ese Jesús del madero,  
sino al que anduvo en el mar!*

*Antonio Machado  
(1875 - 1939)*

La vida me permitió conocer a tres excelentes profesionales de la Ciencia de la Psicología que aceptaron asesorar este trabajo. Agradezco a ustedes su apreciable tiempo, experiencia, conocimientos y dedicación.

Lic. Edy Ávila Ramos, gracias por haber aceptado dirigir este reporte y por brindarme su experiencia y atinada orientación en todos los pasos que efectué para la conclusión del mismo.

Lic. José Esteban Vaquero Cazares, agradezco sus observaciones, y su proverbial paciencia que me ha servido de ejemplo en los momentos de confusión y estrés.

Lic. Angel Enrique Rojas Servín, quien me inició en el modelo teórico con el que realicé las actividades aquí descritas y por su experiencia compartida, que me proporcionaron las habilidades necesarias para la realización de este trabajo.

A mis Sinodales:

Mtra. Rodó Tron Álvarez

Mtra. Margarita Chávez Becerra

Mi sincero agradecimiento por ejercer como mis Sinodales.

Gracias a la maestra Leticia Hernández Valderrama, quien me ofreció el espacio para mi primera práctica como psicólogo clínico, lo que me dio la oportunidad de desarrollarme profesionalmente.

Gracias

A todos mis maestros de la Carrera, por compartir conmigo su sabiduría y experiencia.

A esta gran Institución, la Universidad Nacional Autónoma de México, que me brindó la oportunidad de lograr conocimiento, formación y trabajo.

Agradezco sinceramente a las autoridades del Hospital General de Tlalnepantla, "Valle Ceylán", la oportunidad de colaborar en esa Institución.

Dr. Carlos Aranza Doniz, Director del Hospital.

Dr. Ernesto Méndez Fuentes, Jefe de Medicina Interna.

Dra. Blanca Calderón Mandujano, titular de la Clínica del Adolescente.

Por el apoyo otorgado al proyecto de psicología clínica en una institución de salud, espacio generalmente obstruido al profesional de la psicología.

## Gracias

A mis viejos, Adolfo y Modesta (†), que están por allí, contemplando a uno de sus hijos, orgullosos de él.

Padre, haber sido el mayor de tus hijos me dio la enorme oportunidad de convivir contigo más tiempo que mis hermanos y adquirir conocimientos que otro ser no me hubiera dado, gracias viejo.

Madre, fuiste ejemplo de tenacidad, paciencia y amor, gracias viejita por todos tus cuidados y desvelos.

A mis hermanos y cuñados, Martha y Raúl, Javier y Elsa, Soledad y Filiberto, Bárbara y Susana. Por animarme para seguir adelante en ese camino.

A mis suegros: Enrique y Rosa (†), que me dieron mi tesoro más querido, su hija.

A mis cuñadas y cuñado: Norma, Myrna y Enrique, por permitirme ser parte de su familia.

A mis sobrinas y sobrinos, Alejandra, Sandra, Leticia, Diana, Elisa, Beatriz, Laura Edith, Javier, Mónica y Brenda, quienes en algún momento fueron mis conejillos. A Deyanira, Jonathan, Betsabé, Jessica y Noedli que me brindaron palabras de aliento.

A Ephraín y Esther, que aceptaron que fuese su amigo a la vez que esposo de su madre.

Esther: Las circunstancias no nos permitieron convivir mucho tiempo, pero el poco que compartimos me permitió conocer en ti a una joven firme, emprendedora y amorosa; deseo que esas cualidades te permitan no olvidarte de tu madre, gracias por permitirme ser parte de tu vida.

Ephraín: El no haber sido tu padre me brindó la oportunidad de adoptarte como hijo; gracias por brindarme tu afecto, tu confianza y por darme la enorme oportunidad de transitar por esta vida en tu compañía.

A Luis Eduardo: Mi nieto, que desde que llegó me ha brindado su amor incondicional, gracias pequeño por aceptarme como tu abuelo favorito.

A mi esposa

Amalia

Por que eres mi luz, mi guía y mi impulso para terminar este sueño compartido. Gracias amor por darme tu vida, tu ser, tu paciencia, toda tú; con quien encontré lo mejor que la vida me ha dado... y me sigue dando.

Cantares 1:15

*Pero por la gracia de Dios*

*soy lo que soy*

*1<sup>a</sup> Corintios, 15:10*

# ÍNDICE

Resumen	
Introducción . . . . .	i
Capítulo 1. Salud y Psicología . . . . .	1
1. 1. La Psicología en México . . . . .	4
1. 2. La Salud en México . . . . .	9
Capítulo 2. Fundamentos psicológicos que sustentan a la medicina conductual . . . . .	15
2. 1. La Medicina Conductual o Psicología Médica . . . . .	30
Capítulo 3. La Psicología Clínica . . . . .	33
3. 1. Actividades y ámbitos de la psicología clínica . . . . .	37
3. 2. El psicólogo clínico . . . . .	40
3. 3. Inserción del psicólogo clínico en las instituciones de salud . . . . .	43
Capítulo 4. Actividades desarrolladas . . . . .	49
Resultados . . . . .	51
Conclusiones . . . . .	56
Referencias . . . . .	71
Anexo:	
Ficha de Identificación	

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de este Reporte de Trabajo Profesional es mostrar la participación del psicólogo en la labor integral de salud que el Hospital General Tlalnepantla "Valle Ceylán" está efectuando en la comunidad a su cargo, para que la población en general y los adolescentes en particular accedan a una mejor calidad de vida, tanto física como emocional y psicológica. Las actividades efectuadas consistieron en la atención de niños mayores de ocho años, adolescentes y adultos que acudieron a la Clínica del Adolescente del hospital mencionado, dependiente del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).

Se hace una exposición del proceso que ha tenido la Psicología y su incursión en el ámbito de la salud, hasta hace poco tiempo considerado campo exclusivo del personal médico. Así como la importancia que la Psicología Clínica ha cobrado como elemento coadyuvante para la prevención de las enfermedades y la recuperación de la salud; de cómo a partir del desarrollo de esta ciencia, la psicología ha derivado en diferentes espectros sociales, uno de ellos es el bienestar físico y psicológico de los individuos. En consecuencia, la Psicología Clínica, también denominada medicina conductual, psicología médica o psicología de la salud, ha surgido como una especialidad de la Psicología. A continuación, en relación con la inserción de la Psicología en el ámbito de la salud y de la labor de los psicólogos clínicos en este campo, se reseña este trabajo en los siguientes capítulos.

En el capítulo uno se efectúa una revisión de los antecedentes de esta rama de la psicología, de sus objetivos y de la evolución que la psicología clínica va observando con el paso del tiempo y con la comprensión y aceptación de esta ciencia como una aliada para la previsión y recuperación de la salud.

Se revisa sucintamente el origen de la psicología en México, desde la llegada de los españoles al continente Americano hasta el surgimiento de la Psicología como ciencia, y la

profesionalización de la misma en una carrera impartida en universidades. Desde la etapa prehispánica, con el uso de la palabra, de la que se valían algunos ancianos de grupos mesoamericanos para “curar”; pasando por el escaso interés de los españoles por los desórdenes “mentales” en la época de la colonia; quienes reduían a los sujetos que mostraban perturbaciones en su conducta en un hospital, pero sin mostrar mayor interés por el estado de los mismos; hasta los tiempos posteriores a la Reforma, cuando la psicología aparece en los planes de estudio de la Escuela Nacional Preparatoria impulsados por Ezequiel A. Chávez, y su posterior desarrollo hasta convertirse en una opción profesional en las universidades del país, principalmente en las facultades y escuelas de la Universidad Nacional Autónoma de México, en Ciudad Universitaria, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y La E. N. E. P. Zaragoza.

Se menciona también el desarrollo que la Psicología ha logrado para incidir en diferentes áreas sociales y de trabajo, desde la educación, la industria, la salud, etc. En particular el ámbito de la salud es el espacio en el que recientemente ha incursionado la psicología; considerando que es setenta años atrás, aproximadamente, que inician las actividades de los psicólogos en relación con los problemas de salud emocional (o mental), posteriores a los conflictos de la Primera y la Segunda Guerras Mundiales.

Asimismo, se efectúa una descripción general del sistema de salud del país, revisando los niveles de atención hospitalaria para la prevención de la enfermedad y la recuperación de la salud que el Estado ha instituido para la atención de la población del país; que se encuentran determinados por la Ley General De Salud de la Federación. En este apartado se refieren algunos de los artículos que están directamente relacionados con la salud física, emocional y cognitiva de los individuos, referidos en el Sistema Nacional de Salud, con las características generales de atención que imparten los centros de salud en cada uno de los diferentes niveles.

De igual forma, se revisa el nivel hospitalario en el que se atienden los problemas de salud emocional, las particularidades que presenta y los programas que se deberán implementar para la prevención y atención de la problemática derivada la pérdida de la salud, así como las características que deben poseer los profesionales que deberán encargarse de la atención profesional en estos ámbitos, entre los cuales está el psicólogo clínico como parte integrante y fundamental de los equipos de trabajo multidisciplinario de salud.

El capítulo dos revisa los fundamentos que han dado pie a la medicina conductual o psicología clínica. Se realiza un estudio sobre el origen de la psicología en el ámbito de la salud; desde las teorías sustentadas por Sigmund Freud, que fortalecieron el trabajo de los psiquiatras, quienes fueron los que atendieron inicialmente a los individuos que presentaban perturbaciones de origen mental.

También se revisan las teorías que surgen como respuesta a los postulados de Freud, como la del modelo teórico conductual propuesto por J. B. Watson, y las tesis de B. F. Skinner, quien sin renunciar a los postulados conductistas acepta la existencia de "eventos privados", de los cuales dice que *"no se debe negar ninguna entidad o proceso que tenga alguna fuerza explicativa útil, con base en que es subjetiva o mental"*.

Se continúa con un breve análisis del modelo cognitivo de Ellis, y se conduce con la revisión del marco teórico cognitivo-conductual que analiza Meichenbaum, y el trabajo de terapia breve propuesto por Bellak dentro del modelo cognitivo conductual para brindar atención en el ámbito de la salud. En este capítulo también se efectúa la revisión del modelo de medicina conductual o psicología médica y su evolución hasta ser identificada como psicología de la salud.

En el capítulo tercero se analiza el desarrollo de la Psicología Clínica, misma que remonta su origen al laboratorio de W. Wundt en la Universidad de Leipzig; se hace una reseña del proceso evolutivo de la misma desde la construcción de los primeros test de Binet, y de las actividades de la Clínica de Witmer. El posterior desarrollo del trabajo clínico como consecuencia de los efectos de la Primera Guerra Mundial y las secuelas de la Segunda Guerra, cuando en los Estados Unidos surgen los primeros fundamentos de la Psicología Clínica, estrechamente ligados a la recuperación de la salud mental, emocional y física de los individuos. Se analiza también en este capítulo cuales son las actividades y los espacios idóneos para el trabajo del psicólogo clínico. Pero de manera muy pormenorizada, las actividades que éste realiza en el ámbito de la salud en cuanto a la prevención de la enfermedad y la recuperación de la salud, a la vez que los estudios sobre la problemática con que se han encontrado los profesionales de la psicología clínica para incidir en estos terrenos; y de forma particular el espacio brindado al autor de este reporte en una institución hospitalaria para el desempeño de las actividades que se efectuaron en la misma.

En el capítulo cuatro se efectúa un recuento de las actividades desarrolladas en la Clínica del Adolescente del Hospital de Tlalneantla, empleando de forma general el modelo de Terapia Breve Intensiva y de Urgencia de Bellak, con el modelo teórico cognitivo conductual de Meichenbaum como eje de tratamiento general. Para esto, se construyeron programas de evaluación, que incluyeron entrevistas estructuradas o semiestructuradas, y pruebas evaluatorias que permitieron establecer el problema principal, y problemas secundarios que coadyuvaran al mantenimiento de la primera; la elaboración de una historia personal y familiar del individuo, destacando los aspectos relevantes que permitieron establecer el origen del problema (queja-demanda); organizar y analizar la información recabada para establecer un método de intervención desde el marco teórico cognitivo conductual; del cual, dadas las características de la población que acudió a solicitar atención,

así como de las condiciones de atención que otorga el hospital. En este apartado también se describe el espacio físico, los materiales empleados y el procedimiento general.

En este mismo capítulo se efectúa un análisis de los resultados logrados en la atención de un total de 58 personas solicitantes en el transcurso de un año; desglosando en tres grupos de asistentes, cantidad de sesiones y tipo de quejas expuestas por los solicitantes, se incluyen tres gráficas que explican en términos porcentuales los resultados logrados.

Previo a la conclusión, se analiza la importancia que tiene la actividad de los psicólogos clínicos en los espacios de prevención y recuperación de la salud, los hospitales principalmente; en los que aún no es totalmente aceptada la presencia de los mismos, principalmente por los médicos. No obstante, de forma institucional, ha tenido que aceptarse que el trabajo desarrollado por la Psicología Clínica en este campo es fundamental para lograr un sano equilibrio en la salud de los individuos. En este espacio se menciona, a manera de ejemplo de la intervención otorgada de forma general, el trabajo efectuado con el caso de una adolescente de 16 años y con un niño de ocho años, para destacar la estrecha relación que existe entre las alteraciones de tipo fisiológico y las conductas socialmente disfuncionales. También se revisan las causas de deserción de la atención terapéutica; como la falta de compromiso del paciente o sus familiares con la atención psicológica, el desinterés, generalmente de los padres, por determinar si la causa de la enfermedad mostraba alguna relación con desórdenes de tipo conductual.

No obstante se destaca que cuando hubo preocupación e interés de los padres por la salud de sus hijos, generalmente acudieron de forma regular y hasta conducir la atención terapéutica, en el caso de los menores. Por lo que hace a los adolescentes y adultos, hubo una buena respuesta para aceptar el tratamiento psicológico.

En el aspecto de apoyo institucional, se menciona la actividad de las diferentes instancias hospitalarias que se sumaron al trabajo desarrollado en la Clínica del Adolescente; entre las cuales no se cuenta al personal médico, salvo el caso de dos médicas que colaboraron activamente con este servicio.

Se hace un recuento de los diferentes casos que se atendieron en la Clínica y de la relación existente entre la pérdida de la salud y las probables causas, no siempre de tipo fisiológico, que propiciaron el desequilibrio en los estados de salud. En ese mismo espacio se recaban datos de las diferentes actividades y programas institucionales a nivel nacional que han abierto espacios para la actividad del psicólogo clínico, aunque en campos delimitados, como son el de la farmacodependencia.

Para concluir, se sugieren dos propuestas de trabajo a considerar: la primera se refiere a la formulación de un trabajo de prevención de la enfermedad, que puede dividirse en varios niveles; que se obtiene promoviendo medidas para la conservación de la salud. Y la segunda a la impostergable aceptación del psicólogo clínico como integrante de los grupos de trabajo inter y multidisciplinario para la preservación, o en su caso, la recuperación de la salud de los individuos que se ven afectados por la enfermedad.

## Resumen

El advenimiento del psicólogo clínico al campo de la salud es reciente, tiene menos de sesenta años que, a partir de la evolución tanto de la ciencia médica como de la psicológica, se inserta en este espacio. Actualmente los psicólogos que participan en este sector son pocos; las principales actividades que efectúan están relacionadas con estudios psicológicos, de actitud, en el servicio de neuropsiquiatría y rehabilitación, de capacitación, y en el estudio de los factores que participan en el rendimiento del personal, pero la actividad relacionada con la recuperación de la salud en equipos multidisciplinarios es escasa, por no decir inexistente.

Uno de los objetivos actuales de la psicología de la salud es conservar y recuperar la salud del individuo, definida como: "un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". Existen causas que pueden mantener un estado de "enfermedad" sin la presencia de síntomas fisiológicos, que la medicina explica como de origen somático; cuando los procedimientos empleados para que el enfermo recupere la salud son los que aporta el modelo psicológico conductual, surge la medicina conductual, que utiliza técnicas psicológicas a los problemas de salud, para modificar comportamientos colectivos, cogniciones o experiencias. Tanto la medicina psicosomática, como la medicina conductual y la psicología médica confluyen en el campo denominado "Psicología de la Salud". Después de los primeros psicólogos que intervienen en este campo, provenientes del marco conductual se han sumado otras escuelas teóricas a la investigación de la salud y su tratamiento, entre éstas se encuentra el modelo teórico cognitivo conductual.

Como resultado de la evolución de la psicología clínica y el progreso de la medicina, es generalmente admitido que el psicólogo es el profesional idóneo para contribuir con soluciones en la atención, evaluación y modificación de los aspectos afectivos, cognitivos y conductuales involucrados en el proceso salud-enfermedad. En México tiene poco tiempo de haberse reconocido que la psicología es necesaria para la atención de los enfermos, no obstante, aun se cuestiona la necesidad de la incorporación de los profesionales de la psicología a los grupos de trabajo multidisciplinario en los hospitales. Hasta hace poco tiempo el sector salud era inaccesible para el psicólogo clínico, por la noción de los médicos respecto al origen biológico de la enfermedad. Sin embargo, actualmente un número cada vez más amplio de éstos reconoce que los problemas de naturaleza emocional y cognitiva también pueden afectar la salud de los individuos.

Es institucionalmente reconocido que existe plena capacidad del psicólogo clínico para brindar atención a los usuarios del ámbito de la salud; en tanto una cantidad de problemas de salud se suscitan a partir de desequilibrios de los factores de pensamiento, de actitud y emocionales de los individuos que sufren desajustes en su salud; y por que la formación profesional del psicólogo clínico está dirigida a la atención de los desequilibrios de esos factores. Una de las instituciones de salud en nuestro país que está desarrollando actividades encaminadas a la atención integral de la población a su cargo, y que se ha abierto a la intervención del psicólogo clínico para colaborar en la preservación y restitución de la salud a su colectividad, es el Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylán". Existe en este hospital la Clínica del Adolescente, espacio que atiende problemas de salud que presentan jóvenes de entre diez y veintidós años de edad, en promedio. Dentro del servicio que ofrece la Clínica, se otorga atención psicológica.

Mediante un convenio entre la Jefatura de la Carrera de Psicología de la FES Iztacala y la administración del Hospital, se atendió a más de cincuenta personas que acudieron a consulta en este espacio durante un año. La intervención se realizó, en todos los casos, con técnicas del modelo teórico cognitivo conductual. Se brindaron en total 269 sesiones de 45 a 60 minutos en promedio.

Sobresale el hecho de que, a pesar de proporcionarse la atención psicológica en un ámbito de recuperación de la salud, se presentaron a atención personas que manifestaron problemas relacionados con aspectos de tipo psicosocial. Pero, tomando en cuenta que no existe suficiente información para ver en el psicólogo a un profesional que puede ayudar en la recuperación y preservación de la salud, no es extraño que lo que se atendiera se relacionó con problemáticas sociales más que con alteraciones de la salud.

Aún cuando se han creado espacios en los hospitales para la introducción de los psicólogos clínicos, la participación de éstos no se ha abierto totalmente a su intervención en un trabajo de carácter multidisciplinario en el que el psicólogo clínico pueda participar en igualdad de condiciones con otros profesionales de la salud para lograr la recuperación de los individuos enfermos.

