



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“LA ACTITUD DEL MÉDICO ESPECIALISTA ANTE EL  
TRABAJO DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN  
HOSPITALES”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

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

**ESTELÍ RAMÍREZ SÁNCHEZ**

DIRECTORA DE TESIS: DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG



FACULTAD  
DE PSICOLOGÍA

MÉXICO, D.F.

2005

m 344119



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Esteli Ramirez Sánchez

FECHA: 16 Mayo 2005

FIRMA: 

## Agradecimientos y Dedicatorias

A **Dios**, por darme la fortaleza y dar luz a mi camino para llegar hasta aquí...  
Gracias.

Quiero dedicar muy especialmente este trabajo a **Lolita** quien hace unos meses decidió partir. Con todo mi cariño, admiración y respeto te dedico mi tesis a tí que fuiste una mujer excepcional y ejemplo a seguir. Gracias por todo el amor que me diste, por todos aquellos momentos que compartimos juntas, simplemente por ser mi abuela... nunca te olvidaré.

A **Blanquita**, gracias mamá simplemente porque me diste la vida y porque en todo momento has estado a mi lado, gracias por enseñarme lo valiosa y hermosa que es nuestra familia, gracias por creer en mí. Este logro también es tuyo. ¡Te amo mamá!

A **Héctor**, papá te doy las gracias porque siempre estuviste conmigo, por inculcarme junto con mi mamá valores y principios y por crear en mí el sentido de la responsabilidad. Especialmente te dedico este trabajo que sin tu ayuda no lo hubiera podido realizar, eres el mejor papá. ¡Te amo! Tu Estelita hija.

A **Toxcatl**, hermano nunca dejes de luchar por lo que quieres ¡Te quiero mucho!

A mis Abuelos **Ofe†, Hugo† y Manuel**, por su gran amor, por los consejos y las enseñanzas que cada uno me dio, nunca los olvidaré y siempre los llevo en mi corazón.

A tí **Luis Enrique** por ser mi inspiración y mi impulso. No tengo palabras para agradecerte todo el amor y el apoyo que me das, simplemente te puedo decir que eres el amor de mi vida. ¡Te amo Chinito!

A todas mis tías **Ofe, Lupita, Toto, More y Nash** por el gran cariño que me han demostrado, especialmente a mi tía **Gaby**, gracias a tí y a los momentos tan difíciles en los que te acompañé pude descubrir mi vocación.

A todos mis primos, **Mony, Ingrid, Gaby, Mariana, Angie, Dany, Andre, Fermín, Ramiro, Gerardo, Irma y Julia**. Gracias por ser como mis hermanos. ¡Los quiero mucho chicos!

A mi niño lindo **Diego**, a pesar de no ser tu mamá tengo un compromiso muy grande contigo hijo. Te quiero mucho.

A **Juan, Nay, Manuel, Héctor, Blanca y Juan Manuel** por enseñarme que la amistad puede ser para siempre. Gracias por ser mis cómplices y mis mejores amigos. Los quiero mucho.

A **Graciela y Montserrat** por recorrer juntas este camino. Gracias.

A **Mary Carmen y Laura**, porque en los momentos más difíciles me ayudaron a encontrar de nuevo el camino. Gracias por ser mis ángeles.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, especialmente a la Preparatoria No. 6 Antonio Caso y a la Facultad de Psicología, por ser como mi segunda casa y por haberme formado como profesionista con principios, valores y responsabilidad. ¡Orgullosamente puma de corazón!

A la **Dra. Bertha Blum y a la Mtra. Luz Ma. Javiedes**, por todo el apoyo, paciencia y dedicación que pusieron para la realización de este trabajo. Con respeto y admiración ¡Muchas gracias!

Al **Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"**. Muy especialmente a la **Psic. Guadalupe Trejo Corona** quien siempre me mostró su apoyo y profesionalismo excepcional en su trabajo. ¡Muchas gracias Lupital!

Al **Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinoza de los Reyes"**. Especialmente al jefe del departamento de Psicología **Dr. Francisco Morales**.

A los médicos residentes y especialistas que colaboraron para la realización de este trabajo. Muchas gracias.