Algunos de los objetivos del psicólogo clínico en el ámbito de la salud, deberán ser: la prevención de la enfermedad que se logra a través de la promoción de la salud; la aceptación del psicólogo clínico como integrante del grupo multidisciplinario que atiende problemas de salud; y la reestructuración de los programas de salud mental hasta hoy existentes pero dispersos, para ajustar la atención adecuada a los enfermos.

# Capítulo 1

## Salud y psicología

La participación del profesional de la psicología en el campo de la salud es relativamente nueva, por lo mismo, la cantidad de psicólogos en este sector es escasa y se ubican principalmente en las áreas de atención comunitaria, de prevención y psiquiátrica; Rodríguez (en Salinas, González y Castillo, 1999) indica que las principales actividades que los psicólogos efectúan en el sector salud están relacionadas con estudios psicológicos, de actitud, en el servicio de neuropsiquiatría y rehabilitación, de capacitación, y en el estudio de los factores que participan en el rendimiento del personal. Si bien la incursión de los profesionales de la psicología en el sector salud es reciente, y, como refieren los autores arriba mencionados, en su mayoría se dedican a actividades periféricas, en estos momentos existen metas definidas para el quehacer de los psicólogos que se han orientado por incidir directamente en la prevención y recuperación de la salud de los individuos.

Uno de los objetivos actuales de la psicología de la salud es conservar y recuperar la salud del individuo; que es definida por la Organización Mundial de la Salud en 1964 como: "un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia" (en Bakal, 1996, p. 15). A partir de que en el ámbito psiquiátrico se considera que las "somatizaciones" son problemas de salud que refiere un individuo, que no son únicamente de origen biológico, sino que también inciden en esto los factores ambientales y sociales; y de los avances técnicos y disciplinarios de la medicina, surge la participación de los profesionales de la psicología, dentro de un modelo multidisciplinario, en el sector salud; particularmente en centros de salud como clínicas y hospitales.

Cuando los médicos proporcionaron atención a individuos que se comportaban de forma extraña y lo hicieron "como si hubieran descubierto enfermedades mentales como... la esquizofrenia", principia el desarrollo del campo de la psiquiatría, lo que dio inicio a la

aplicación de conceptos y prácticas particulares de la medicina en conductas anómalas, que se diferenciaban ampliamente de las enfermedades físicas (Montalvo y Soria, 1998). Para Freud, médico neurólogo, el problema de salud se asociaba a factores sociales, ambientales o emocionales; sus investigaciones dieron como resultado el surgimiento del psicoanálisis, teoría que fortaleció la presencia de la psiquiatría en el ámbito de la salud. Este campo de la medicina es denominado por algunos autores como medicina psicosomática (Ridruejo, 1996 y Santolaya, 1998).

Al advertir que el avance de la medicina propicia que el médico se vaya formando en áreas especializadas y el enfermo se convierta en un ser anónimo y no una persona a la que se reconoce en un trato personal, así como que existen causas que pueden mantener un estado de "enfermedad" sin la presencia de síntomas fisiológicos; que el médico deduce que esas causas son de origen somático y que los procedimientos a emplear para que el enfermo recupere la salud son los que proporciona, desde el ámbito de la psicología, el marco teórico conductual; surge la medicina conductual, la cual propone emplear técnicas psicológicas, aplicadas por médicos, a los problemas de salud para modificar comportamientos colectivos, cogniciones o experiencias (Fuente, 1992).

Este autor refiere que en la década de los cuarenta del siglo pasado inicia el interés por parte de la medicina, en Europa y en Estados Unidos, por los aspectos psicológicos en el proceso de la enfermedad y en los factores terapéuticos involucrados en la relación entre el médico y sus pacientes; dentro del cual se expresaba la preocupación de los médicos por la pérdida de la dimensión humana en el cuidado de los enfermos, dado el avance en la tecnificación y especialización de la medicina. Indica también que, "la premisa en que se basan las intervenciones conductuales en el cuidado de la salud es que un número de problemas médicos tienen entre los factores que los determinan o perpetúan la conducta

inadecuada de los enfermos, y que su evolución es desfavorablemente influida por conductas adquiridas a través del aprendizaje" (Fuente, 1992, p. 513).

Afirma este autor que la participación de la psicología en los programas de atención a la salud está basada en el aprendizaje, como un elemento común en las diversas terapias de corte conductual; si bien, para Ridruejo (1996) se requiere el "conocimiento científico del hombre entero", en el que se hallan fuertemente entrelazados la "profundización en la Anatomía Descriptiva, en la Fisiología y en la Psicología", ya que el conocimiento científico de la enfermedad no es únicamente un desorden orgánico, sino el de un modo de vida, por lo que la forma más adecuada de realizar una medicina integral es con el modelo biopsicosocial, que acepta "la presencia de factores biológicos, psicológicos y sociales en el enfermar y en el sanar humano" (p. 4); éste, entre otros, es uno de los fundamentos de la psicología médica.

Santolaya (1998) indica que tanto la medicina psicosomática, como la medicina conductual y la psicología médica convergen en el campo denominado "Psicología de la Salud", y la define en los siguientes términos: "La Psicología Clínica y de la Salud es la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar".

Cabe mencionar que términos como mental y emocional han sido objeto de discusiones conceptuales, a partir de las diversas posturas teóricas de los sustentantes, tomando como punto de partida para esta discusión, principalmente, las tesis de Aristóteles sobre el concepto de Psique" y las cartesianas de la dualidad mente-cuerpo (Fuente, 1992 y Ridruejo, 1996), estos autores afirman que esa dicotomía cartesiana dificulta la

conceptualización sobre lo "mental"; no obstante, Fuente refiere que "en la psicología médica, las funciones mentales, los contenidos de la mente y la conducta son estudiados tanto en su propio derecho como en la relación con su sustrato biológico y sus raíces y efectos socioculturales" (Fuente, 1992, p. 22). Para efecto de este trabajo, se emplean los conceptos que sustentan el marco teórico cognitivo conductual.

Después de los primeros psicólogos que intervienen en este campo, provenientes del marco conductual se han sumado otras escuelas teóricas a la investigación de la salud y su tratamiento. Como introducción al tema de la psicología en el área de la salud, se requiere conocer el desarrollo que han seguido tanto la psicología, como la organización del sector responsable de la salud en nuestro país.

### **1. 1. La psicología en México**

Las actividades relacionadas con el campo de la psicología en México han variado. Si bien no puede considerarse como ocupación directamente relacionada con esta ciencia, en el período prehispánico se efectúa una labor interesante; hubo individuos, "ancianos sabios" según las crónicas, que por medio de la palabra "curaban". Con la presencia de los españoles, que destruyen prácticamente toda la cultura de los mesoamericanos, arriban nuevas ideas, imbuidas principalmente por la dominante iglesia católica y la atención de los individuos con problemas de comportamiento o emocionales, o derivados de afecciones de tipo neuronal queda totalmente de lado, la única solución para éstos era encerrarlos y darles una atención basada en la piedad religiosa; y es hasta algún tiempo después de la Independencia de México, a mediados del siglo XIX, con el progreso que provoca en los ámbitos social, político, económico y cultural, el movimiento de Reforma, que aparece en México la psicología, pero como disciplina incorporada a la educación.

Al final del siglo dieinueve y principios del veinte el campo de trabajo de la psicología estaba en la enseñanza, debido a que la psicología no era considerada como ciencia independiente y menos como profesión. A partir de ese momento, la historia de la psicología en nuestro país es la de una ciencia que busca ser definida e independiente; sus orígenes y desarrollo se unieron a otras ciencias, como la filosofía, la medicina y la psiquiatría.

Como se indica previamente, aún cuando no existe una relación directa con la psicología, el antecedente de una actividad relacionada con el comportamiento de los individuos en su sociedad, surge en las culturas mesoamericanas, previa a la presencia de los españoles en esta región, refieren Álvarez y Molina (1984) que en las crónicas de la cultura del México antiguo, y en otras culturas prehispánicas, se señala tanto la consulta a los dioses, como la práctica de sacrificios y la interpretación de augurios como elementos fundamentales para establecer el comportamiento que deben seguir individuos y comunidades.

Estos autores refieren que en la cultura mesoamericana existió el "tonalpouhqui", personaje que empleaba métodos terapéuticos para reestablecer el equilibrio emocional de otros individuos. Cuando alguna persona afectada recurría al tonalpouhqui, éste, que generalmente era un "anciano sabio", con palabras suaves le explicaba e indicaba los pasos a seguir para eliminar el padecimiento; la autoridad del tonalpouhqui ayudaba a convencer al afectado hasta eliminar de su mente las ideas obsesivas de peligro. Afirman también que el tratamiento verbal era dado por una persona con autoridad moral, que en este caso podría ser el jefe del gremio. Esos personajes, sin una formación profesional, científica y sin relación con la práctica de la psicología, lograban, mediante el uso de la palabra, restablecer el equilibrio conductual y emocional de los individuos. Hoy en día existe esa tradición en algunas comunidades apartadas de nuestro país, los "ancianos sabios" son consultados tanto para recuperar la salud física, como para resolver algunos problemas de comportamiento.

Durante la Colonia hubo poca atención a los problemas relacionados con la conducta de los individuos, estuviesen referidos a problemas de salud o no; generalmente la atención de todos los enfermos estaba al cuidado de las órdenes religiosas; cabe mencionar que en 1567 se fundó el Hospital de San Hipólito, que, aparte de la atención médica tradicional, fue el primero en el Continente Americano en atender, dar asilo y proteger a los enfermos mentales (Álvarez y Molina, 1984).

En el año de 1897, con la implantación de la filosofía positivista en la educación en México, Ezequiel A. Chávez propuso un cambio curricular en los planes de estudio de la Escuela Nacional Preparatoria e incluyó la materia de psicología. Es éste el primer antecedente académico de la Psicología en nuestro país. La Psicología apareció como carrera de licenciatura en la UNAM en 1940; pero es hasta 1950 que la Organización Mundial de la Salud propone que la salud mental debe ser atendida por psicólogos. Finalmente en 1973 la carrera de psicología es reconocida como profesión (López, 1995).

Señala Harrsch (1985) que en los años sesenta sucedieron cambios interesantes, como el aumento de alumnos en la carrera de psicología, la introducción de prácticas en hospitales, laboratorios, escuelas y clínicas; además se iniciaron trabajos de investigación, lo que propició e incrementó el interés en la investigación y en la psicología experimental. Las opciones de especialización surgieron en las áreas clínica, educativa, del trabajo y social. En 1973 el Colegio de Psicólogos se convirtió en una facultad independiente, y es reconocida con ese carácter por la Dirección General de Profesiones. A partir de entonces se crearon asociaciones profesionales tales como: "la Sociedad Mexicana de Psicología Clínica, la Asociación de Psicólogos Industriales, la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta, el Colegio de Psicología y la Asociación Mexicana de Terapia Familiar" (p.129). En la actualidad existen diversas asociaciones de profesionales de psicología que, partiendo del marco teórico

que sustentan, han enriquecido la discusión, investigación y progreso de la Psicología en nuestro país

Flores, Meza y Nájera (1997) indican que en 1974 se crearon dos escuelas en las que se imparte la carrera de Psicología, la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Xochimilco, y después la UAM Iztapalapa. Para 1975 surge la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, actualmente con la designación de Facultad de Estudios Superiores, y un año después la ENEP Zaragoza, que también ha recibido el rango de Facultad; dependientes ambas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Estas escuelas, con un enfoque en el Análisis Experimental de la Conducta, realizan un cambio estructural en la enseñanza de la psicología basadas en un plan modular, esto es, el establecimiento de un sistema de evaluación continua (modular), promoviendo seminarios y prácticas de laboratorio en lugar de exámenes.

Las actividades del psicólogo en México han variado, al principio del siglo XX el campo de trabajo era la enseñanza debido a que la psicología no se consideraba como ciencia independiente y mucho menos como profesión. Harrsch (1985) sugiere que la profesión del psicólogo debe ajustarse al servicio social que presta a las necesidades nacionales; afirma que "la psicología es actualmente una disciplina sumamente útil para resolver y mejorar muchos problemas que tiene la complicada problemática humana" (p.143).

Para Revueltas (1995), las actividades de los profesionales de la psicología se encaminaban a la educación durante la constitución de la psicología como profesión en México, ya que, si bien se invitó a psicólogos a investigar sobre los efectos del alcohol, sobre las razones de la delincuencia, del suicidio, y otras investigaciones sobre la idiosincrasia del delincuente, el perfil psicológico del mexicano, etc.; la participación de éstos se circunscribía al análisis enunciativo y a las propuestas de modificación de las conductas antes que a la intervención directa en la recuperación de la salud de los individuos; o, desde una

perspectiva médica, en la clasificación de demencias que se describen como hereditarias, partiendo de una serie de patologías presentadas por los sujetos. Otras actividades en las que los psicólogos incursionan posteriormente son: la psicología industrial, la psicología social, la orientación vocacional, la psicología experimental y, en el ámbito de la salud, la psicología médica, también descrita por algunos autores como psicología de la salud.

Con una amplia gama de grupos étnicos en nuestro país, y con diversos problemas surgidos a partir de los diversos estratos sociales, a finales del siglo XIX y en las primeras décadas del siglo XX, se inicia el estudio de las culturas dentro de la actividad humana y en consecuencia se desarrolla en nuestro país la psicología social; aplicando los estudios realizados en la comunidad, en problemas de comunicación, prejuicios y opinión pública. (López, 1995).

En las décadas de los cuarenta-cincuenta del siglo pasado, se esboza en México la psicología industrial como respuesta a las necesidades del desarrollo fabril, atendiendo los problemas de relación obrero – patronal, en la selección de personal, así como en la optimización del desarrollo de las empresas. La orientación vocacional inicia en México a partir de la necesidad de encausar al estudiante para que aproveche sus aptitudes y recursos respecto a su elección profesional u ocupacional; en esta área generalmente se realizan evaluaciones sobre las características personales de los individuos, sus intereses y habilidades (Rivera, 1995). Y en los años sesenta-setenta, con el advenimiento académico de la investigación científica, aparece la psicología experimental (Rivera\*, 1995); con los estudios sobre análisis conductual aplicado, conocido generalmente como modificación de conducta. Los estudios sobre conducta animal se ampliaron con la finalidad de efectuar investigaciones sobre el comportamiento de algunos animales, que puedan ser susceptibles de trasponer en individuos, estas investigaciones se emplean para no poner en peligro la dignidad humana. Al respecto, Skinner (1979) refiere que "la conducta humana ha derivado

de un análisis con organismos simples en situaciones simples y que avanzó... hasta abarcar las complejidades del mundo en general" (p. 16).

Con fundamento en la teoría conductual, a mediados del siglo pasado Fuente (1992), propone la inclusión de una materia en los planes de estudio de la formación médica, reconociendo la obligación de la psicología como elemento necesario para la prevención y/o recuperación de la salud de un número importante de enfermos, con lo que aparece en este país la psicología médica, y la opción para que el psicólogo clínico se inserte en el ámbito de la salud en México, como un espacio más de participación profesional.

## **1. 2. La salud en México**

La Ley General De Salud de la Federación (2001) dispone en su Artículo Segundo, el derecho a la protección de la salud, que contiene, entre otras, las siguientes finalidades: El bienestar físico y mental del hombre, para favorecer el ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y el mejoramiento de su calidad de vida; la protección y el incremento de los valores que contribuyan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que favorezcan el desarrollo social.

Asimismo el Artículo Tercero refiere, en los términos de esta Ley, que es materia de salubridad general: La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud; la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables; la coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud; la atención materno-infantil; la salud mental; la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud; la educación para la salud; etc.

También indica en su Artículo quinto que el Sistema Nacional de Salud se constituye por las dependencias y entidades de la Administración Pública federal y local, y por las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, y tienen por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Dentro de los objetivos del Sistema Nacional de Salud se encuentran:

- Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar su calidad, atendiendo a los problemas sanitarios de mayor preponderancia, y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, interesados especialmente en las acciones preventivas;
- Colaborar al bienestar social de la población por medio servicios de asistencia social;
- Impulsar el desarrollo de la familia y de la comunidad, así como la integración social y el crecimiento físico y mental de los niños;
- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente;
- Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;
- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.

Por otra parte, el Artículo 10 de esa misma Ley señala que La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el Sistema Nacional de Salud, de los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado, así como de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

En otro capítulo de dicha Ley, respecto a la salud mental se dice que la prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se fundamenta en el conocimiento de

los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

Para promover la salud mental las instituciones de salud se coordinarán con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán la difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental; la realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia.

Las instituciones de salud en México tienen dos particularidades, se dividen en hospitales privados y hospitales públicos; los segundos son administrados por el gobierno federal y los gobiernos estatales por medio de la Secretaría de Salud (SSA), o de organismos descentralizados, tal es el caso del hospital General de Tlalnepantla, "Valle Ceylán", que es coordinado por el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define el hospital como una parte integrante de la organización médica social, cuya función es la de proporcionar a la población atención médica completa, tanto preventiva como curativo y cuyo servicio de consultorio externo alcanza a la familia en el hogar. El hospital es también el centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en salud y además un campo de investigación biosocial.

Asimismo, refieren Malagón-Londoño, Galán y Pontón (1999), que por los servicios que prestan, la organización estructural y funcional de un hospital toma en cuenta las siguientes características: a) demográficas, que considera tasas de natalidad, mortalidad, migración, estructura de las poblaciones y su distribución según sexo, edad y procedencia urbana o rural; y b) las condiciones de salud de la comunidad tomando en cuenta:

morbilidad, mortalidad e incapacidad. De acuerdo a las necesidades antes dichas, se establecen cuatro niveles de atención hospitalaria según la región o país.

→ Institución de salud del nivel I

Instituciones donde asiste el médico general para otorgar atención ambulatoria y hospitalaria principalmente de consulta externa, urgencias y hospitalización de corta estancia. Usualmente se atienden patologías que se presentan en la comunidad; en algunos países de América Latina, atención a las enfermedades generadas por la contaminación del medio ambiente.

→ Institución de salud del nivel II

Prestan atención de Medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y psiquiatría. Sigue las premisas que tiene el hospital del nivel I, pero ampliándolas con el servicio de especialistas en: salud oral, salud mental, ortopedia y traumatología, medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría, anestesia, radiología y patología.

→ Institución de salud del nivel III.

Prestación de servicios médicos con la presencia de especialistas del área de medicina interna: cardiología, neumología, etc. o del área quirúrgica: cirugía cardiovascular; pediátrica; maxilofacial. Sólo atiende problemas de salud (no de medio ambiente como el nivel I), profundiza en el conocimiento científico y la tecnología que demandan las patologías que no han podido ser atendidas en los otros niveles; por ello tienen más servicios clínicos y quirúrgicos que los de nivel II. Este tipo de hospitales además de asistenciales, puede ser sede de una facultad de ciencias de la salud. Debido a la atención de mayor complejidad que los anteriores; debe tener departamentos de: cuidados intensivos, terapia intensiva, o de medicina crítica. Conformado por las unidades de cuidado intensivo de: pediatría, clínica y quirúrgica, y una sección de terapia intermedia, para poder brindar una atención oportuna y temprana a quien lo requiera.