A todos aquellos maestros que dejaron una huella muy especial en mí, principalmente a **Emily, Josette, a Felipe Cruz, Samuel Jurado, Víctor Uriarte, Paty Romero, a Francisco Pérez Cota, a Marucha, Roció Maldonado, Emilia Lucio, Alberto Córdoba, Raúl Tenorio**. Gracias por todo lo que me enseñaron y por lo que cada uno dejó en mi corazón.

Al **Mtro. Héctor F. Sánchez Posadas**, al **Lic. Francisco A. Guzmán Arzola**, al **Ing. Miguel Ángel González López** y a la **Mtra. Cecilia Ruiz de Esparza Coria**, por el apoyo para la realización de mi tesis y por la confianza que tuvieron en mí. Muchas gracias.

Y a todas aquellas personas que me faltaron por nombrar. Gracias.

## INDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1. MARCO TEORICO</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Antecedentes</b>	<b>3</b>
<b>1.2 El Psicólogo Clínico</b>	<b>8</b>
1.2.1 Funciones y campo de trabajo del Psicólogo Clínico	9
1.2.2 El Psicólogo Clínico en el Sector Salud	19
<b>1.3 El Psicólogo en el ámbito hospitalario</b>	<b>24</b>
1.3.1 Psicología y Medicina	24
1.3.2 El hospital: Una organización para la salud	26
1.3.3 La función del psicólogo en el hospital	29
1.3.4 El psicólogo en el equipo interdisciplinario	34
<b>1.4 Concepto y características de la Actitud</b>	<b>37</b>
1.4.1 Concepto de Actitud	37
1.4.2 Componentes de la Actitud	40
<b>Capítulo 2. METODO</b>	<b>43</b>
<b>2.1 Justificación y planteamiento del problema</b>	<b>43</b>
<b>2.2 Hipótesis</b>	<b>45</b>
<b>2.3 Variables</b>	<b>46</b>
<b>2.4 Muestra</b>	<b>49</b>
<b>2.5 Sujetos</b>	<b>49</b>
<b>2.6 Tipo de estudio</b>	<b>50</b>
<b>2.7 Diseño</b>	<b>50</b>

<b>2.8 Instrumento</b>	<b>50</b>
2.8.1 Construcción de la escala para medir la actitud de el médico especialista ante el trabajo del psicólogo clínico en hospitales	52
2.8.2 Discriminación de reactivos	54
2.8.3 Análisis de Confiabilidad de la Escala	56
<b>2.9 Procedimiento de aplicación</b>	<b>59</b>
<b>Capítulo 3. ANALISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>61</b>
<b>3.1 Descripción de las características demográficas</b>	<b>62</b>
<b>3.2 Resultados globales de la escala de actitud para toda la muestra</b>	<b>64</b>
3.2.1 Diferencias entre hombres y mujeres	67
3.2.2 Diferencias por grado de especialidad	70
3.2.3 Diferencias por tipo de experiencia	72
<b>3.3 Comparación entre los grupos de médicos especialistas</b>	<b>73</b>
3.3.1 Diferencias entre las puntuaciones totales de los grupos	73
3.3.2 Diferencias entre los grupos por dimensión	74
3.3.3 Diferencias entre los grupos por reactivo	76
<b>Capítulo 4. DISCUSIÓN</b>	<b>78</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>86</b>
<b>Recomendaciones y limitaciones</b>	<b>88</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>95</b>

## INTRODUCCION

Considerando la importancia y los beneficios que se pueden obtener al integrar al psicólogo clínico dentro del equipo de salud en el ámbito hospitalario, y observando que en la actualidad éste ha sido relegado de dicha área, hemos decidido realizar este trabajo para tratar de mostrar la importancia de que el psicólogo clínico ocupe un lugar como profesionalista dentro del equipo de salud.

Los médicos tienen una idea limitada, distorsionada y, en algunos casos desconocen la labor y las funciones que puede desempeñar el psicólogo clínico en el hospital, ocasionando que la participación del psicólogo en el sector salud se haya reducido, con frecuencia, a servir como un auxiliar técnico de otras profesiones como es la médica, a que no se le otorgue el rango de profesionalista o a que se dejen de aprovechar sus habilidades y conocimientos para el desarrollo de actividades de diagnóstico, intervención e investigación en numerosas ramas del sector salud (Rodríguez de Arizmendi, 1981, pp 22-27).