#### → Institución de salud del nivel IV

Constituido por técnicas de óptimo desarrollo tanto en el campo quirúrgico: trasplantes y microcirugía. Atiende a un nivel de complejidad patológica mayor, como: trasplantes y tratamientos e intervenciones, que requieren de varias especialidades y especialistas en diversas áreas, de manera simultánea para solucionar cada caso. Por consiguiente la mayoría de los hospitales desarrollarán sus actividades para un solo sistema; denominados hospitales de referencia, cardiovascular, neurológico, ortopedia y trauma, etc. En su división médica, el hospital de este nivel cuenta con los departamentos de medicina interna, cardiología, gastroenterología, dermatología, infectología, etc. En la especialidad de Cirugía, otorga cirugía general, ortopédica, oftalmológica, plástica, reconstructiva, etc., ginecología y obstetricia; fertilidad; medicina materno-fetal y pediatría, con departamentos de neonatología, neuropsiquiatría, cardiopediatría y medicina del adolescente. Salud mental, que se divide en psiquiatría, psicología, trabajo social, proporciona también terapias personales y grupales (Malagón-Londoño, Galán y Pontón, 1999).

El área de la salud mental, que se ubica en el ámbito de hospitales de nivel IV, es el espacio en que pueden participar los profesionales de la psicología como entidades interesadas en la recuperación o conservación de la salud del individuo; y en el cual los psicólogos desean insertarse. Es en esta coyuntura que surge la psicología de la salud, definida por la American Psychological Association en 1981 como: "El conjunto de contribuciones de la disciplina psicológica en lo científico y profesional dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud; la prevención y tratamiento de la enfermedad; la identificación de los correlatos etiológicos y de diagnóstico de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones relacionadas; en el análisis y mejoramiento de los sistemas de salud; y, la formulación de políticas de la salud" (Rodríguez y Palacios, 1992, p. 475).

En ese supuesto, se infiere que la participación del psicólogo en las instituciones de salud es fundamental, sin embargo es hasta hace poco que el psicólogo es reconocido como integrante del equipo multidisciplinario que deberá participar en las medidas de prevención y atención de la salud, física y mental, de la población que lo requiera. Este cambio en la tradicional postura de los servicios de salud es reciente y obedece, principalmente, a los avances que al respecto ha mostrado la Psicología de la Salud, o medicina conductual; la cual se fundamenta con los conceptos desarrollados por la escuela conductista, instituida e impulsada por teóricos como Watson, Hull y Skinner principalmente. Posteriormente otros modelos teóricos se suman al trabajo en esta área, como se refiere en el capítulo siguiente.

## Capítulo 2

# Fundamentos psicológicos que sustentan a la medicina conductual.

El concepto de medicina conductual se origina como resultado del avance de la psiquiatría, así como de la participación de la psicología en esa área, al emplear la terapia de la conducta no sólo en la solución de problemas psicológicos, como neurosis, enuresis, fobias, tics y otros, sino también en enfermedades orgánicas (Vargas e Ibáñez, 1999). Con el surgimiento del Psicoanálisis, que formula Sigmund Freud, se fortalece el ámbito de la psiquiatría debido a que, tanto los individuos que manifiestan un comportamiento anormal, como el ser humano en general, se convierten en objeto de estudio (Montalvo y Soria, 1998).

El surgimiento del psicoanálisis inicia con los trabajos de Freud sobre las neurosis, los estudios que efectúa sobre la hipnosis, la histeria, su relación con Joseph Breuer, Wilhelm Fliess y otros contemporáneos que influyeron en él para fundamentar, desde el proceso de su propio autoanálisis, sus teorías psicoanalíticas. El psicoanálisis se fue desarrollando desde cuatro niveles diferentes: el teórico, el psicopatológico, el técnico y el de autoanálisis de Freud (Perrés, 1998).

En el momento que Freud y Breuer publican sus "Estudios sobre la histeria" ambos poseían muchas ideas que les proporcionarían los fundamentos para el psicoanálisis. Según Marx y Hillix (1995) "Freud creía haber encontrado dos 'estados': lo consciente y lo inconsciente" (p. 249), a lo consciente lo llamó proceso primario, y a lo inconsciente proceso secundario. Según esto en el proceso primario existe una serie de mecanismos cuya característica es su irracionalidad (*condensación* de diferentes pensamientos en un símbolo, *desplazamiento* de un impulso o afecto de un símbolo a otro, lo *atemporal* de los sueños, etc.), en tanto que la lógica se emplea en el proceso secundario o consciente.

A este respecto Freud (1995) refiere "... realizamos nuestras observaciones por medio del mismo aparato perceptivo, y precisamente con ayuda de las lagunas en lo psíquico, completando las omisiones con inferencias plausibles y traduciéndolas al material consciente. Así, establecemos, en cierto modo, una serie complementaria consciente para lo psíquico inconsciente... En el curso de esta labor se nos imponen las diferenciaciones que calificamos como cualidades psíquicas. No es necesario caracterizar lo que denominamos consciente,... Para nosotros todo lo psíquico restante constituye lo inconsciente. Pero al punto nos vemos obligados a establecer en este inconsciente una importante división. Algunos procesos fácilmente se tornan conscientes, y, aunque dejen de serlo, pueden volver a la conciencia sin dificultad: como suele decirse, pueden ser reproducidos o recordados".

Posteriormente, Freud (1995) atribuye tres cualidades a los procesos psíquicos éstas son: *consciente*, *preconsciente*, e *inconsciente*. Lo que es preconsciente viene del consciente; lo inconsciente puede ser hecho consciente (si se desea). Y cuando un contenido preconsciente es inaccesible, se debe a que está bloqueado por resistencias (olvido pasajero); o un pensamiento preconsciente se traslada, temporalmente, al estado inconsciente.

Para Freud, la teoría de los procesos y la motivación inconsciente fueron conceptos primordiales, ya que afirmaba que la mayor parte de la actividad humana no era conducida de manera consciente, sino que era consecuencia de conflictos inconscientes, (Dowd, 1997). De igual forma fue importante el concepto de las fuerzas evolutivas en la conducta; él postulaba que las experiencias de la infancia influían poderosamente en las conductas y actitudes posteriores y que en consecuencia los cambios psicológicos en el individuo adulto eran lentos e inseguros.

Posterior a la teoría psicoanalítica de Freud, han surgido diversas corrientes de opinión en el modelo de atención médica para las denominadas enfermedades mentales, así

como su relación con sus manifestaciones biofísicas; iniciaron esta incursión particularmente los psicólogos que trabajaban con el modelo teórico conductual.

En los Estados Unidos, el modelo teórico conductual, o conductismo surge como respuesta al psicoanálisis de Freud y a la psicología introspectiva de Titchener. John Broadus Watson, doctor en filosofía y profesor de psicología en la Universidad Johns Hopkins, creador del conductismo, define su posición frente al psicoanálisis y a la teoría introspectiva cuando niega, de forma implícita, la existencia de la mente, lo que suscitó una fuerte controversia en torno a su teoría del conductismo radical.

Con antecedentes del positivismo comtiano, las teorías darwinianas sobre la psicología animal y el funcionalismo norteamericano, el conductismo objetivista de Watson hace su aparición en 1913 con el artículo "La psicología tal como la ve el conductista", que publica en la *Psychological Review*, en el que declara "La psicología... es una rama puramente objetiva y experimental de la ciencia natural. Su meta teórica es la predicción y el control de la conducta. La introspección no constituye una parte esencial de sus métodos... Parece haber llegado el momento de que la psicología desarte toda referencia a la conciencia; de que no necesite ya engañarse al creer que su objeto de observación son los estados mentales." (Marx y Hillix, 1995, p. 162).

Uno de los supuestos principales en la teoría de Watson refiere que los procesos de la conciencia, si existen, no pueden ser estudiados científicamente. Las tesis relacionadas a la conciencia representan tendencias sobrenaturales, y dado que constituyen remanentes de las fases teológicas precientíficas de la psicología es necesario ignorarlos (Marx y Hillix, 1995).

Este supuesto creó una fuerte controversia entre Watson y sus críticos, sin embargo tuvo entre sus seguidores quienes continuaron defendiendo y complementando dicha tesis.

Dos teóricos que "rescatan lo bueno que había en el conductismo" de Watson (Marx y Hillix, 1995, p. 179), son Clark Hull y Burrhus Frederic Skinner, quienes realizaron importantes contribuciones a las tesis conductistas.

La teoría del Estímulo – Respuesta presenta en la actualidad dos clases que discrepan en cuanto al papel que observan en el proceso del refuerzo. La primera, denominada teoría E – R del refuerzo, que otorga primordial importancia al refuerzo o fortalecimiento de la respuesta, si bien ambos autores discrepan en cuanto a la explicación de la naturaleza del refuerzo. Hull mostró un mayor interés en el mecanismo del proceso de refuerzo; mientras Skinner hace énfasis en la importancia del refuerzo sin interesarse en la naturaleza interna del proceso.

Si bien escribió varios artículos teóricos, Skinner no objetó o reivindicó alguna teoría, más bien hizo énfasis sobre un "enfoque descriptivo y ateórico de la investigación de la conducta" (Marx y Hillix, 1995, p. 330); para él, el estado actual de la psicología no justifica una teoría formal, y afirmó que por medio de una recopilación de datos metódica puede progresarse objetivamente hacia la predicción y el control de la conducta.

Uno de los objetivos de Skinner fue el análisis experimental de la conducta y la conducta operante. Su trabajo sobre la conducta operante parte del intento de adarar la relación ente los paradigmas de Pavlov, la conexión que se produce entre un estímulo nuevo y la respuesta refleja; y el de Thorndike, del nexo existente entre un estímulo dado y una respuesta nueva. Para Skinner existen dos tipos de respuestas y dos tipos de condicionamiento. Los tipos de respuestas son: las respondientes o que se elicitan (respuestas reflejas, como la salivación ante la presencia de alimento, la retracción de la pupila ante la luz brillante); y las operantes, son respuestas que no son elicitadas por estímulos sino que se emiten o efectúan de forma espontánea y cuando se presenta una respuesta operante no pueden observarse estímulos elicitantes (Kazdin, 1983).

Skinner distinguió dos tipos de condicionamiento a partir del tipo de respuesta implicada: condicionamiento tipo E o condicionamiento de la conducta respondiente, dado que el reforzamiento se correlaciona con el estímulo; esto es, un estímulo condicionado se empareja con un estímulo incondicionado y en un momento determinado se elicitaba la respuesta (ejemplo: alimento--luz  $\diamond$  salivación; luz  $\diamond$  salivación) (Ec-Ei  $\diamond$  R; Ei  $\diamond$  R).

El condicionamiento tipo R es el condicionamiento de la conducta operante; en este condicionamiento el reforzamiento se correlaciona con la respuesta; por ejemplo, en experimentos con algunas especies animales en condiciones controladas en laboratorio, se presenta la conducta de oprimir un botón o presionar una palanca al aparecer alimento o agua. Así, el reforzamiento es contingente a, o se correlaciona con, la respuesta (Kazdin, 1983).

Skinner definió la conducta como una parte de la actividad total de un organismo, que consiste en intervenir o relacionarse con el medio ambiente "dentro de un marco de referencia suministrado por el mismo organismo o por varios objetos externos o campos de fuerza" (Skinner, 1979, p. 20), y la conducta operante es la acción del organismo sobre el mundo exterior, que genera determinadas consecuencias que pueden ser estudiadas si se controla el ambiente en el que se desenvuelve el sujeto (Skinner 1980). Menciona también: "Al descubrir y analizar estas causas podemos predecir la conducta, y en la medida en que podamos manipularlas nos será posible controlarla" (Skinner, 1977, p. 53).

Así mismo, su tesis descarta la posibilidad de todo aquel evento que no pueda ser observado, medido y cuantificado experimentalmente, fundamentalmente aquello que describe como "las dimensiones del mundo mental" (Skinner, 1980, p. 20). Refiere que cuando el hombre necesita explicar la conducta humana, esta necesidad es tan fuerte que omite las explicaciones científicas para construir teorías inverosímiles, como pueden ser las supersticiones, las características morfológicas o fisiológicas de los sujetos, las causas

nerviosas y las causas psíquicas internas; al respecto indica que el mundo mental elude cualquier posibilidad de ser demostrado y, en consecuencia, la conducta que se presenta no puede reconocerse como sujeto de estudio, toda vez que el comportamiento de un individuo, es atribuible a una persona que no podemos ver, una entidad situada dentro del organismo y designada como psíquica o mental.

Refiere que, partiendo de las concepciones primitivas del animismo, o de un sistema dualista, se intentan explicar conductas atribuibles a manifestaciones como la mente, como cuando se imputa una conducta incorrecta a una "personalidad trastornada"; o se le separa en partes achacando la conducta a procesos, facultades o rasgos mentales. Un ejemplo de lo anterior es la tesis de Freud respecto a tres 'entes internos', el Yo, el Ello y el Superyó, de los cuales dice "Puesto que el hombre interno no ocupa espacio, se le puede multiplicar a voluntad...el yo, el superyó y el ello...con frecuencia se les considera seres inmateriales a menudo enfrentados violentamente y cuyos fracasos o victorias conducen a la conducta correcta o incorrecta del organismo que residen" (Skinner, 1977, p. 59); ese sistema de conducta requiere explicaciones cuyas "fuerzas rectoras a las que se recurría eran por hipótesis inescrutables". El control y dirección de estas conductas se asignó a entidades internas del organismo llamadas psíquicas o mentales. Y algunos de estos procesos mentales se convirtieron en objeto de estudio, como "el 'ego', el 'superego' y el 'id'...", ejemplos de agentes internos u organismos, destinados a explicar la conducta, que han seguido siendo objeto de investigación científica" (Skinner, 1979, p. 17-18).

Congruente con su objeción a las teorías mentalistas, para Skinner lo que interesa es conocer cuáles son las causas de la conducta humana y saber por qué se conduce como lo hace; para lo cual debe considerarse si la situación o hecho que pueda observarse y demostrarse tiene efecto sobre la conducta y, en consecuencia, al revelar y analizar las causas podrá predecirse la conducta y, en tanto estas causas puedan ser manipuladas,

existirá la posibilidad de controlar la conducta. De lo que desprende su teoría de la conducta operante. Estas posibles causas son definidas por Skinner como eventos privados.

Al referirse al estudio de los procesos cognoscitivos simbólicos, fundamentalmente sobre los eventos privados, Skinner (1988) señala que "no se debe negar ninguna entidad o proceso que tenga alguna fuerza explicativa útil, con base en que es subjetiva o mental. Los datos que la han hecho importante se deben sin embargo, estudiar y formular de manera efectiva" (p. 15); enmarcando la tarea dentro de los objetivos del análisis experimental. Sin embargo, rechaza la posibilidad de efectuar inferencias toda vez que los procesos mentales no son observados. En este caso los factores inferidos pueden ser las variables mediacionales, tales como las respuestas de carácter fisiológico.

Las variables mediacionales son definidas como "un factor inferido (no observado) que relaciona el estímulo de entrada con la respuesta de salida" de un evento determinado (Mahoney, 1988, p. 31). El modelo conductual acepta esta definición en tanto se compone de una respuesta mediada por el sistema nervioso y sus elementos fisiológicos accesorios (variable mediacional estructural o constructo hipotético), cuya mediación es estructural en tanto que se constituyen por elementos físicos que pueden ser "potencialmente observables", por lo que se les puede definir como constructo hipotético conceptual.

Otro tipo de variable mediacional es la denominada "interviniente", que, a diferencia del constructo hipotético, no es potencialmente observable; esta variable cumple un papel conceptual o descriptivo en la mediación. No obstante, la variable interviniente puede transformarse en constructo hipotético determinando su sustrato físico, potencialmente observable. Estas variables reciben la definición de eventos encubiertos; que presentan tres diferentes funciones, eventos encubiertos como estímulos, eventos encubiertos como respuestas, y eventos encubiertos como consecuencias (Mahoney, 1988); todos éstos presentan la característica de ser cognitivos (imaginados, pensados, no observados).

En la atención psicoterapéutica surgen, a partir de los trabajos de Newell, Simon, Chomsky, Bruner Mc Culloch, Turing, Wiener y otros, la Psicología Cognitiva, y de los estudios de Jakobson, Hebb, Bartlett, Lévi-Strauss, Luria, Piaget, Vigotsky y otros; una gama de terapias cognitivas, cada una con características particulares. Las terapias cognitivas refieren una diversidad de modelos, como el de reestructuración cognitiva, los cognitivos-comportamentales, y los constructivistas; pero de los trabajos efectuados por Ellis y Beck; y de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura y Mischel, sobre la importancia del papel de los factores cognitivos en el condicionamiento; y de estudios de Meichenbaum y Mahoney fundamentalmente, se emplean dos tipos de clasificación que frecuentemente son intercambiables e indistinguibles; terapias cognitivas y cognitivo-comportamentales; si bien con historias y modelos epistemológicos diferentes (Caro, 1997).

Las terapias cognitivas pueden definirse, en lo general, como disciplinas que surgen de "la convergencia del interés de distintas ramas de la ciencia por el estudio de la cognición humana; con la vista puesta en la comprensión de los principios de la conducta cognitiva inteligente, y con la finalidad de tener una mejor comprensión de la mente humana que permita mejorar el aprendizaje, las habilidades mentales y el desarrollo de aparatos 'inteligentes' que puedan aumentar las capacidades humanas" (García y Moya, 1993, p. 311).

Como modelos básicos, dentro de la gama de propuestas cognitivas, pueden mencionarse la Terapia Racional Emotiva (TRE), de Albert Ellis; la Terapia Cognitiva de Aaron Beck; y el modelo de Terapia Cognitivo Conductual que, según Meichenbaum (1997) proviene "de una larga tradición de terapeutas semánticos que van desde Dubois a Kelly" (p. 39), y que recibieron la influencia de las teorías del aprendizaje social de Rotter, Bandura y otros.

Desarrollada por Ellis en 1955, el autor define la TRE como deducción de filósofos como Buda, Epicuro, Epicteto, Marco Aurelio, Kant, Russell y Heidegger, quienes creían que acontecimientos Activadores (As) externos experimentados favorecían significativamente a consecuencias conductuales y emocionales (Cs), pero que la otra causa principal de las perturbaciones emocionales (Cs) eran las creencias (Bs) que se tienen sobre las adversidades (As) por las que el individuo se preocupa de manera especial; del cual surge el modelo A-B-C; (Ellis, 1997); (Meichenbaum, 1988).

De esa forma Ellis obtiene también los debates de las creencias irracionales creadoras de perturbación (D), y el debate emotivo conductual partiendo de los métodos de terapeutas conductuales y experimentales, lo que le permite afirmar que "pensamientos, sentimientos y conductas no suelen ser dispares, sino que interactúan significativamente unos con otros. En consecuencia, las 'perturbaciones emocionales' son cognitivo-emotivo-conductuales" (Ellis, 1997, p. 92), por lo que, para efectuar cambios significativos en la personalidad, deberá realizarse una diversidad de cambios persistentes e importantes en los pensamientos, emociones y acciones de cada individuo.