Sin embargo, el psicólogo clínico poco a poco se ha ido incorporando al equipo multidisciplinario de salud llevando a cabo actividades relacionadas con su profesión, sin llegar aún a trabajar de manera conjunta con el médico, las enfermeras y los trabajadores sociales para dar un diagnóstico y hacer una intervención adecuada. Lo que ocurre es que el equipo médico y los psicólogos atienden a los pacientes en forma separada, lo que lleva a que pocas veces haya comunicación entre éstos.

Lo que se necesita para lograr una mejor integración es que el trabajo se realice de manera realmente interdisciplinaria; es decir, que haya comunicación entre profesionistas en un entorno donde se trabaje de manera conjunta, en donde ambos (tanto médico como psicólogo) sepan lo que le está ocurriendo al paciente no sólo fisiológica sino también psicológicamente.



Para que el psicólogo pueda tener una participación interdisciplinaria en el equipo de salud (principalmente con el médico, quien es el profesionalista al que se le ha otorgado la exclusividad en este campo), es de suma importancia, en primer lugar, saber cuál es la actitud que el médico especialista tiene ante el trabajo del psicólogo clínico en hospitales, con la finalidad de conocer la disposición que hay por parte del médico para trabajar conjuntamente con el psicólogo clínico.

Así, es necesario plantear la necesidad de llevar a cabo investigaciones que permitan observar cuál es la actitud del equipo de salud ante el trabajo del psicólogo clínico en hospitales, ya que a través de éstas se pueden tener parámetros de conocimiento, de prejuicio y sentimiento que se dan y existen hacia el trabajo del psicólogo en el hospital. Lo anterior permitirá establecer pautas para realizar estudios más profundos y enfrentar problemas asociados a la actitud, la difusión y el conocimiento, con la finalidad de saber cuál es el papel que desempeña el psicólogo clínico en el ámbito hospitalario y realizar acciones que permitan dar a conocer los alcances y beneficios que se pueden tener al integrar al psicólogo al equipo de salud.

Ahora bien, es necesario mencionar que no se encontró ningún estudio relacionado a la actitud que se tiene hacia el psicólogo en el ámbito hospitalario. Sólo existen investigaciones relacionadas con la actitud que se tiene hacia el psicólogo en general, entre las cuales se encuentran los trabajos de Gutiérrez (1966), Gutiérrez y Pozos (1983), el de Espinoza y Macotela (1979), Salinas y Torres (1988), Cárdenas Sánchez (1996).

## I MARCO TEÓRICO

### 1.1 Antecedentes

Al analizar algunas de las investigaciones que se han realizado con respecto a la actitud que se tiene hacia los psicólogos, encontramos en primer lugar el trabajo de Gutiérrez (1966), quien llevó a cabo un estudio referente a las causas que determinan la actitud de la gente hacia el psicólogo y el grado de aceptación o rechazo que se tienen hacia él.

Para recolectar la información se aplicó un cuestionario de 10 preguntas abiertas y cerradas. En dichas entrevistas, los sujetos eran estimulados a responder en algunos casos concretamente y en otros a hablar abierta y libremente acerca del tópico en cuestión. Se seleccionó una muestra de 96 personas de la Ciudad de México de diferentes niveles socioeconómicos, incluyendo amas de casa, estudiantes, obreros, trabajadoras domésticas, artistas, industriales, médicos, maestros, etc.

Entre las conclusiones se encuentran las siguientes:

- El término **Psicología** es conocido pero no comprendido.
- Se juzga al psicólogo, por lo general, como consejero de los problemas emocionales y casi siempre se refiere al área clínica.
- Se percibe a la psicología con un criterio muy limitado, adjudicándole funciones de ciencia puramente auxiliar.
- En las clases bajas, cultural y socialmente hablando, la idea es distorsionada, siendo la Psicología de una utilidad dudosa.

En otro estudio, Gutiérrez y Pozos (1983) realizaron un trabajo referente a la actitud de la comunidad hacia la enfermedad mental y hacia el rol del

---

psicólogo en el Distrito Federal (específicamente en la Colonia Ruiz Cortínez de la Delegación Coyoacán).

Las conclusiones a las que llegaron los autores fueron las siguientes:

- Hay un desconocimiento considerable acerca de la labor que realiza el psicólogo y su profesión.
- No existe aceptación hacia consultar a este profesionista en caso de existir problemas de tipo psicológico: se observó que los amigos, médicos generales, psiquiatras y sacerdotes están prioritariamente antes que el psicólogo entre las preferencias de la gente.

Un estudio similar fue realizado por Macotela y Espinoza (1979). Llevaron a cabo una investigación sobre la imagen del psicólogo en la opinión pública en el Área Metropolitana del Valle de México. El estudio consistió en aplicar un cuestionario a 697 sujetos cuyas ocupaciones eran las de empleados domésticos, empleados públicos, comerciantes, artistas, profesionistas, estudiantes, obreros y sacerdotes. El cuestionario se aplicó en el lugar de actividad de cada sujeto, siendo los hallazgos más relevantes de esta investigación los siguientes:

- La mayoría de los entrevistados contestaron que acudirían al psicólogo por problemas de índole personal, como emocionales o patológicos asociados al área clínica.
- Se conceptualiza la labor del psicólogo en un consultorio privado más que en una institución pública.
- Se encontraron indicadores de que existe un desconocimiento general respecto a la disciplina psicológica, ya que en muchas respuestas se encontró confusión, indefinición e ignorancia.

- Hubo indicios de que a los psicólogos se les percibe como representantes de una disciplina elitista, que puede ayudar solamente a unos cuantos e indefinida en cuanto a sus alcances profesionales.

En esta misma línea de ideas, Ardika (1978), al hablar de la imagen pública de la Psicología, comenta: "en los últimos años la imagen de la Psicología ha cambiado considerablemente, en el sentido de acercarse más a la realidad. Sin embargo, hay todavía un buen camino por andar. El psicólogo se identifica aún con el clínico y dentro de esta área, con el especialista que hace diagnóstico y que labora bajo la supervisión del psiquiatra. No hay claridad acerca de muchos campos de investigación y aplicación de la Psicología. Los profesionales de otras disciplinas albergan por lo común una imagen errada del psicólogo y lo mismo puede decirse del gran público" (pp. 46)

Von Sydow y Reimer (2004) realizaron un meta-análisis de contenido de 60 estudios con distintas metodologías (estudios con cuestionarios estandarizados versus análisis exploratorios de contenido de los medios) sobre la imagen pública de los psicoterapeutas, psicólogos y psiquiatras.

Conforme a los resultados obtenidos y para los fines de esta investigación, sólo se tomaron en cuenta las siguientes conclusiones:

- Con respecto a roles, responsabilidades y experiencia se observó que en los años cuarenta, el 40% de las personas no sabían por cuáles problemas se recomendaría la consulta con un psicólogo. Y en los cincuenta, del 3 al 8% de los estudiantes creía que los psicólogos o los psiquiatras eran capaces de leer los pensamientos. Aún en los años setenta, el público no diferenciaba entre psicólogos y psiquiatras; en ambas profesiones era, y es, típico analizar a las personas, ayudarlas con sus problemas, tratar desórdenes mentales, estudiar la personalidad y escuchar a otras personas. El conocimiento del campo de acción de los psicólogos y otros profesionales relacionados ha incrementado notablemente. Hoy en

día, las diferencias entre los profesionales de la salud mental son vistas en que los psicólogos son relacionados principalmente con la investigación, el diagnóstico, el consejo y el trabajo con niños; los psiquiatras son vistos como practicantes clínicos que tratan de curar los desórdenes mentales por medio de psicoterapia, psicoanálisis o hipnosis, medicación y terapia electroconvulsiva.

- En los setenta, cerca del 60% de una población alemana prefirió consultar con el médico familiar sobre problemas psíquicos, y el 15% con un psiquiatra. Pero ahora los psicólogos clínicos son preferidos por la población en general. En Alemania, el 93% de la población asume que los psicólogos son particularmente competentes en el tratamiento de problemas psicoterapéuticos; 75% cree que los médicos son particularmente competentes en cuanto a esto. Estudiantes americanos y sudafricanos preferirían ser tratados por psicólogos en vez de psiquiatras, trabajadores sociales o médicos. En contraste, otros estudios concluyen que la mayor experiencia se atribuye a los psiquiatras, seguidos de los psicólogos, consejeros y, al final, a los trabajadores sociales. En cuanto a los índices de experiencia percibida, los trabajadores sociales son considerados como menos profesionales que los demás, y se prefiere más a los psicólogos y los psiquiatras en cuanto a su experiencia clínica.