Ese modelo parte de la condición básica de que gran parte del sufrimiento emocional se debe a "los modelos inadaptativos en que los individuos construyen el mundo, y a las creencias irracionales que mantienen... Dichas creencias conducen a pensamientos y sentimientos autoderrotistas que ejercen un efecto adverso sobre la conducta" (Meichenbaum, 1988, p. 333). Por lo tanto, el trabajo del terapeuta presenta tres fases de operación; la primera fase consiste en determinar qué sucesos trastornan al individuo; enseguida, el terapeuta deberá auxiliar a éste para descubrir las pautas de pensamiento y las creencias ocultas que conforman la respuesta interna a dichos eventos y que permiten la presencia de emociones negativas, el tercer paso es ayudar a la persona a modificar las pautas de pensamientos y creencias. (Meichenbaum, 1988).

Según el modelo cognitivo, el trastorno psicológico está caracterizado por "esquemas idiosincrásicos desadaptativos" que dominan el sistema de procesamiento de la información cuando se activan por las circunstancias dominantes del ambiente; dichos esquemas desadaptativos suelen ser rígidos, impermeables, concretos. Partiendo de este modelo, existen hipótesis de tipo descriptivo que se relacionan con las características cognitivas de los trastornos; y que describen la disfunción cognitiva característica de los estados depresivos, como las hipótesis de la negatividad, de la exclusividad, del procesamiento selectivo, de la primacía, la universalidad, etc. Y otras que se refieren a los factores causales participantes en la etiología y mantenimiento del trastorno; en este caso, cómo las variables cognitivas pueden estar relacionadas con el inicio y mantenimiento de trastornos como la depresión. El modelo acepta que determinados factores cognitivos pueden interactuar con o por medio de otras variables para incrementar la probabilidad de un futuro episodio depresivo. Algunas de las hipótesis causales son las de la consistencia, de la congruencia, de la autoevaluación, del afrontamiento y del tratamiento diferencial etc. (Meichenbaum, 1988).

Por su parte, Dowd (1997) señala un aspecto en la teoría de la modificación cognitivo conductual, ésta es básicamente una teoría de la conducta, dado que "asume que la gente actúa primero y luego piensa y (re)conceptualiza esa conducta" (p. 29); en consecuencia, el trabajo terapéutico consiste en entrenar a la persona a darse cuenta de su conducta, pensar sobre ella y modificarla; refiere que, inicialmente el individuo se da cuenta de su comportamiento y de su diálogo interno sobre su conducta; en ese momento se le entrena para emitir conductas distintas y diálogos internos diferentes, y se conduce entrenándolo para presentar esas nuevas conductas en su entorno y a pensar de manera distinta sobre su nuevo comportamiento.

Meichenbaum (1997) refiere que los profesionales cognitivos conductuales se enfrentaban a preguntas como "¿cuál es la mejor forma de conceptualizar las cogniciones de

los individuos”, o la “mejor manera de ajustar esos procesos cognitivos dentro de las complejas interrelaciones que se dan recíprocamente entre estos, así como los sentimientos, conductas y consecuencias derivadas”. Indica el autor que las respuestas son determinadas por las conceptualizaciones y metáforas específicas empleadas para explicar los procesos de pensamiento de las personas; para esto, propone tres metáforas conductoras: el condicionamiento, el procesamiento de la información y la construcción de narraciones.

De la primera, señala que “siguiendo la tradición de Skinner y otros teóricos del condicionamiento, las cogniciones eran operantes encubiertas” (Meichenbaum 1997, p. 40), por lo que las autoafirmaciones e imágenes del individuo se consideran estímulos discriminativos y respuestas condicionadas que dirigen y controlan la conducta manifiesta. Sobre el procesamiento de la información, refiere que es “la consideración de la mente como una computadora, que vino acompañada del lenguaje propio del procesamiento de la información y de la teoría del aprendizaje social” ( p. 41), por lo que las cogniciones de los sujetos se conceptualizan conforme a una serie de procesos, como la codificación, la decodificación, la memoria, la atención, los giros en las atribuciones y los mecanismos de distorsión; los últimos, como errores cognitivos considerados como consecuencia de las estructuras o creencias cognitivas, de los esquemas, inquietudes habituales y de las suposiciones implícitas que el sujeto lleva a las situaciones.

La idea de que el sujeto puede ser el constructor de su ambiente generó la tercera metáfora, la narración constructiva, que, afirma Meichenbaum, está marcando el progreso en la terapia cognitivo conductual, la teoría constructivista, que se fundamenta en la noción de que los individuos construyen sus realidades personales, creando sus propios modelos representativos del mundo. Esta perspectiva se nutre de las ideas de Kant, Cassier, y Goodman, así como de las propuestas, en el terreno de la psicología de Wundt, Adler, Piaget, Frankl, Mahoney y el propio Meichenbaum entre otros, Todos éstos autores coinciden

en el principio de que "la mente humana es un producto de la actividad simbólica constructivista, y que la realidad es el producto de los significados particulares que crean los individuos. No es que haya una realidad y los diéramos distorsionen esa realidad, contribuyendo con ello a sus problemas, sino que hay múltiples realidades" (Meichenbaum 1997, p. 42); la labor terapéutica consiste en contribuir a que sean conscientes de cómo forman esas realidades y las consecuencias de esas construcciones.

Meichenbaum descubrió que cuando los niños efectúan alguna tarea, se hablan a sí mismos sobre cómo llevarla a cabo; este discurso privado funciona como un regulador de la conducta. Y llegó a la conclusión de que esas autoverbalizaciones, que en un principio eran externas, conforme los niños iban creciendo llegaban gradualmente a encubrirse, estableciendo un diálogo interno (Dowd, 1977).

Empleó esas ideas para elaborar un programa de entrenamiento para niños impulsivos, con diversas etapas, iniciando con un trabajo basado en el modelo de aprendizaje observacional o aprendizaje social de Bandura, consistente en que un modelo adulto realizaba una tarea mientras hablaba en voz alta sobre cómo efectuarla, siguiendo con un niño realizando esa tarea y hablando en voz alta, y concluyendo con el niño efectuando la tarea pero hablándose de forma encubierta. A ese respecto, Mahoney (1988) señala que en el estudio de dicho programa se observó que los pacientes que habían sido entrenados para emitir una conversación sana mantuvieron sus progresos en esta actividad realizando autoinstrucciones explícitas, similares a las directivas previas dadas por el experimentador.

Para Meichenbaum (1988), la terapia cognitivo conductual destaca la interdependencia de los procesos involucrados en los pensamientos, sentimientos y conductas del individuo. Al respecto indica que "el primer objetivo del terapeuta cognitivo conductual es ayudar a la persona a tomar conciencia de este proceso transaccional que

envuelve múltiples procesos" (p. 340). El aprendizaje se obtiene incluyendo al individuo como colaborador en la recolección de datos, con la intención de que éste pueda descubrir cómo sus propios pensamientos, sentimientos y comportamientos influyen en los problemas que manifiesta; esto permite que el terapeuta y el solicitante determinen el problema, y precisen los objetivos terapéuticos.

El trabajo terapéutico permitirá que el solicitante cambie esa impresión con el fin de que llegue a comprender su problema, y contraigan el compromiso del cambio; el entrenamiento que recibe le ayudará a desarrollar y establecer las habilidades internas y externas necesarias para enfrentar situaciones difíciles. Parte importante de la terapia cognitivo conductual consiste en que se ayuda al individuo a prever los probables fracasos que pudiese encontrar y organizarse para afrontarlos y superarlos.

Indica Meichenbaum (1988) que la terapia cognitivo conductual, no es "sólo un conjunto de técnicas terapéuticas, sino más bien, la conceptualización del proceso de cambio que presuntamente subyace a todo procedimiento terapéutico" (p. 344); siguiendo al mismo, dentro del modelo de terapia cognitivo conductual, sugiere que las terapias contemporáneas trabajan haciendo que los individuos participen en "experiencias extraterapéuticas que originan consecuencias incompatibles con las expectativas previas del diente" (p. 344); y cuando dichas experiencias patológicas ocurren frecuentemente, proporcionan la base para cambiar de conducta. Afirma el autor que "los componentes de los eventos, procesos y estructuras cognitivas, los actos conductuales, los sentimientos y las consecuencias ínter e intrapersonales, entran en juego contribuyendo así al cambio de conducta" (Meichenbaum, 1988, p. 344).

Comenta también que la terapia cognitiva conductual se ha aplicado de forma individual, a parejas, y en grupos, con fines de prevención y de tratamiento. El tratamiento incluye problemas de tipo fóbico, de ansiedad, depresiones, duelo, control de la ira,

drogadicción, y problemas de índole sexual; la prevención se ha utilizado en personas con actividades de alto riesgo, como policías, militares, controladores aéreos, etc. Las técnicas empleadas en la terapia cognitivo conductual son bastantes, cada una responde a un diferente problema que pueda presentar el individuo, y cada una puede emplearse en combinación con otra para que éste pueda resolver dichos problemas (Meichenbaum, 1988).

Describe Meichenbaum (1997a) que los resultados que se observaron en el tratamiento de pacientes con trastornos de ansiedad, de pánico y fobias sociales; con el modelo cognitivo conductual presentaron una desaparición completa de esos síntomas en un seguimiento de entre uno y dos años, y afirma que no son tratamientos experimentales que aún deben probarse, los tratamientos cognitivo conductuales presentan una base firme que justifica su aplicación en la práctica cotidiana.

Refiere Bellak (1993), que, para el modelo cognoscitivo, la forma en que se estructuran las experiencias determina las respuestas emocionales y de comportamiento en referencia a dichos eventos. Esto es, los pensamientos que tiene el sujeto afectan sus sentimientos y conductas. De acuerdo a este modelo las creencias fundamentales o básicas, actitudes y apreciaciones sobre sí mismo orientan la percepción, interpretación y memoria del individuo acerca de los eventos que experimenta. Dichas creencias provienen de experiencias pasadas, algunas de las cuales tienden a ser rígidas y absolutas, resistentes al cambio, y asociadas con emociones extremas y pueden obstaculizar la consecución de los objetivos.

Para este autor, algunas de las características de la terapia cognoscitiva son: breves y de duración limitada, lo que propicia que no se tienda a la dependencia; debe existir empatía entre el terapeuta y el solicitante; debe existir un trabajo conjunto y de colaboración entre ambos; asimismo, refiere las técnicas de terapia "cognoscitiva-conductual", de las cuales afirma que "la terapia cognoscitiva también involucra el uso

frecuente de estrategias conductuales tanto como de técnicas cognoscitivas" (Bellak, 1993, p. 170). Indica al respecto que cuando para el terapeuta conductual la finalidad consiste en modificar la conducta observable del individuo, para el terapeuta cognitivo conductual el objetivo será emplear el cambio en la conducta para obtener un cambio cognoscitivo, esto es, emplear las técnicas para identificar y modificar las suposiciones y pensamientos automáticos de la persona.

Como una de las diferentes propuestas para trabajar en instituciones de salud, Bellak (1993), sugiere la aplicación de la terapia cognitiva conductual con el modelo de Terapia Breve Intensiva y de Urgencia (TBIU); que describe dirigida a los rasgos críticos del trastorno que se presenta; para determinar la secuencia entre los problemas... que se presentan, y los conflictos o defectos que presenta el paciente.

Algunos de los problemas en los que se aplica la TBIU son, la depresión, angustias, fobias, problemas de autoestima, acting out, intentos de suicidio, conductas psicóticas, temor por intervenciones quirúrgicas; eventos catastróficos como violación, pérdida del empleo, asalto, duelo, sentimientos de culpa, accidentes, o por enfermedades físicas crónicas.

Por otra parte, para la atención propiamente dicha, señala que existen factores que considera importantes; entre los cuales destacan la necesidad de no fomentar la dependencia del terapeuta; la situación económica de los solicitantes, que no pueden costearse una atención prolongada; o los factores institucionales, como la demanda elevada de atención por parte de los afiliados y el escaso presupuesto asignado al sector salud. Y que cinco o seis sesiones pueden ser prácticas, "debido a que la experiencia muestra que la mayoría de los pacientes externos no tienen deseos de regresar a consulta, probablemente debido a su experiencia con el tratamiento médico" (Bellak (1993, p. 5).

Así surge la necesidad de que, desde la perspectiva del trabajo multidisciplinario, se requiere establecer la inserción de los profesionales de la psicología en el sector de la salud,

y no propiamente en aspectos secundarios, sino como integrantes activos en la recuperación de la salud de los individuos.

## **2. 1. La Medicina Conductual o Psicología Médica.**

En México, indica Fuente (1992), a mediados de siglo se propuso que se indujera la materia de psicología en la formación de los médicos, surgiendo con esto la medicina conductual, también definida por éste y otros autores como psicología médica, de orientación conductual, dado que " las aplicaciones de la psicología conductual en el campo de la medicina consisten en la utilización de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta y de su modificación en la evaluación, la prevención y el tratamiento de enfermedades o disfunciones fisiológicas" (p. 517); también reconoce que la terapia cognitivo conductual ha generado técnicas de manejo psicológico de algunos problemas médicos.

Ridruejo (1996a) define la psicología de la salud se como la psicología clínica interesada en el ámbito médico, como la fusión entre la psicología clínica y la medicina. Es el campo de la psicología que aplica principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o trastornos mentales o cualquier otra conducta, relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos contextos en que éstos puedan tener lugar.

En ese tenor, la psicología médica se ubica en la perspectiva de la psicología de la salud. Ésta se refiere a los aspectos curativos que se dan en la interacción entre el médico y el paciente. Específicamente, es la instrucción y aplicación de la psicología que se imparte en la carrera de medicina, que incluye una variedad de conocimientos psicológicos de interés para la formación médica (Fuente, 1992, Ridruejo, 1996a, Santolaya, 1998), fundamentando generalmente su actividad dentro del marco teórico conductual.

Circunscribiéndose a su establecimiento formal, habría que remitirse a la medicina psicosomática, -término dado en el proceso de desarrollo del psicoanálisis-, para comprender los trastornos funcionales supuestamente debidos a conflictos psicológicos. La medicina psicosomática aplica la metodología científica y constituye un campo de investigación y clínico que conjunta la psicología experimental con la aplicación biomédica, pero usualmente es identificada en el ámbito más extenso de Psicología de la Salud (Santolaya, 1998).

Por otra parte, el condicionamiento operante supuso la posibilidad de una autorregulación de respuestas involuntarias mediante la aplicación de técnicas de biofeedback (retroalimentación biológica). El uso del biofeedback transformó el campo de las aportaciones de la psicología al ámbito de la medicina, empleando el nombre de "Medicina Conductual". La medicina conductual aplica las técnicas de modificación de conducta en el espacio de la biomedicina. Y, al igual que la medicina psicosomática, la medicina conductual participa en la psicología de la salud (Ridruejo, 1996a).

La aplicación de éste modelo la definen Pomerleau y Brady como "La aplicación clínica de principios técnicos y procedimientos de la terapia conductual a la evaluación, tratamiento, manejo, rehabilitación y prevención de la enfermedad física o reacciones conductuales concomitantes a la disfunción física; y la validación y refinamiento de tales técnicas de tratamiento aplicadas a problemas médicos y a asuntos relacionados con la salud, a través de la investigación sistemática" (en Landa, 1999, p. 33). La medicina conductual se instaura, a finales de los 70s, como un espacio que busca integrar el modelo psicológico conductual y la ciencia biomédica, en un ámbito interdisciplinario, para generar conocimientos relevantes a la salud y a la enfermedad con el fin de aplicarlo en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Acompañando al tratamiento médico y/o farmacológico; la medicina conductual aporta técnicas de intervención comportamentales dirigidas al área comprometida de cada paciente y a su entorno inmediato. Entre las áreas de estudio de la medicina conductual se encuentran los mecanismos neurales y bioquímicos del dolor, el estrés, las influencias cognitivas, sociales, ambientales y fisiológicas sobre las conductas de comer, la expresión o la hipertensión emocional relacionadas con la hipertensión arterial y las enfermedades coronarias, así como la influencia familiar y psicosocial sobre el proceso de enfermedad (Ceballos, 2003). En consecuencia la relación que se establece entre la medicina conductual o psicología médica y la investigación para la prevención e intervención en la recuperación de la salud, integra la actividad del psicólogo clínico en el ámbito de la salud.

## Capítulo 3

# La psicología clínica

Los antecedentes de la psicología clínica se vinculan directamente con la aparición de la psicología experimental; la cual data de 1879, fecha en que se fundó el laboratorio de Wilhelm Wundt en la Universidad de Leipzig. Una característica de la psicología clínica es el estudio de las diferencias individuales; interesado Francis Galton por estudiar este aspecto, establece el primer centro para la medida mental en 1885. Posteriormente, como conclusión al trabajo iniciado por Galton, se establece el laboratorio de Alfred Binet; pero la primera clínica psicológica fue creada en la Universidad de Pennsylvania, fomentada por su fundador Lightner Witmer (Santolaya, 1998).

La Clínica de Witmer presentaba algunas características particulares, entre éstas el que principalmente se atendían niños; porque las intervenciones estaban precedidas por una evaluación diagnóstica, y porque la atención clínica otorgada se ajustaba a los lineamientos establecidos por la psicología científica; con estos trabajos como antecedente, la psicología clínica se establece oficialmente en 1896. A solicitud de Witmer, la Universidad de Pennsylvania ofreció cursos de psicología clínica durante los años 1904-1905. En 1907 Witmer funda la primera revista especializada, titulada *The Psychological Clinical*. Debido al aumento de los psicólogos clínicos, en 1917 se crea la American Association of Clinical Psychologists, y en 1919 esta asociación se incorpora a la American Psychological Association, como sección clínica (Santolaya, 1998)

El psicólogo clínico generalmente posee una formación científica que le permite adoptar una perspectiva experimental analítica con respecto a su labor (Santolaya, 1998; Bernstein y Nietzel, 1988). Al respecto, Bellack y Hersen (1989) refieren que la psicología clínica es única en su orientación científico-práctica, y que probablemente pocos psicólogos clínicos no efectúen investigaciones que se publiquen. Indican estos autores que la

investigación en psicología clínica data desde los orígenes de la profesión, y proviene de los fundamentos de los primeros psicólogos experimentales, esencialmente interesados en "la naturaleza de la mente y los procesos mentales: percepción, sensación, acción refleja, etc." (Bellack y Hersen, p. 11). Para el estudio de dichos fenómenos la psicología experimental perfeccionó métodos y procedimientos bastante precisos, teniendo como modelo a ciencias como la física y la biología.

Bellack y Hersen (1989) exponen dos líneas de influencia en la psicología clínica, la "psicométrica", que prestó un particular interés en la medición cuidadosa y precisa de los eventos investigados, su presentación, duración, estímulos reforzadores e inhibidores, etc., que llevó al desarrollo de los tests mentales; algunas de estas investigaciones revisaron los procedimientos de evaluación de algunas funciones psicológicas, como las de Galton, quien se dedicó a comprobar la herencia de los caracteres individuales. Y los trabajos de Catell, quien construyó el primer test mental en 1890 fundamentado en la opinión de Galton sobre la factibilidad de obtener una medida de las funciones intelectuales por medio de pruebas de discriminación sensorial y tiempo de reacción.