Ahora bien, hemos encontrado algunas investigaciones que se han realizado sobre la actitud que se tiene hacia el psicólogo clínico, siendo las más representativas las que comentamos a continuación.

Salinas y colaboradores (1988) realizaron una investigación acerca de la actitud hacia la labor del psicólogo clínico en profesionistas de la salud mental y profesionistas de otras carreras. Lo que se pudo observar en este estudio es que los profesionistas de otras carreras tienden a manifestar una actitud más negativa mientras que los profesionistas en salud mental tienden a mostrar una actitud indiferente hacia la labor del psicólogo clínico. Cabe notar que entre los

profesionistas de la salud mental que han trabajado con un psicólogo, hubo en gran parte indiferencia en cuanto a la experiencia con la relación de trabajo, pues en su mayoría no les pareció ni buena ni mala; sin embargo, aunado a esto hubo psiquiatras que expresaron deficiencias en la preparación profesional del psicólogo, por lo que presentaron actitudes de franco rechazo hacia este profesionalista.

Cárdenas (1996) realizó un estudio llamado *La actitud del profesionalista hacia el psicólogo clínico*, cuya finalidad fue la de obtener datos que permitieran conocer cuál es la actitud de otros profesionistas hacia el psicólogo clínico y con qué conceptos se le relaciona y asocia. El estudio se llevó a cabo con una muestra de 283 profesionistas de los cuales 40 eran médicos generales. En este estudio se aplicó una escala tipo *Likert* para medir la actitud de los profesionistas hacia el psicólogo clínico y lo que se encontró fue que al psicólogo se le asocia con psiquiatras y psicoanalistas, considerándolos en algunos casos como sinónimos, lo que indica una confusión de su papel y de lo que puede o no realizar principalmente en el campo de la salud mental.

Por otro lado, al hacer el análisis por grupos de las diferentes profesiones, Cárdenas (1996) encontró que los médicos se diferencian claramente del resto de los profesionistas, presentando una tendencia hacia el desconocimiento o incluso a considerar al psicólogo con pocas cualidades de profesional de la salud mental. Esto puede explicarse con base en la formación que tienen los médicos, que es principalmente biológica y orgánica, además de que tienen cierta tendencia a descalificar todo aquel conocimiento que no siga con rigor el método establecido en medicina así como percibir cierta amenaza por parte del psicólogo de invadir su campo de acción laboral y de estudio.

Finalmente, hay que reiterar que dentro de las investigaciones consultadas para la realización del presente trabajo, no hubo ninguna que específicamente tratara la actitud de los médicos especialistas ante el trabajo del psicólogo clínico; sin embargo, se pueden tomar como antecedentes los estudios expuestos hasta el momento.

## 1.2 El psicólogo clínico

En la actualidad, los psicólogos clínicos pueden trabajar en una gran variedad de contextos, como son escuelas, empresas, comunidades, universidades y hospitales, por mencionar algunos. Además, dentro de estas circunstancias ambientales puede realizar una gran variedad de actividades como son: realizar entrevistas; administrar pruebas a diferentes tipos de clientes o pacientes con fines de valorar y diagnosticar; otorgar servicios de asesoría y psicoterapia para niños, adultos, ancianos, estudiantes y familias; pueden ser consultores en escuelas, industrias, gobierno y en grupos comunitarios; ser docentes a nivel bachillerato y profesional, además de poder participar en la investigación básica y aplicada.

Como es evidente, el psicólogo clínico suele interactuar con una gran variedad de grupos profesionales distintos al suyo, sin embargo, el hecho de que la psicología clínica esté inmersa en una gran variedad de contextos, no implica que su trayectoria haya sido fácil. Se han presentado conflictos y luchas dentro del mismo campo de la psicología clínica, entre los psicólogos interesados básicamente en la práctica profesional y aquellos motivados por la investigación. También se han dado notables rivalidades profesionales con los grupos más antiguos y establecidos, como, por ejemplo, la profesión médica.