Asimismo, Binet y Simon desarrollaron la primer prueba de inteligencia, que ha servido de prototipo para la mayoría de las pruebas de inteligencia (Buendía, 1999). Ese test demostró que los niños se podían comparar y clasificar de acuerdo a un determinado nivel intelectual, y no ser simplemente catalogados como normales o retardados. Esto estimuló el desarrollo de nuevos programas de entrenamiento en la educación para personas con déficits que anteriormente eran descartados (Bellack y Hersen, 1989).

La segunda influencia fue la "dinámica", o de la motivación humana, sus necesidades y sus pulsiones; y su impulsor principal fue Sigmund Freud. La influencia de Freud fue más marcada en la psicología que en la psiquiatría, debido a que motivó a los primeros psicólogos clínicos a analizar la razón por la cual los individuos se comporta del modo en que

lo hacen y cómo los sentimientos y necesidades afectan su conducta; para la posterior aplicación de técnicas que los ayudarán a modificar las conductas no funcionales (Bellack y Hersen, 1989).

Las secuelas de la Primera Guerra Mundial generaron la elaboración y aplicación de tests psicológicos y también desarrollaron el trabajo y el papel del psicólogo clínico. Por un lado, los psicólogos clínicos investigaron y postularon teorías sobre diferentes temas, como la naturaleza de la personalidad, el origen de la inteligencia, las causas de los trastornos de conducta, los usos de la hipnosis, y la relación entre principios del aprendizaje y la desviación; también algunos psicólogos iniciaron estudios con enfermos mentales en clínicas y hospitales. Por otro lado, en ese momento, los psicólogos clínicos se consideraron más afines con los problemas educativos, estaban más interesados en estudiar y trabajar sobre las funciones de tratamiento añadidas a la evaluación, el entrenamiento reeducativo, y la investigación (Santolaya 1998); y durante las décadas de los veinte y treinta se imponen las pruebas psicológicas estandarizadas, sobre todo las de inteligencia (Buendía, 1999).

Durante la Segunda Guerra Mundial fueron enviadas aproximadamente cuarenta mil personas a los hospitales neuropsiquiátricos de la Administración de Veteranos (Veteran Administration, VA) en Estados Unidos, lo que representó un impulso al fortalecimiento de la psicología clínica, y como los psicólogos clínicos existentes en ese momento no eran suficientes, la VA se encarga de efectuar la definición y capacitación requeridas para el ejercicio de la psicología clínica. En 1946 la VA definió la psicología clínica como una profesión que implicaba el diagnóstico, el tratamiento, y la investigación, delimitada a los trastornos de los adultos (Santolaya, 1998).

La VA y el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos exhortaron a la American Psychological Association y a las universidades estadounidenses para que definieran los programas de formación en psicología clínica. Como resultado de esta demanda, en 1947 se

formó un comité encargado de diseñar las directrices a seguir. Este comité, denominado "David Shakow's Committee on Training in Clinical Psychology" (Comité David Shakow para Entrenamiento en Psicología Clínica), efectuó el trabajo de aportar el contenido de los programas, establecer los criterios de entrenamiento a considerar por las universidades, y evaluar e informar sobre los programas en desarrollo. Las tres principales recomendaciones del informe elaborado por el Comité Shakow para el entrenamiento clínico fueron las siguientes:

1. El psicólogo clínico sería formado como psicólogo, (y por tanto como científico) y contando con ello, como profesional práctico.
2. El entrenamiento clínico sería tan riguroso como lo pueda ser la formación en áreas no clínicas de la psicología.
3. El contenido de la preparación clínica se centraría en la evaluación, el tratamiento y la investigación (Santolaya, 1998).

La psicología clínica se encarga de buscar, instrumentalizar e implementar los fundamentos que lleven a la comprensión del carácter único de una persona que se encuentre en dificultades, y su objetivo esencial es reducir el malestar que esa persona experimenta, ayudándola a funcionar de una manera más satisfactoria y adecuada tanto para sí misma como para las personas que forman su marco de relación social. Pérez (1981), refiere que el desarrollo de la psicología clínica fue particularmente acelerado, estimulado tanto por el interés de la sociedad por encontrar respuestas apropiadas a sus necesidades, como por el propio avance de la psicología, que abrió nuevas y diversas vías de acceso a la interpretación y manejo de los problemas del comportamiento humano en los diversos ámbitos en que se desenvuelve.

Por lo tanto, al replantearse la necesidad de la participación del psicólogo en las áreas de salud; dado el interés despertado por la presencia de rasgos psicológicos en el desarrollo

de la enfermedad y en los elementos terapéuticos implicados en la relación del médico con sus pacientes, la psicología clínica continúa su desarrollo, como consecuencia de la participación del psicólogo en el ámbito de la psiquiatría, del avance de la medicina y del interés de la psicología científica por el comportamiento humano (Fuente, 1992, Ridruejo, 1996a, Santolaya, 1998).

Al final de los años '30 la psicología clínica ya se había organizado con seis actividades fundamentales, éstas fueron la evaluación, el tratamiento, la investigación, la enseñanza, el asesoramiento, y la administración. A partir de allí los psicólogos clínicos se extendieron más allá de sus clínicas de origen, a hospitales, prisiones y otros espacios de trabajo. Adelante se describen brevemente estas actividades, que aún son vigentes y conforman el quehacer del profesional de la psicología clínica.

### **3. 1. Actividades y Ámbitos de la Psicología Clínica**

Las actividades de la psicología clínica son seis, a saber: la evaluación, el tratamiento, la investigación, la enseñanza, la consultoría y la administración, que se pueden efectuar en diferentes ámbitos, desde escuelas hasta prisiones u hospitales, y tanto en instituciones y dependencias oficiales como en la iniciativa privada. Sobre la evaluación, el psicólogo clínico recaba de los solicitantes, información sobre su conducta, problemas, capacidad, actividad intelectual, etcétera. Estos datos pueden emplearse de diferentes formas y para diferentes propósitos; permiten efectuarse diagnósticos sobre problemas de conducta y su consecuente modificación; para contribuir en la elección de estudios, ya sean de carácter técnico o de carrera profesional, en el área de orientación vocacional; para seleccionar candidatos para un trabajo, en el espacio laboral; a hacer informes sobre problemas de conducta de un cliente, a seleccionar candidatos sobre proyectos de investigación, para el ámbito de la administración, etcétera. Las técnicas que se emplean

para obtener estos datos pueden catalogarse en tres rubros: "tests" o pruebas, entrevistas y observaciones directas (Berstein y Nietzel, 1988).

Fundamental en el área de la psicología dínica es el tratamiento de conflictos diversos que pueden aquejar a una o varias personas; previa evaluación y diagnóstico, el psicólogo ayuda a sus solicitantes a solucionar los problemas psicológicos que los angustian. A esta intervención se le denomina psicoterapia, modificación de la conducta y de otras formas (Berstein y Nietzel, 1988). Esta actividad puede realizarse individualmente, con parejas, o con grupos, y pueden participar uno o más psicólogos.

La investigación es una de las aportaciones que la psicología experimental hace al trabajo del psicólogo dínico; es un aspecto distintivo de la psicología dínica, ya que es en ésta donde los psicólogos dínicos hacen sus aportaciones más importantes; toda vez que éstos tienen la capacitación y experiencia necesarias para realizar investigación sobre el comportamiento, con técnicas e instrumentos especializados y con técnicas estadísticas complejas para analizar sus datos. En tanto que el psicólogo dínico requiere de la investigación como elemento fundamental de análisis, con el propósito de incrementar sus conocimientos respecto a la conducta, lo que permitirá efectuar diagnósticos probables para aplicar las diferentes técnicas de intervención (Bellack y Hersen, 1989). Algunas de las áreas en las que se desarrolla la investigación son la geriatría, problemas de desarrollo, diseño y validación de pruebas, problemas conyugales y familiares, etcétera (Bernstein y Nietzel, 1988, Santolaya, 1998 y Buendía, 1999).

La enseñanza es uno más de los ámbitos en los que se inserta la psicología dínica; en ésta área existe un amplio número de psicólogos dínicos dedicados a la impartición de sus conocimientos, principalmente como profesores de tiempo completo o medio tiempo en universidades. También dirigen seminarios de postgrado, supervisan el trabajo de los

estudiantes en las prácticas de diagnóstico y terapia y dirigen las tesis de los pasantes para obtener el título profesional (Berstein y Nietzel, 1988).

Otro espacio en el que se desarrollan los profesionales de la psicología clínica es en la consultoría, que se combina con la investigación, el diagnóstico, el tratamiento y la enseñanza. Este trabajo se presta tanto a clínicas, empresas, secretarías de gobierno, empresas transnacionales, etcétera. La psicología clínica interviene en diagnósticos de diversos tipos, entre los que pueden citarse algunos relacionados con la salud de los individuos, otros de índole laboral, de grupos, etcétera; asimismo, participa en aspectos de organización empresarial, en detección de problemas laborales, en selección de personal, en elaboración de programas de trabajo, en la determinación de responsabilidades y varios aspectos más.

La administración es también un ámbito en el que participa el psicólogo clínico, en ésta se trabaja sobre la supervisión del funcionamiento diario de una institución, una empresa o una oficina gubernamental. Existen organizaciones que eligen al psicólogo clínico por sus habilidades para tratar problemas de relaciones personales, por su experiencia para evaluar y por su capacidad de organización (Berstein y Nietzel, 1988).

También como espacio de la psicología clínica, el psicólogo participa en el trabajo de consejería y asistencia a grupos, en centros de orientación juvenil e infantil, escuelas, centros de readaptación y centros de salud comunitaria. Al respecto, Harrsch (1985) describe la profesión del psicólogo como aquella que debe ajustarse al servicio social, que presta a las necesidades nacionales; afirma que "la psicología es actualmente una disciplina sumamente útil para resolver y mejorar muchos problemas que tiene la complicada problemática humana" (Harrsch, 1985, p.143); por lo tanto, la participación del psicólogo clínico deberá contemplarse también en la prevención y recuperación de la salud de las personas; por lo que es fundamental que el psicólogo sea parte activa tanto en los centros

de salud comunitaria como en unidades de medicina familiar, hospitales e instituciones de investigación para la recuperación de la salud.

### **3. 2. El psicólogo clínico**

El psicólogo clínico se ocupa del diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas de origen conductual, cognitivo, así como de perturbaciones emocionales y de la personalidad. Dirige exámenes psicológicos que incluyen el registro del caso y sus datos históricos, obtenidos por medio de una entrevista personal y de la utilización de diversas pruebas de carácter psicológico. Recomienda un plan de corrección consecuente al análisis de los hechos revelados en el examen, incluyendo la prescripción de varias técnicas psicoterapéuticas. Dirige las investigaciones relacionadas a las causas de las enfermedades mentales, la influencia de la herencia y del ambiente en los desajustes personales y la evaluación de los métodos de diagnóstico y terapéuticos (Peinado 1978).

Por su parte Gómez (1981), Dana (1986) y Barragán, Heredia y Lucio (1992), asumen los criterios del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en psicología (Taller de Jurica, 1978), e indican que entre las principales funciones que realiza el psicólogo clínico se encuentran cinco categorías: evaluación y diagnóstico de personalidad, inteligencia y aptitudes; consultoría y psicoterapia a individuos, grupos o familias; intervención preventiva en el ámbito comunitario; investigación aplicada a la personalidad, psicología anormal y técnicas y métodos de intervención clínicos. Empleando distintas técnicas de intervención, como las fenomenológicas, conductuales y psicodinámicas, dinámicas de grupo, etc., el psicólogo ayuda a la solución de problemas. Entre los principales problemas que atiende están el desarrollo y la salud mental, problemas de aprendizaje, problemas de conducta, dinámica familiar, problemas neurológicos, sociales, alcoholismo y farmacodependencia, orientación vocacional y retraso mental.

Díaz-Guerrero (1974) propone el perfil que debe reunir el psicólogo clínico, dentro del cual se encuentran: la habilidad de entrevista, el conocimiento necesario para aplicar pruebas y tests de personalidad, vocacionales, etcétera; debe conocer la psicoterapia y además debe conocer y saber aplicar una o varias técnicas de intervención psicoterapéuticas. En este sentido, la formación del profesional es importante; el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología define al psicólogo como "un profesional universitario cuyo objeto de estudio es el comportamiento humano individual y social, que a partir de la investigación de los procesos cognoscitivos-afectivos y de su interacción con el entorno, es un promotor del desarrollo humano, consciente de sus responsabilidades éticas para consigo mismo y la sociedad..."(en Ade, 1992, p. 127). Para lo cual el psicólogo adquiere una serie de conocimientos procedentes de las diferentes escuelas o corrientes teóricas de las que se nutre la psicología; en este aspecto Gómez (1981), Dana (1986) y García (1998) señalan que la mayoría de los psicólogos clínicos provienen de una formación mayoritariamente conductual, psicoanalítica y cognitivo-conductual.

Se afirma que el psicólogo clínico que se ha formado en las últimas décadas tiene como característica más sobresaliente el deseo de liberarse de los viejos esquemas médicos que lo sitúan en una posición subalterna y completamente inadecuada; que le sugiere que se conforme con proponer diagnósticos que se lleven a cabo de una forma más o menos mecánica. No es un simple ayudante al que se le confían las pruebas psicométricas, pues él constituye en todos los casos la vía de enlace entre el psiquiatra, el neurólogo y el trabajador social, en la medida en que es capaz de determinar líneas de investigación, señalar niveles de normalidad y anormalidad, valorar los índices cualitativos y cuantitativos; precisar la esencia de los procesos integrativos, su evolución y la alternación de las funciones en relación con la dimensión social de la conducta y, sobre todo moderar las

desviaciones dogmáticas unidas a las abstracciones prematuras que pueden ser consecuencia de un excesivo rigor del especialista (Pérez, 1981, Kendall, 1988).

En esa perspectiva, Garfield (1979) indica que el psicólogo no juzga al paciente sino que procura comprenderlo y proporcionarle un ambiente en el que pueda explorar y analizar sus dificultades y resolver sus problemas; tiene que ser sensible a sus propios sentimientos y conducta, al igual que a los del paciente. Así, el psicólogo no solo obtiene conocimiento de lo que la persona experimenta, sino que también logra una importante auto-crítica y comprensión de sí mismo.

Según Liturnoff y Gomel (1975), la mayoría de los psicólogos que se desempeñan en el área clínica lo hacen de forma particular; si bien muchos reparten su tarea entre el consultorio y alguna institución estatal. Refieren que la cantidad de psicólogos que trabajan en instituciones privadas no es elevada, asimismo, indican que la proporción de quienes realizan actividades en el ámbito institucional está superando a la de aquellos que sólo trabajan en su consultorio.

El egresado se encuentra interesado en incorporarse a instituciones por dos razones: complementa su formación práctica, y se relaciona con otros colegas para acceder a otras posibles fuentes de trabajo; si bien, señala García (1998), existe una relación estrecha entre los ámbitos privado y público, ya que si la psicología clínica privada se estructura y presta cada vez mejores servicios, los sistemas públicos tendrán que mejorar sus prestaciones, y si el psicólogo obtiene en las instituciones públicas un reconocimiento similar o superior al de otros especialistas, esa distinción influirá en la mejora de la imagen de los psicólogos, lo que propiciará la existencia de una percepción positiva del trabajo clínico psicológico para la práctica privada.

Para Liturnoff y Gomel (1975) los motivos que impulsan a los psicólogos clínicos a integrarse al trabajo institucional es la falta de pacientes; otras razones son el deseo de aprender a investigar así como el de asistir a personas de bajos recursos económicos y trabajar en equipo, lo que posibilita el contacto con otros profesionales. Uno de los ámbitos en el que el psicólogo clínico pretende participar es en el sector salud. Hasta hace poco tiempo este terreno era inaccesible para el profesional de la psicología, por la postura de los médicos en general respecto a que las afecciones de salud tenían un origen biológico. Es hasta hace poco tiempo que un número cada vez más amplio de médicos acepta que los problemas de origen emocional también pueden afectar la salud de los individuos.

En el campo de la psicología científica, dado su interés por el comportamiento humano, el psicólogo clínico inicialmente enfocó su actividad a la evaluación y tratamiento de personas o grupos que sufrían problemas de comportamiento, emocionales y de adaptación. Sin embargo, con la evolución de la psicología clínica, con la participación del psicólogo en el ámbito de la salud y debido al progreso de la medicina, actualmente los problemas de conducta forman sólo una parte de las actividades que efectúa (Fuente, 1992, Santolaya, 1998). Como se ha señalado, las afecciones de salud física que en numerosas ocasiones manifiestan las personas se deben también a factores de origen emocional; lo que abre el campo de acción del psicólogo clínico en el aspecto de recuperación de la salud, pero no únicamente de la física, sino de forma integral en el aspecto emocional, cognitivo y, consecuentemente, físico. Y para esto son esenciales la presencia y el trabajo del psicólogo en las instituciones de salud (Harrsch, 1985).

### **3. 3. Inserción del psicólogo clínico en las instituciones de salud**

Como se menciona previamente, la psicología clínica inicia su desarrollo con las investigaciones sobre el comportamiento humano, pero cuando el concepto biologicista sobre la salud no responde a las necesidades de los enfermos y se propicia un amplio debate

de este modelo de atención desde el mismo ámbito de la medicina; resultó evidente que el problema fundamental no se centraba en el control del hombre sobre la naturaleza, sino en el control del ser humano por sí mismo. En una investigación realizada en población norteamericana, se encontró que los determinantes de la salud fueron, 27% correspondientes a la biología humana, un 19% al medio ambiente, 43% a los estilos de vida y sólo el 11% al sistema sanitario. Asimismo, es evidente que el medio ambiente se interrelaciona con el comportamiento humano, por lo que sumados estos tres determinantes, se obtendrá la presencia del factor humano en el 62% de los mismos (Gandolfi, Giorgi, Rodríguez y Rudolf, 2003); lo anterior tiende a confirmar que la preservación de la salud pasa por las conductas y estilos de vida, más que por el control de factores biológicos y la inversión en tecnología médica.

Si bien la crisis del modelo biológico y la aceptación gradual de modelo psicológico en el ámbito médico han permitido que los profesionales de la medicina valoren los aportes que se realizan desde el campo de la psicología; se ha presentado una división entre disciplina y profesión. De hecho, conceptos tales como interdisciplina y multiprofesionalidad, no se han reflejado en una redistribución de las actividades dentro del campo de la salud. Gandolfi, Giorgi, Rodríguez y Rudolf (2003), refieren que se han realizado numerosos trabajos orientados a definir de la participación de la psicología en el ámbito de la salud, en distintos momentos y por diversos autores. De la revisión de dichos trabajos, afirman, se desprende la existencia de limitaciones para la incidencia del psicólogo en la solución de los problemas de salud, entre los que sobresalen:

1. La indefinición del campo del psicólogo, unido a la falta de especificación conceptual de lo psicológico en el campo de la salud, y

2. La adopción de modelos no psicológicos, derivada de la ausencia de un marco teórico que establezca la dimensión psicológica de los problemas en el ámbito de la salud.

No obstante, se han llevado a cabo diversos estudios, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, que han demostrado que la contribución del individuo, la familia y la comunidad pueden ayudar para mantener su salud. Y, en este contexto, el psicólogo es un recurso humano importante, en la medida en que puede promover la participación de la comunidad en el cuidado de la salud. Sin embargo, para Durán, Hernández, y Becerra, (1995), hasta el momento no se ha aprovechado óptimamente su capacidad porque sus funciones y tareas no han sido claramente definidas en el área de la salud.

La consideración del ser humano como una unidad biopsicosocial exige que los profesionales de la salud adquieran la capacidad de acercarse al paciente para considerar un amplio conjunto de problemas que muchas veces requerirá no sólo su punto de vista profesional, sino también la colaboración de profesionales de otras disciplinas que los ayude a lograr una mejor comprensión del caso y que la solución integre todos los aspectos – personales, familiares, sociales y ambientales- del sujeto. Al respecto, Arrighi (2001) refiere que dentro de los objetivos de la medicina moderna debe estar el de la cooperación, no el de la confrontación. Se trata de sumar, multiplicar y potenciar, las posibilidades de la recuperación total del paciente y no de restar opiniones que pueden ser útiles.

Afirma esta autora que los conceptos salud y enfermedad no conforman dos diferentes fenómenos. Son un estado de vida que se caracteriza por estar más o menos sano, o más o menos enfermo. Lo adecuado para el ser humano será considerarlo como un continuo, con la salud en un extremo y la enfermedad en el otro; a lo largo del cual la persona se irá situando en cada etapa de su vida. Durante mucho tiempo, señala, la medicina estuvo más centrada en el extremo de la enfermedad y en cómo restituir la salud a

los pacientes, que en la salud por sí misma. Desde la perspectiva psicológica, debe enfatizarse más los elementos positivos que los negativos y establecer más el interés por la salud que por la enfermedad.

En consecuencia, debe señalarse que el psicólogo es el profesional idóneo para aportar soluciones en la atención, evaluación y modificación de los aspectos afectivos, cognitivos y conductuales involucrados en el proceso salud-enfermedad. Esto no sólo incluye a los individuos en quienes se centra la atención, sino en sus grupos sociales (familia, comunidad, nación), así como en la capacitación al personal e instituciones encargadas de la atención, sin olvidar que los procesos de producción, preservación y recuperación de la salud no se limitan a las instituciones de salud, sino que se realizan principalmente en los espacios habituales, como los lugares de trabajo, las escuelas, las colonias o barrios.

El perfil del psicólogo clínico que participa en el ámbito de la salud debe estar conformado por la combinación de características de personalidad y de preparación; como parte esencial de su formación. La psicología clínica, entre todas las posibilidades de trabajo que tiene; también se dedicada a la labor de apoyo emocional y conductual del individuo, aplicando los fundamentos teóricos psicológicos y técnicas que lo hayan formado profesionalmente y que mejor domine, con la finalidad de reducir sus aflicciones para que pueda lograr una mejor adaptación a la realidad; lo que implica una enorme responsabilidad y una ética profesional bien cimentada, ya que ayudar a seres humanos demanda capacidad de servicio y entrega.

Dentro del programa de atención a los adolescentes se encuentran, fundamentalmente, los siguientes problemas: drogadicción, alcoholismo, trastornos sexuales, trastornos asociados a déficits cerebrales, atención de problemas de conducta, etc. Derivados de los antes citados, se encuentran los problemas de pareja, ya que los adolescentes que recurren a la atención clínica generalmente provienen de familias en las

que existen fuertes problemas entre los padres y, frecuentemente, la madre solicita el apoyo psicológico.

Una de las instituciones de salud en nuestro país que está desarrollando actividades encaminadas a la atención integral de la población a su cargo, y que se ha abierto a la intervención del psicólogo de la salud como participe para preservar y restituir la salud integral a sus solicitantes, es el Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylán".

El Hospital General de Tlalnepantla se construye como respuesta a la demanda de servicios de salud y al crecimiento de la población de este municipio. La construcción se inició el 1º de abril de 1971, terminando en mayo del siguiente año. Siendo el primer director el Dr. Jesús Álvarez de los Cobos, dieron inicio las actividades el 2 de diciembre de 1972.

Esta institución está clasificada como hospital de segundo nivel; atiende a la comunidad por medio de las especialidades de gineco-obstetricia, cardiología, pediatría, cirugía y medicina interna; así como las subespecialidades de medicina perinatal pediátrica, dermatología, psicología, geriatría y servicio dental. Cuenta con recursos para atender y resolver problemas medico-quirúrgicos, crear programas que brinden atención preventiva, de asistencia y rehabilitación a la población. En el servicio médico externo también se cuenta con un consultorio de atención psicológica, en el cual se atiende de forma general a toda aquella persona que solicita el servicio, esto es, desde niños a adultos de la tercera edad; en este servicio se cobra una cuota de recuperación.

Existe en ese hospital la Clínica del Adolescente, un espacio particular en el que la médica encargada de ésta, Dra. Blanca Calderón Mandujano, atiende problemas de salud que presentan jóvenes que se encuentran entre los diez y los veintidós años en promedio. Dentro de la atención que ofrece la Clínica, se encuentra el trabajo de atención psicológica,

misma que se otorga a partir del acuerdo existente entre las autoridades del Hospital, por medio de la División de Enseñanza e Investigación y de la jefatura de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, por intervención de la Mtra. Leticia Hernández Valderrama, titular de la materia de Psicología Aplicada. Considerado como un servicio social, el trabajo de atención psicológica no cobra cuota de recuperación en este espacio.

En la Clínica del Adolescente se atienden de forma regular la solicitud de jóvenes que han presentado problemas de drogadicción, particularmente alcoholismo y consumo de cocaína; de índole sexual (como violación, embarazo no deseado, consejería en el empleo de métodos anticonceptivos, etc.); y niños de ocho años o más que presentan problemas como enuresis y encopresis; de atraso escolar, de algunas fobias y, principalmente, por desintegración familiar (ausencia o inexistencia del padre), o también de conductas de alguno de los padres para con la familia (alcoholismo, adulterio, negligencia económica, etc.). Sin embargo el trabajo no solamente se desarrolla con los niños y jóvenes, sino en la medida de lo posible, con los padres, madres y hermanos de los solicitantes, con la intención de brindar un servicio integral que involucrara a la familia en la resolución de los problemas.

Con frecuencia se presentaron también solicitudes de atención por parte de mujeres mayores de edad (entre los 30 y 50 años); estas peticiones reiteradamente se relacionaron con problemas para interactuar con los hijos; o de conflicto con su pareja. Partiendo de la demanda que se generó en esta área, se atendió a los solicitantes empleando, desde la perspectiva del trabajo en el de la psicología clínica, el marco teórico cognitivo conductual, aplicando, dadas las características de la Clínica del Adolescente, el modelo de Terapia Breve propuesto por Bellak (1993).

## Capítulo 4

### Actividades desarrolladas

Para atender a los solicitantes se empleó el modelo de Terapia Breve Intensiva y de Urgencia propuesto por Bellak, durante un promedio de ocho a diez sesiones (exceptuando algunos casos en los que se requirió un número mayor de sesiones, dadas las características de la problemática del solicitante), en las cuales se incluyó entrevista, diagnóstico e intervención. Bellak (1993) refiere la aplicación de la terapia cognitiva conductual con el modelo de Terapia Breve Intensiva y de Urgencia (TBIU), que define enfocada a los rasgos críticos del trastorno que se presenta; al intento de establecer un punto central para comprender por qué acude el solicitante, cuándo inicia su problema en su pasado inmediato, y algún antecedente similar en su historia personal; para “establecer la continuidad entre los problemas . . . que se presentan y los conflictos o defectos (en términos de autorrepresentaciones y representaciones de objetos)” (p. 3). El modelo se orienta a determinar los síntomas perturbadores principales y su causa, los que selecciona para su atención; se enfoca en lo que el individuo ha aprendido de forma anómala que necesita desaprender y reaprender lo más eficazmente posible.

La intervención se realizó, en todos los casos, con técnicas del modelo teórico cognitivo conductual; entre las que se emplearon están: técnicas de comunicación, entrenamiento asertivo, entrenamiento en relajación, solución de problemas, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, autocontrol; juego de roles, autoinstrucción y modelado; estas técnicas dotaron a los solicitantes de habilidades y herramientas que les permitieron superar los conflictos que presentaban.

El espacio en que se brindó la atención es un consultorio de dos y medio por cinco metros aproximadamente, el cual cuenta con un escritorio, tres sillas, una

serie de enseres médicos, iluminación adecuada y un espacio abierto que comunica al consultorio médico de la Clínica.

Los materiales empleados de manera general fueron: una ficha de identificación, cuyo formato permitió una recopilación de datos personales (Anexo), contiene también un espacio para anotar lo relevante de la entrevista de apertura; y, según el caso, la valoración inicial, así como las respuestas que daba el solicitante, en el reverso de la ficha un espacio con renglones para anotaciones y tareas de intervención. Pruebas y tests que permitieron determinar la problemática de los solicitantes; principalmente entre los niños, quienes frecuentemente presentaron dificultades para expresar emociones o pensamientos, ya sea por la presencia del terapeuta o por la de los padres; se aplicó la prueba Machover, que pudo emplearse con buenos resultados entre los menores para poder describir su estabilidad emocional, seguridad, adaptabilidad social y capacidades intelectuales; en algunos casos de bajo rendimiento escolar, se aplicó la prueba de matrices progresivos de Raven para determinar el coeficiente intelectual; también, ocasionalmente, para ayudar a los niños a describir situaciones conflictivas con familiares cercanos se aplicó la Prueba de Apercepción Temática para Niños (C. A. T.).

El procedimiento general empleado consistió en recibir al solicitante en el consultorio, aplicar una entrevista inicial, en la que se recabaron los datos personales básicos, esto es, en el caso de los adolescentes, nombre, edad, ocupación, escolaridad; edad de los padres, ocupación de éstos y su estado civil, relación con los padres y hermanos, su relación con amistades, sus compañeros de estudios, maestros, y otros familiares con quienes tenga relación cotidiana, por último se le preguntó sobre su demanda; y de allí se partió a la aplicación de alguna prueba o test, cuando fue necesario, o al análisis de los datos obtenidos en la entrevista para la evaluación de un diagnóstico previo. En el caso de los padres o

de adultos, se realizaron entrevistas similares, agregando la relación con sus parejas, hijos y otros familiares.

En las siguientes sesiones se continuó con la exploración de las demandas o quejas de los solicitantes y se inició el proceso de intervención con las técnicas que se consideraron adecuadas para dotar al solicitante de las habilidades que le permitieran superar y eliminar su problema.

Llegado el momento de despedir al solicitante, se le invitó a acudir a sesiones de seguimiento sobre su proceso, para despedirlo después de dos sesiones, programadas en quince y treinta días después de concluido el proceso de intervención.

### **Resultados**

Se trabajó con un total de 58 solicitantes que acudieron a la Clínica del adolescente, quienes integraron tres grupos que se dividieron en el siguiente orden:

- 21 niños de 9 a 13 años
- 17 adolescentes de 14 a 18 años
- 20 adultos de 19 a 52 años.

Se brindaron en total 269 sesiones de 45 a 60 minutos en promedio, y de forma excepcional, cuando el caso lo requería, se extendió en diez o quince minutos como máximo. Las sesiones se ofrecieron en un promedio de 36.20% a niños, 29.31% a adolescentes y 34.48% a adultos (Figura 1).

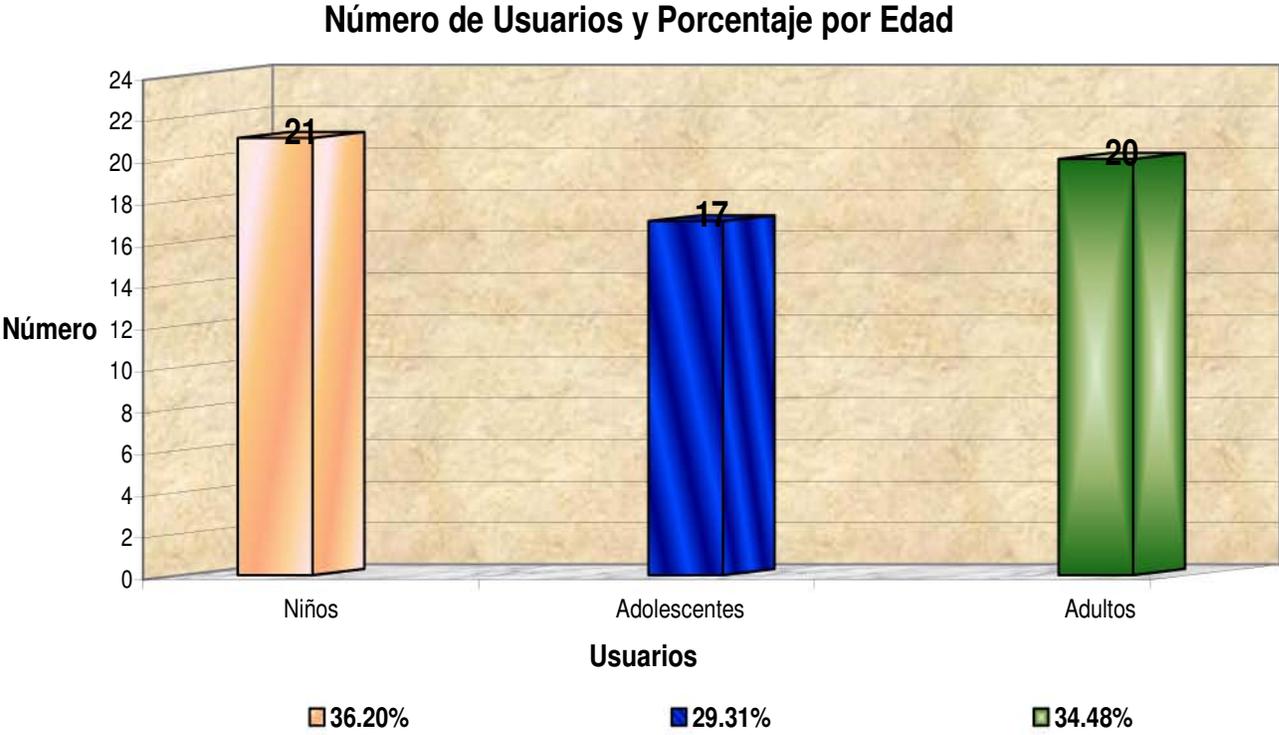


Figura 1

De este total, 30 personas (51.72%), asistieron a menos de cinco sesiones, y 28 (48.27%), de cinco a catorce sesiones (Figura 2). De las primeras 30 personas, 15 fueron niños, 9 adolescentes y 6 adultos. Los usuarios que acudieron a más de cinco sesiones fueron 6 niños, 8 adolescentes y 14 adultos (Figura 3).

Las solicitudes de atención fueron: Bajo rendimiento escolar (13 casos), relación de pareja (10 casos), enuresis (6 casos), conflictos intrafamiliares varios (7 casos), depresión (5 casos); se presentaron otros casos en menor cantidad, como insomnio (3), adicciones (2), estrés (2), ansiedad (2), obesidad (2), agorafobia (1), encopresis (1), violación (1), tendencia homosexual (1), asma (1), duelo (1). Del total de pacientes, 39 fueron canalizados por la Dra. Blanca Calderón, encargada de la Clínica del Adolescente, 5 por el personal médico del hospital, 8 por el personal de recepción del hospital y 6 por recomendación de otro usuario.

## Número de Asistentes por Sesión

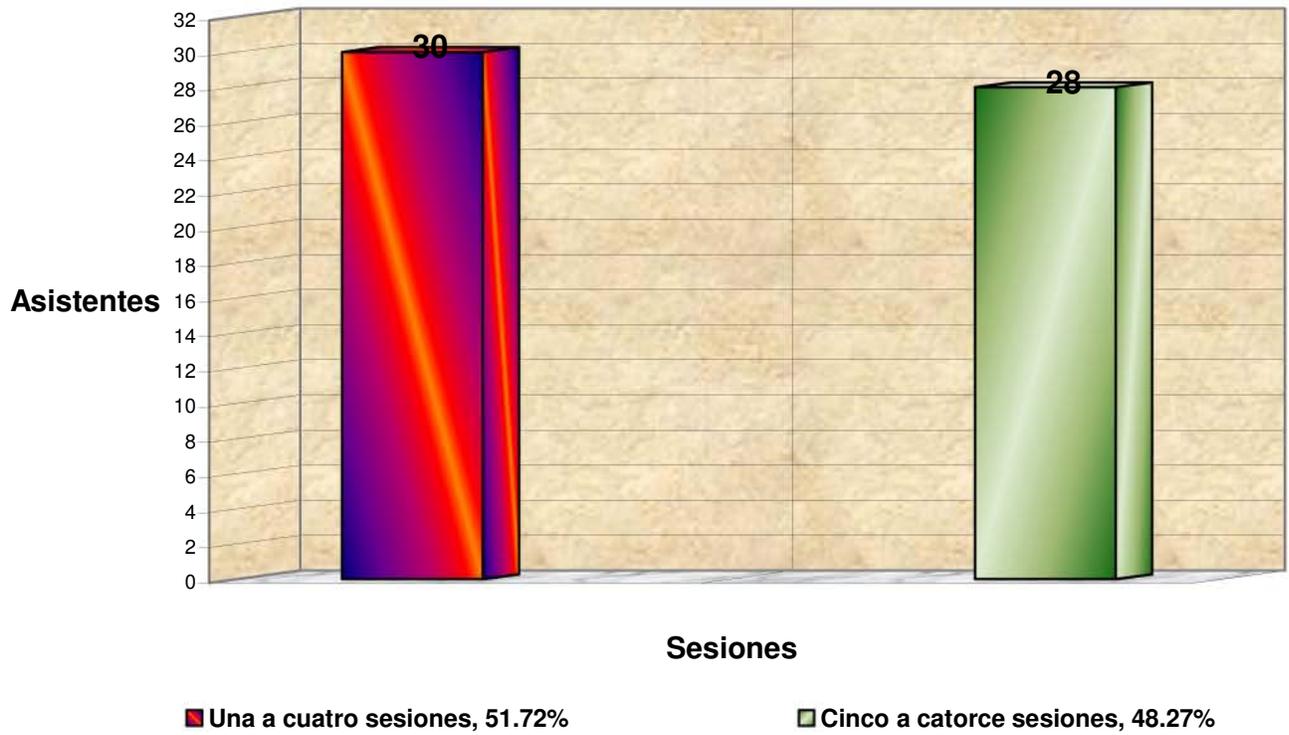


Figura 2

### Asistencia por sesiones

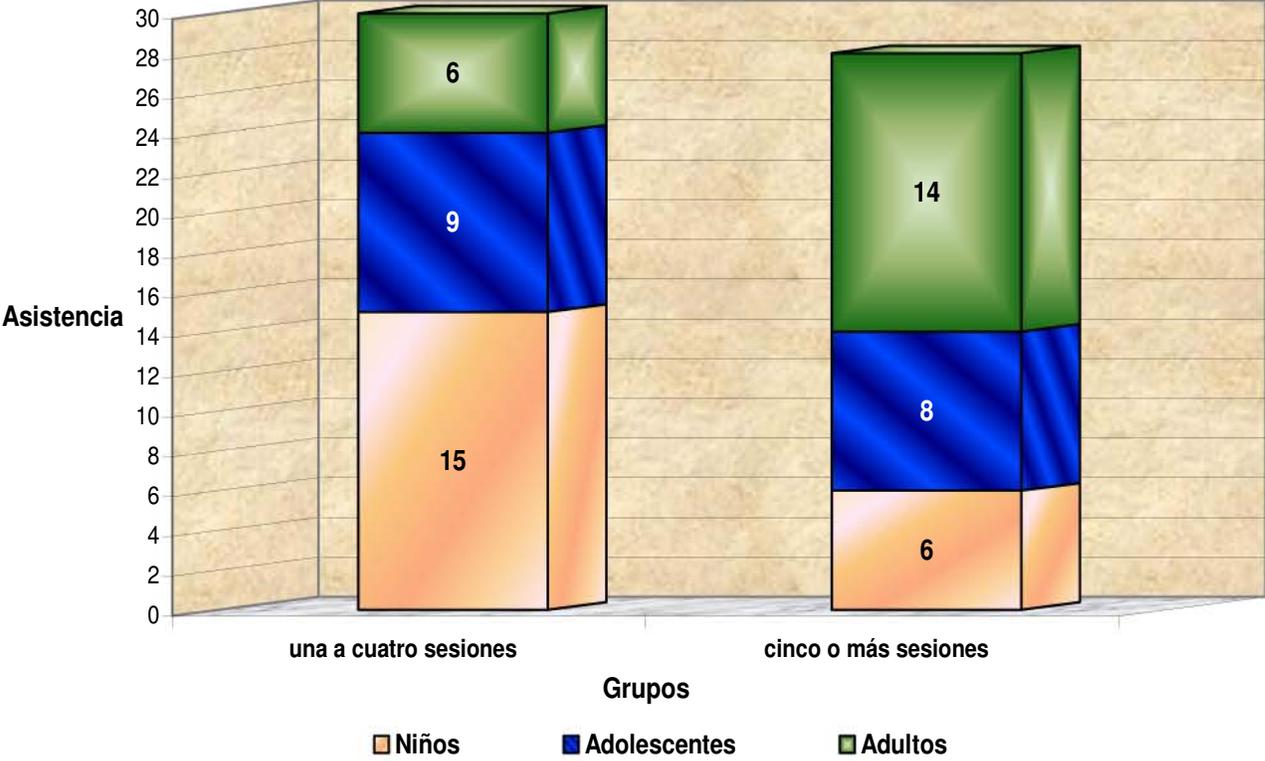


Figura 3

## Conclusiones

El devenir de la psicología como ciencia que incide en el ámbito de la salud ha sido demostrado con los avances que se han generado, y a partir del reconocimiento de los médicos sobre el hecho de que existen patologías que no son resueltas desde la perspectiva médica (Fuente, 1992; Ridruejo, 1996; Santolaya, 1998), surge como alternativa cada vez con mayor fortaleza la psicología de la salud; un ejemplo de esta aseveración es uno de los casos que se atendió en la Clínica del Adolescente, relacionado con enuresis, cuyo origen físico no logró ser identificado por el personal médico del hospital; que más bien respondió a un estado o sentimiento de culpa de la madre, quien afirmó "sentirse mal por haberle quitado el papá a su hija". Hecho que la niña (de ocho años de edad), explotaba para presentar desde la referida enuresis, hasta conductas inadecuadas como desobediencia ante los límites de comportamiento que pretendía establecer la madre; así como una voluntad caprichosa para lograr sus deseos.

En la intervención que se realizó con la madre, se emplearon técnicas de reestructuración cognitiva para obtener cambios en sus pensamientos relacionados con la "culpa". La intervención que se aplicó a la niña, se dirigió a eliminar la enuresis modificando la ingesta de líquidos; levantarla periódicamente en horas de la noche para llevarla a orinar y con la tarea de que cada vez que mojará las sábanas, ella tendría que lavarlas; asimismo, de forma tangencial, se intervino con la imposición de reglas dadas (como arreglar su cama, recoger su ropa y juguetes, dormir en su recámara), lo que permitió que la madre otorgara sanciones o recompensas ante el comportamiento de la niña.

En otro orden de ideas, como refiere Santolaya (1998) la medicina psicosomática, la medicina conductual y la psicología médica coinciden en el campo denominado Psicología Clínica y de la Salud; área de la Psicología que aplica los principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados para evaluar, diagnosticar, explicar, intervenir, modificar y prevenir

anomalías, trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad. En ese contexto, después de la Segunda Guerra Mundial, en Estados Unidos primero surge la inquietud de los psicólogos clínicos por participar en el ámbito de la salud.

En México tiene poco tiempo de haberse reconocido que la psicología es una ciencia necesaria para la atención a los enfermos. No obstante, aun cuando se reconoce esta necesidad, se recomienda que los aspectos psicológicos que presentan los pacientes deben ser atendidos por personal médico (Fuente, 1992); y no se concede la posibilidad de la incorporación de los profesionales de la psicología a los grupos de trabajo multidisciplinario en los hospitales. Antes bien, se propone que la psicología sea una materia más en los programas de estudio de la carrera de Medicina. Esta alternativa ofrece una limitada formación al personal médico, con lo cual no sólo no cumpliría su cometido sino que podría propiciar errores que pudiesen tener graves consecuencias en los individuos con complicaciones en su salud.

Por otra parte cabe destacar las aseveraciones hechas por Ridruejo, (1996); Montalvo y Soria, (1998); Landa, (1999); Arrighi, (2001) y Gandolfi, Giorgi, Rodríguez, y Rudolf, (2003), respecto a que existe la plena capacidad del profesional del área de psicología clínica para brindar atención a los usuarios del ámbito de la salud; en tanto una cantidad de problemas de salud se originan a partir de desequilibrios de los factores cognitivo-conductuales y emocionales en la personalidad de los individuos que sufren desajustes en su salud, y por que la formación del psicólogo clínico está fundamentalmente encaminada a la atención de esta clase de desequilibrios en los factores del pensamiento, el comportamiento y los sentimientos o emociones. Como ejemplo puede mencionarse el siguiente caso atendido en la Clínica.

Este caso se relaciona con una supuesta adicción al alcohol. Una adolescente de 16 años es presentada por la madre para recibir atención por ingerir bebidas embriagantes en exceso (lo que motivó su presentación en la Clínica fue que una amiga de la familia la encontró en su domicilio inconsciente y en total estado de ebriedad). En entrevista previa, la madre de la adolescente informó que ésta permitió que su padre saqueara la casa a cambio de dinero; también comentó que por haber bebido, prohibió a su hija asistir a clases de aeróbicos y gimnasia rítmica; y como respuesta al castigo, ella abandonó los estudios.

Al ser entrevistada, la joven refirió que había ingerido bebidas alcohólicas debido a que se sentía sola, triste y afirmó que "sería mejor no estar viva para no sufrir"; todo esto a partir de la fecha de separación y alejamiento del papá, quien mantiene una relación extramarital. Con respecto a lo que su madre informó, la adolescente indicó que no permitió a su padre el saqueo, sino que éste aprovechó su ausencia y la de su madre para convencer a sus hermanos menores que lo dejaran pasar a la casa y llevarse el mobiliario. Indica también que regresó a sus estudios y en este momento está al corriente de sus materias en el bachillerato. En el momento de la entrevista la joven mostró un cuadro característico de depresión. Mencionó tener dos meses de no consumir bebidas alcohólicas.

En la primer sesión, se inició la intervención con la propuesta de asistir a sus ejercicios aeróbicos una hora al día, lo cual se acordó con la mamá; asimismo, para mantenerla en actividad, se convino con la joven que efectuaría diariamente algunas labores de limpieza en casa y llevaría un registro de todas sus actividades diarias, como medida emergente para separarla del proceso depresivo.

En la siguiente sesión, la chica informó sentirse culpable por que narró a su madre que su padre sostenía una relación extramarital y la forma de beber del mismo (ya que éste exigía no se lo contara a la madre y amenazaba tanto a ella como a sus hermanos con golpearlos). El ser partícipe de ese secreto la hacía sentirse mal creándole un fuerte conflicto

emocional, hasta que decidió revelar todo a su madre; lo que motivó que ésta corriera al padre de la casa.

Se continuó la intervención con un programa de reestructuración cognitiva. Como parte de esta actividad, se condujo a la joven a reflexionar sobre si fue correcto lo que hizo o no, ella aceptó que fue correcto y comentó que se sentía bien por que no tenía que seguir cargando ese secreto.

Sobre su conducta de beber, ella dijo que de esa manera se olvidaba de los problemas en su casa; se le invitó a reflexionar sobre la efectividad de ese comportamiento y llegó a la conclusión que mientras estaba en estado de ebriedad no los recordaba, pero cuando se le pasaba el efecto del alcohol, los problemas seguían presentes, determinando que realmente el alcohol no era la solución a éstos; mencionó también que para ella no era problema dejar de consumir alcohol, que éste era únicamente el medio por el cual evadía una realidad. Señaló también no tener buena comunicación con su mamá, que platicaban muy poco, se inició también un breve entrenamiento en comunicación.

En la siguiente sesión la joven señaló que aún se sentía culpable ante su mamá por que su padre, con amenazas y chantajes, intentaba seguir involucrándola entre él y su mamá. Como parte del tratamiento, se le invitó a decir a su padre todo lo que no había podido externar antes (por medio de una técnica gestáltica denominada "silla vacía"), lo que realizó de manera parcial. Se le dio un breve entrenamiento en habilidades sociales para que pudiera externar sus emociones y pensamientos de forma adecuada. También se le instó a entablar conversación con su mamá sobre sus preocupaciones, tanto domésticas como escolares, como una forma de acercamiento a ella, para lo cual se realizó un breve trabajo de juego de roles a manera de entrenamiento.

En otra sesión comentó que estaba acudiendo a su escuela para revisar algunos trabajos, que asistía a sus ejercicios gimnásticos y realizaba sus actividades domésticas; presentó un registro de sus actividades desde la fecha en que inició la atención, se continuó con las técnicas de habilidades sociales, comunicación y de reestructuración cognitiva.

En la siguiente sesión, mencionó que su padre se presentó en su casa para exigirle, con amenazas, que ella registrara los papeles de su mamá y le entregara los documentos de una camioneta propiedad de ésta para poder venderla, a cambio de lo cual le ofreció dinero. Ella refirió que se opuso a la exigencia de su padre y que no permitió que pasara a la casa. Comentó también que dijo a su padre que ella no quería que "siguiera metiéndola entre él y su madre, que arreglaran sus cosas ellos".

Al interrogarla sobre la actitud que había tomado, dijo que pensaba que había hecho bien, y a la pregunta sobre cómo se sentía, afirmó que bien por que no quería seguir ayudando a su padre contra su mamá. Se siguió trabajando en los métodos de comunicación para mejorar la relación con su madre. El cuadro depresivo que mostró inicialmente fue desapareciendo progresivamente hasta esa sesión, en la que se presentó con un semblante diferente, maquillada discretamente, bien vestida y con deseos de retomar sus clases de gimnasia.

En la sexta sesión, con los pasos logrados, se resolvió concluir la atención, dado que la joven declaró sentirse mejor; informó no haber ingerido bebidas alcohólicas durante el tiempo que duró la atención terapéutica, lo cual no le generó conflicto; refirió también que ya no se sentía culpable por haber tomado la decisión de descubrir a su padre y que "todavía le costaba un poquito de trabajo hablar con su mamá", sin embargo afirmó que existía una mejor relación entre ambas.

Otros casos, que se presentan resumidos, son muestra de la diversidad de conflictos que fueron atendidos en la clínica. Como se menciona al inicio del capítulo, todos los casos fueron intervenidos con técnicas aplicables del modelo cognitivo conductual, si bien cada caso requirió programas de intervención personales. Como ejemplo, en los casos de bajo rendimiento escolar, se determinó inicialmente el origen del problema, y en más de alguno se aplicó un programa de técnicas de estudio, ya que el niño, o el adolescente, carecían de orientación en este sentido. En otros, la intervención giró en torno a conflictos familiares como principal foco del problema; un buen número de éstos se relacionó con la ausencia de la figura paterna por motivos de trabajo, alcoholismo o infidelidad.

Uno de éstos, similar al presentado previamente, fue trabajado con técnicas de reestructuración cognitiva, con lo que se guió al niño para disipar pensamientos, y sentimientos, de culpa por la ausencia del padre. El niño, de ocho años, presentaba un cuadro depresivo y bajo rendimiento en la escuela. En la segunda sesión que se trabajó con él narró que "mi papá se fue de la casa porque yo siempre estaba pidiéndole cosas, como comida y para la escuela, por eso se peleó con mi mamá y le pegó y mi hermanita y yo estábamos llorando, entonces ella le dijo que ya no lo aguantaba, que mejor se fuera y que no regresara porque nadamás nos espantaba a mi hermana y a mí". En entrevista por separado con la mamá, ésta confirmó que sucedió lo dicho por su hijo; pero agregó que el esposo no se fue por esa razón, sino como resultado de una denuncia por golpes ante las instancias legales. En ese caso el discurso del niño expresaba un sentimiento de culpabilidad ya que creía ser, al menos en parte, responsable por la ausencia del padre.

Se trabajó con él la reestructuración de sus pensamientos induciéndolo a verbalizar y advertir que desde que su papá ya no vivía con ellos, tanto su mamá como su hermana y él estaban más tranquilos porque ya no había gritos ni golpes a él, su mamá o su hermana; asimismo, que él no había pedido a su papá que se fuera, sino que su papá había decidido irse. Se le explicó que estaba triste (deprimido), porque quería a su papá y lo extrañaba,

pero que su mamá estaba con él y que aún cuando ellos tuvieran problemas, él debía estar seguro de que los dos lo querían mucho; que recordara que él y su hermana veían a su papá los domingos y se pasaban un rato grande con él.

Se atendieron también ocho demandas, por estrés, ansiedad y fobias. De los cinco casos de depresión atendidos, dos refirieron síntomas de tipo neuronal y los otros tres se relacionaron con conflictos intrafamiliares. Y solamente trece casos pueden ubicarse como de tipo fisiológico (directamente relacionados con la pérdida o afectación de la salud), como enuresis, encopresis, asma, adicciones (al alcohol y a inhalantes), obesidad y violación, aún cuando algunos de éstos cuyas características eran observables, obedecían a respuestas de origen cognitivo.

Dada la característica de atención particular de la Clínica del Adolescente, se impuso una cantidad limitada de sesiones para atender a los solicitantes; el modelo de atención propuesto por Bellak para la Terapia Breve Intensiva sugiere un promedio de ocho sesiones para obtener algún resultado favorable. Como se desprende del análisis de las gráficas presentadas, hubo un grupo de treinta solicitantes que acudieron a menos de cuatro sesiones y otro de veintiocho individuos que asistieron a cinco o más sesiones.

Analizando estos resultados puede afirmarse que, en el caso del primer grupo, algunos de los solicitantes no regresaron a la segunda sesión por haberse descubierto en los análisis que su problema era de origen físico; otros más, principalmente cuando la atención era dirigida a menores de edad, por considerar innecesaria la intervención del psicólogo; opinión expresada generalmente por los padres, ya que ante la pregunta de la razón por la cual no acudían a la cita, la respuesta giró en torno a la afirmación de que el malestar era de origen físico ya que no tenían problemas psicológicos (no estaban locos). Esta respuesta fue

también bastante citada por los adolescentes, quienes también comentaron frecuentemente que acudieron obligados por los padres.

Un caso en especial llamó la atención tanto del terapeuta como de la médica tratante: Una familia completa (padre, madre y tres hijos, dos varones y una niña), acudió a la cita de un niño de ocho años con problemas de enuresis: en la entrevista, el padre, con una actitud marcadamente jovial y despreocupada, insistía en que su hijo "tenía algún problema en la uretra" ya que su familia "siempre ha estado bien emocionalmente", complementaba su discurso con el comportamiento risueño, y con abrazos al hijo y a una niña de aproximadamente cinco años, y demandaba de la esposa el apoyo a su dicho; sin embargo la actitud tanto de la esposa como de los hijos eran más bien de reserva y acatamiento, mostrando esa actitud "optimista" un tanto forzada. Como mera especulación, ambos profesionales consideramos que esta afirmación surgió como un intento de no desear aceptar la existencia de conflictos al interior de la familia, o bien de ocultar algún problema más grave.

Otro de los supuestos del abandono de la atención terapéutica fue que no existió un compromiso del solicitante o sus familiares para asistir a esta opción ya que no se requería pagar la cuota de recuperación que regularmente cobra el hospital a los solicitantes de atención médica y, en consecuencia, al no haber cobro de por medio, no consideraron la atención psicológica como una alternativa de solución.

En el caso del segundo grupo, la asistencia de los niños se limitó a una tercera parte del total, estos niños condujeron la atención, el factor que pudo observarse como determinante para la asistencia de los infantes fue el interés de los padres porque su hijo superara su problemática. En el caso de los adolescentes, en el cual el porcentaje de asistencia fue casi en la misma proporción de los que desertaron; en éstos al igual que con los niños, se presentó una situación similar, generalmente hubo un mayor involucramiento

de los padres por ayudar a su hijo, inclusive asistiendo a sesiones cuando fueron invitados. Sin embargo sobresale, por su asistencia regular a consulta, que quienes se comprometieron más con su atención fueron los adultos.

En cuanto al trabajo multidisciplinario, no se presentaron buenos resultados; por lo general, aparte del apoyo brindado por la médica encargada de la Clínica, de la enfermera asignada a ese espacio y de otra médica que envió un buen número de infantes; se contó con la participación y cooperación del personal del área de recepción del hospital, quienes canalizaron ocho solicitantes a la Clínica del Adolescente para su atención en el área psicológica.

La cooperación del personal médico, que se enteró de la atención que se ofrecía en este espacio, fue únicamente cuando no pudieron explicar la sintomatología del paciente en términos de enfermedad física. Los resultados muestran que se remitieron doce usuarios con síntomas de tipo fisiológico; de estos doce, solamente cinco casos fueron canalizados por los médicos. Pese que el personal médico del Hospital fue informado de la atención psicológica que se estaba brindando en la Clínica, su colaboración fue prácticamente inexistente; se redujo a uno de violación, y cuatro de somatizaciones que no pudieron explicar por alteración de tipo fisiológico (uno de asma y tres de enuresis).

Asimismo, los resultados muestran que los problemas que se atendieron con mayor frecuencia correspondieron a problemas de conducta, de tipo socioeconómico y educativo como: bajo rendimiento escolar, relación de pareja, conflictos intrafamiliares, (desobediencia reiterada ante la autoridad paterna o materna, desintegración de la familia, y pérdida de familiares), con un total de 32 casos. Si bien no se descarta que algunos de los problemas que refirieron los usuarios con bajo rendimiento escolar pudieron estar relacionados con una alimentación deficiente, que se infirió por las respuestas dadas en el formato de datos y entrevista.

De los eventos previamente descritos sobresale el hecho de que, a pesar de proporcionarse la atención psicológica en un ámbito de recuperación de la salud como es este hospital, se hayan presentado personas que manifestaban problemas que se relacionaron con aspectos de tipo psicosocial. Sin embargo, si se considera que aún no existe la información suficiente como para ver en el psicólogo a un profesional que puede coadyuvar en la recuperación y mantenimiento de la salud, no es de extrañar que los principales conflictos que se atendieron tuvieron relación con problemáticas sociales antes que las que guardan relación con alteraciones de la salud, dado que apenas se están abriendo espacios en los hospitales para atender, vía prevención y recuperación, las somatizaciones psicológicas relacionadas con el desequilibrio de los estados de salud, como refiere el programa contra la farmacodependencia de la Secretaría de Salud, que en su capítulo dos menciona que:

“La Secretaría de Salud ofrece servicios preventivos en sus Centros de Salud y Unidades Hospitalarias en todo el país, aplicando programas de promoción de la salud y de medicina preventiva. A través de la Coordinación de Salud Mental, la S. S. A. cuenta con una red de Centros Comunitarios ubicados en el Distrito Federal, y con Módulos de Salud Mental localizados en diversos puntos del país...

Al interior del Sistema Nacional de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (*IMSS*) cuenta con servicios de psiquiatría y salud mental en hospitales psiquiátricos y hospitales generales de zona, así como en las unidades de medicina familiar. En todos ellos se brindan servicios de atención a problemas de salud asociados al consumo de alcohol y otras drogas como parte de un amplio programa de fomento a la salud y atención de enfermedades asociadas con este fenómeno. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (*I. S. S. S. T. E.*) cuenta con servicios de salud mental en hospitales regionales y en algunas de sus clínicas, y con fundamento en su *Programa de*

*Salud Mental* se realizan acciones en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia...

Asimismo, a través de la Dirección de Servicios Médicos y Urgencias, la Secretaría de Salud del Distrito Federal cuenta con servicios preventivos que se ofrecen en los Centros de Salud del primer y segundo nivel de atención existentes, a los que se suman los centros de atención toxicológica y una red de hospitales de urgencias, dependientes de la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal."

Lo anterior muestra que hay una apertura en el sistema de salud para los profesionales de la psicología, pero en espacios bien definidos, como es el caso de las adicciones, pero en otros ámbitos del mismo sistema esta apertura no está completamente definida.

Por otra parte Zarate, González y Flores ( 2001 ), indican que a pesar de que cada día hay más evidencias de la correlación entre la salud física y la salud mental; que más investigaciones prueban las repercusiones positivas en los tratamientos médicos de los pacientes atendidos también psicológicamente; que existen más pruebas de los altos costos sociales y económicos que causa la enfermedad mental; aún no se conoce adecuadamente la amplitud de muchos problemas de la salud mental, ni se han reglamentado suficientemente los dispositivos y los servicios que han demostrado su pertinencia frente a dichas problemáticas.

Dichos autores realizaron una investigación en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Jalisco, cuyos resultados muestran que en los últimos treinta y cinco años los servicios de salud mental se han diversificado enormemente, que el desarrollo del sector salud mental en el país, en las últimas décadas, no ha tenido avances constantes

ni homogéneos; que no se conocen claramente los recursos humanos y el tipo de equipos que les han hecho frente de la manera más adecuada.

Refieren que, salvo algunos avances, el desarrollo de los servicios de salud mental es casi el mismo que hace 10 años, a pesar de que los trastornos mentales y las solicitudes de atención, en los tres niveles, no han dejado de aumentar. El trabajo hospitalario en el rubro de salud mental no está apoyado por una plataforma de acciones preventivas y de promoción de la salud mental.

*Si hubiese un primer nivel de atención en salud mental bien desarrollado, probablemente los hospitales no tendrían la alta cantidad de demandas de atención similares a las de los espacios comunitarios, escolares o de los centros de salud. Lo que genera una importante sobrecarga de trabajo para los equipos de trabajo hospitalario.*

*Asimismo, el funcionamiento entre los diversos niveles de atención muestra fallas importantes.*

*A) Las acciones realizadas en el primer nivel de atención no están adecuadamente vinculadas, ni en el propio nivel ni con los niveles subsiguientes.*

*B) Entre el segundo y el tercer niveles hay problemas para lograr las adecuadas relación y correlación.*

*Entre los usuarios hay grandes deficiencias de información y de cultura en aspectos de salud mental. Un elevado porcentaje de la población usuaria cuenta con poca e inadecuada información sobre los problemas de salud mental que pudieran presentársele en los ámbitos individual, familiar o comunitario. Igualmente, le falta orientación respecto de la manera como pudiera enfrentarlas o a quién pudiera acudir para solucionarlas.*

*Los programas de psiquiatría y de psicología, así como los recursos humanos en psiquiatría y psicología de enlace se han desarrollado poco y de manera desigual en su interacción con varias de las especialidades. Mientras que el área de salud mental ha podido estructurar con algunas especialidades médicas un trabajo multidisciplinario importante, con otras especialidades prácticamente no existen programas de enlace.*

Otro de los resultados que obtuvieron refiere que son pocos y bastante circunscritos los programas de salud mental que se han podido generar y mantener entre las diversas instituciones del Sector Salud. *La coordinación interinstitucional se limita a algunos convenios sobre aspectos específicos, y hay diversas problemáticas en que las actividades de una institución del sector son completamente desconocidas por las otras. En consecuencia, la situación actual de los servicios de salud mental muestra que las diversas instituciones se encuentran lejos de funcionar como sector.*

Lo antes mencionado es muestra de que aún cuando se han creado espacios en los hospitales para la introducción de los psicólogos clínicos, la participación de éstos no se ha abierto totalmente a su intervención en un trabajo de carácter multidisciplinario en el que el psicólogo clínico pueda participar en igualdad de condiciones con otros profesionales de la salud para lograr la recuperación de los individuos enfermos.

Es evidente que, de un tiempo a la fecha existe una mayor aceptación e inclusión del psicólogo en el ámbito hospitalario; si bien con reticencias por parte del personal médico que parece sentirse desplazado, resulta alentador que se empiece a aceptar la importancia de la ciencia psicológica en la atención de los individuos que adolecen alguna enfermedad. Por lo cual, asumiendo las afirmaciones de Arrighi (2001) y los resultados obtenidos por Zarate, González y Flores (2001), algunos de los objetivos prioritarios del psicólogo clínico en el ámbito de la salud, deberán ser: la prevención de la enfermedad que se logra, esencialmente, a través de la promoción de la salud; la aceptación del psicólogo clínico como

integrante del grupo multidisciplinario que atienda problemas de salud; y reestructuración de los programas de salud mental hasta hoy existentes pero dispersos, para regularizar institucionalmente la atención adecuada a los sujetos aquejados por la pérdida de la salud.

La prevención no sólo comprende a las conductas problemáticas, sino que también persigue mejorar las capacidades y recursos de las personas, fomentando su autoestima y responsabilidad para afrontar con eficacia las situaciones relacionadas con su salud-enfermedad. Para esto, se debe trabajar en tres tipos de prevención; si bien sólo la prevención primaria es realmente prevención en sentido estricto:

- a) Prevención primaria: promueve la adquisición y mantenimiento de comportamientos saludables, incompatibles con otras conductas desadaptativas presentes en el proceso de perder la salud y enfermar.
- b) Prevención secundaria: se efectúa cuando el comportamiento desajustado ya está presente y busca restablecer la salud del individuo. Aquí se previenen las consecuencias más serias que podrían ocurrir al paciente si éste no se trata.
- c) Prevención terciaria: consiste en la rehabilitación total del sujeto después del tratamiento, tratando de que se inserte lo más eficazmente posible en su núcleo familiar, social y laboral.

Otro de los objetivos es la inclusión del psicólogo clínico en torno a la participación colegiada y multidisciplinaria en la atención de los sujetos que han visto afectada su salud, para lograr su pronta recuperación, esto vía la implementación de los programas que pudiesen existir en el Sector Salud, así como en la sensibilización, tanto del personal médico como de las autoridades de las instituciones para comprender y aceptar las ventajas que implicará la presencia del psicólogo en los aspectos económicos y de disminución de

demandas de atención para evitar las sobrecargas de trabajo del personal encargado de la salud mental.

Un objetivo más a considerar es la necesaria reestructuración de los programas de atención en el rubro de salud mental, toda vez que los actuales no han sido suficientes para implementar una adecuada atención en los tres diferentes niveles en el que supuestamente debería brindarse, pero ello requerirá de una investigación más amplia y especializada, que queda abierta a todos aquellos psicólogos clínicos que deseen incursionar en este nuevo campo.

Cuando los profesionales de la medicina reconozcan que La Salud no es un concepto que puede manejarse solo en términos fisiológicos, sino que comprende otros estados que atañen al ser humano: cognición, sentimientos y emociones; íntimamente relacionados con los aspectos físicos de los individuos; y que quienes poseen el conocimiento especializado para la atención de dichos factores son los psicólogos, se logrará otorgar una adecuada atención a todos aquellos individuos que presenten problemas en su salud.

## Bibliografía

- Ade, G. *Perfil profesional del psicólogo y situación actual de la enseñanza de la psicología en México*. En Urbina, J. (1992) El psicólogo. U.N.A.M. México.
- Álvarez, C. y Molina, J. (1984) Psicología e Historia. U.N.A.M. México.
- Arrighi, Isabel (2001) *Psicología Clínica y Salud*. Encuentro Médico Extremeño. (En Red).  
Disponible en: [webmaster@emeweb.org](mailto:webmaster@emeweb.org)  
[www.conectamed.com/eme2/htm\\_educacion/htm\\_educ1201.htm](http://www.conectamed.com/eme2/htm_educacion/htm_educ1201.htm)
- Bakal, D. A. (1996) Psicología y salud. Ed. Desdée de Brouwer. España.
- Barragán, N., Heredia, C., Lucio, E. *Perfil del psicólogo clínico*. En: Urbina, J. (comp.) (1992) El psicólogo. U.N.A.M. México.
- Bellack, A. y Hersen, M. *La investigación en psicología clínica*. En Bellack, A. S. y Hersen, M. (1989) Métodos de investigación en psicología clínica. Desdée de Brouwer. España.
- Bellak, Leopold (1993) Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Manual Moderno. México.
- Bernstein, D. A. y Nietzel, M. T. (1988) Introducción a la psicología clínica. Mc. Graw Hill. México.
- Buendía, J. (1999) Psicología clínica: perspectivas actuales. Pirámide. España.
- Caro, G. Isabel *Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos*. En Caro, G. I. (comp.) (1997) Manual de psicoterapias cognoscitivas. Paidós. España.
- Ceballos, G. (2003) Medicina conductual. (En red). Disponible en [rmoreno@compunet.net.com](mailto:rmoreno@compunet.net.com)
- Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (Taller de Jurica) *Definición del perfil profesional del psicólogo mexicano*. En: Urbina, J. (comp.) (1978) El psicólogo. U.N.A.M. México.
- Dana, R. (1986). Teoría y práctica de la psicología clínica. Paidós. Buenos Aires.

- Díaz-Guerrero, R. (1974). Memorias: I Congreso Mexicano de Psicología. U.N.A.M. D.G.P. México.
- Dowd, E. T. *La evolución de las psicoterapias cognitivas*. En Caro, Isabel. (Comp.) (1997) Manual de psicoterapias cognitivas. Paidós. España.
- Durán, L. I., Hernández, M. y Becerra, J. *La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud*. Salud Pública de México. 1995. Vol. 37, No. 58 (septiembre - octubre) p. p. 462-471.
- Ellis, A. *El estado de la Cuestión en la Terapia Racional-Emotiva-Conductual*. En Caro, Isabel. (Comp.) (1997) Manual de psicoterapias cognitivas. Paidós. España.
- Flores, G., Meza, M., Nájera, J. L. (1997) Caracterización de los planes de estudio de la carrera de psicología, en la zona metropolitana: Un punto de vista de profesores y alumnos. U.N.A.M. ENEP Iztacala. México. Tesis de Licenciatura.
- Freud, S. (1995) *Compendio del Psicoanálisis: 1ª. Parte (La naturaleza de lo psíquico) Cap. IV Las Cualidades Psíquicas*. En «Freud total» Obras Completas, 1.0. Párrafos seis y siete. Ediciones Nueva Hólade (versión electrónica).
- Fuente, R. de la (1992) Psicología médica. (Nueva edición revisada) Fondo de Cultura Económica. México.
- Gandolfi, A., Giorgi, V., Rodríguez, A. y Rudolf, S. (2003) Una propuesta innovadora en la formación del psicólogo: Reflexiones acerca de la experiencia docente en el Área de la Salud. (En Red). Disponible en: [www.psyco.edu.uy/academic/asalud2.htm](http://www.psyco.edu.uy/academic/asalud2.htm)
- García, J. A. (1998) La sección de psicología clínica y de la salud ante los retos de la profesión. (En Red). Disponible en: [www.cop.es/delegad/madrid/guia/2001/agosto/47.htm](http://www.cop.es/delegad/madrid/guia/2001/agosto/47.htm)
- García, L., Moya, J. (1993) Historia de la Psicología II. Teorías y sistemas psicológicos contemporáneos. Siglo XXI. España.
- Garfield, L. (1979). Psicología clínica. Manual Moderno. México.
- Gómez, P. (1981). Psicología clínica: Problemas fundamentales. Trillas. México.
- Harrsch, C. (1985) El psicólogo ¿qué hace?. Universidad Iberoamericana. Alambra. México.

- Kazdin, A. E. (1983) Historia de la modificación de conducta: Fundamentos experimentales de la investigación actual. Desclée de Brouwer España.
- Kendall, P. (1988). Psicología clínica: Perspectivas científicas y profesionales. Noriega. México.
- Landa, D. P. *El perfil profesional del psicólogo en la prestación de servicios de salud*. Revista Psicología y Ciencia Social. F. E. S. Iztacala. U. N. A. M. México. 1999. Vol. 3 (2), 32-38.
- Liturnoff, N. y Gomel, S. (1975) El psicólogo y su profesión. Nueva Visión. Buenos Aires.
- López R. S. Ezequiel A. Chávez Lavista, iniciador de la psicología contemporánea en México (1868-1896). En López R. S. (comp.) (1995) Historia de la psicología en México. CEAPAC. México.
- Mahoney, M. J. (1988) Cognición y modificación de conducta. Trillas, México.
- Malagón-Londoño, G., Galán, R. y Pontón, G. (1999) Administración Hospitalaria. Médica Internacional LTDA. Colombia.
- Marx, M. H. Y Hillix, W. A. (1995) Sistemas y Teorías Psicológicas Contemporáneas. Paidós. México.
- Meichenbaum, D. *Terapias cognitivas-conductuales*. En Jay, S. y Garske, J. P. (1988) Psicoterapias Contemporáneas: Modelos y Métodos. Desclée de Brouwer. España.
- Meichenbaum, D. *Cambios en las concepciones de la modificación de conducta cognitiva: pasado y futuro*. En Mahoney, M. (editor) (1997) Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teoría, Investigación y Práctica. Desclée de Brouwer. España.
- Meichenbaum, D. *El estado de la cuestión en la modificación cognitivo- conductual*. En Caro, I. (Comp.) (1997a) Manual de psicoterapias cognitivas. Paidós. España.
- Montalvo, R. J. y Soria T. R. *Influencia del modelo médico en la terapia familiar y en la modificación de conducta*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. (1998) Vol. 1 (2). Noviembre. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, U. N. A. M. México
- Peinado, J. (1978). Psicología clínica. Porrúa. México.

- Pérez, A. (1981). Psicología dínica, problemas fundamentales. Trillas. México.
- Perrés, J. (1998). Proceso de constitución del método psicoanalítico. U. A. M. Xochimilco. México.
- Revueltas, G. *políticas e ideas de la redusión en el México de 1890 a 1900*. En López Ramos, S. (1995) Historia de la psicología en México. CEAPAC. México.
- Ridruejo, P. *La psicología médica: Introducción*. En Ridruejo, P., Medina, A. y Rubio, J. L. (1996) Psicología médica. McGraw-Hill. España.
- Ridruejo, P. *Procesos psicósomáticos*. En Ridruejo, P., Medina, A. y Rubio, J. L. (1996a) Psicología médica. McGraw-Hill. España.
- Rivera, B. E. *Instituciones y psicología en la década de 1940-1950*. En López R. S. (comp.) (1995) Historia de la psicología en México. CEAPAC. México.
- Rivera\*, M. M. *La profesión del psicólogo en México en el periodo de 1950 a 1970*. En López R. S. (comp.) (1995) Historia de la psicología en México. CEAPAC. México.
- Rodríguez, G. y Palacios, J. J. *Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México*. En Urbina, J. (comp.) (1992) El psicólogo. U.N.A.M. México.
- Salinas, L. R., González, E. D. Y Castillo, P. *Actitudes del personal del sector salud en México hacia actividades emergentes del psicólogo en la organización y atención a la salud: un estudio exploratorio*. Revista Psicología y Ciencia Social. 1999. Vol. 3 (2). F. E. S. Iztacala. U.N.A.M. México. p. p. 11-20.
- Salud Ley General de, (1984) Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, (última reforma aplicada, 5 de enero de 2001). México. (En Red). Disponible en: [www.discapacidad.presidencia.gob.mx/?P=189](http://www.discapacidad.presidencia.gob.mx/?P=189).
- Santolaya, O., F. (1998) *Psicología dínica y de la salud*. en. Perfiles Profesionales del Psicólogo. Colegio Oficial de Psicólogos de España. España. (En red). Disponible en: [www.cop.es./perfiles/contenido/dínica.htm](http://www.cop.es./perfiles/contenido/dínica.htm)
- Skinner, B. F. (1977) Ciencia y conducta humana. Fontanella. España.
- Skinner, B. F. (1979) La conducta de los organismos. Fontanella. España.

Skinner, B. F. (1980) Más allá de la libertad y la dignidad. Fontanella. España.

Skinner, B. F. *Behaviorism at fifty*. Science. En Mahoney, M. J. (1988) Cognición y modificación de conducta. Trillas. México

Vargas F., J. L. e Ibáñez R. J. *Medicina conductual: aproximaciones psicológicas al problema del dolor*. Revista Psicología y Ciencia Social. 1999. Vol. 3 (2). F. E. S. Iztacala. U.N.A.M. México. p. p. 46 – 55.

Zarate, G., González, L. y Flores, G. (2001) La práctica psicológica en los hospitales del I. M. S. S. del Estado de Jalisco y su inclusión en el sector de la salud mental. (En red). Disponible en: [www.uaq.mx/psicologia/lamision/prac\\_psicologicaMSS.html](http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/prac_psicologicaMSS.html).