En esta línea, Mosqueira (1981) realizó una investigación cuyo objetivo principal fue identificar la imagen que se tiene sobre el psicólogo clínico y el psiquiatra. En dicho estudio se encontró que no hay una distinción de roles entre ambos, surgiendo preguntas como ¿cuál es la diferencia entre psicólogo y psiquiatra?, y ¿el psicólogo es lo mismo que un doctor?.

De acuerdo a lo anterior, el desarrollo de la psicología clínica ha sido lento y se puede decir que los resultados obtenidos se deben en buena medida al interés cada vez mayor que la sociedad ha demostrado durante estos últimos años por la adaptación y salud mental sin olvidar que una parte muy importante se debe también a las aportaciones que han hecho los psicólogos y a los servicios potenciales que estos pueden proporcionar (Garfield, 1979, pp. 16-18).

Aunque los problemas aún no se han resuelto de forma definitiva, la psicología clínica sigue enriqueciéndose, desarrollándose y, lo más importante, se ha ido incorporando cada vez más al terreno del campo de la salud.

### **1.2.1 Funciones y campo de trabajo del psicólogo clínico**

El psicólogo clínico enfoca su actividad a la evaluación y tratamiento de personas o grupos que sufren de problemas emocionales y de adaptación. Su área de interés se concentra en la problemática individual de un sujeto así como la derivada de su interacción con el ambiente (Harsch, 1985).

Probablemente una de las caracterizaciones más adecuadas de las funciones del psicólogo clínico sean las siguientes, de acuerdo a la Federación Colombiana de Psicología (1974):

"En el campo clínico, el psicólogo trabaja con niños, adolescentes y adultos, ya sea de manera individual o en grupo y su actividad profesional puede realizarse en forma de práctica privada o en instituciones como clínicas y hospitales, centros de higiene mental, reclusorios y establecimientos de reeducación, en centros de asistencia familiar, asesoría, etc."

Las funciones que puede desempeñar el psicólogo clínico son variadas. No obstante, tal variedad se puede agrupar en las siguientes actividades:

#### **a) Evaluación**

La evaluación consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. La evaluación se puede hacer de manera individual o se puede realizar con dos o más, por ejemplo, una pareja, una familia u otros grupos



colectivos. La información que se ha recabado puede ser empleada para el diagnóstico de problemas psicológicos, la elección de técnicas de intervención y tratamiento, la orientación vocacional, la selección de candidatos a un puesto de trabajo, la elaboración de un perfil psicológico, la obtención de datos complementarios a una evaluación previa, etc.

En general, los instrumentos más usuales son las pruebas psicológicas, cuestionarios, entrevistas, observaciones y en algunas circunstancias aparatos psicofisiológicos. A menudo estos procedimientos se utilizan en combinación, constituyendo una batería de pruebas o una estrategia de medida múltiple.

### **b) Diagnóstico**

Consiste en la identificación y categorización del problema del comportamiento, cognitivo, emocional o social de la persona, grupo o comunidad de que se trate. Debe entenderse como resultado del proceso de evaluación psicológica, y en el ejercicio de esta función, el psicólogo clínico habrá de tomar decisiones como:

- Si se trata de un problema que cae dentro de su competencia o no.
- Sobre el grado de severidad o gravedad de las primeras informaciones que se tienen del problema.
- Indicación del tratamiento.

### **c) Tratamiento e Intervención**

El tratamiento supone intervenciones clínicas con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos, emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales y otros. Estas formas de ayuda pueden denominarse

psicoterapia, terapia o modificación de conducta, terapia cognitiva o cognitivo-conductual, terapia psicoanalítica, terapia sistémica, terapia existencial (fenomenológica o humanística), consejo o asesoramiento psicológico, o puede todavía reconocerse con otros nombres dependiendo de la orientación y preferencia del psicólogo clínico.

La prestación del tratamiento puede ser individual, en pareja, o en grupo, y ser llevado por uno o más psicólogos constituidos en equipo. Los clientes pueden ser pacientes externos o pacientes internos (residentes en una institución).

Los objetivos del tratamiento pueden concretarse en la solución de un problema específico, proponerse la reconstrucción de la personalidad o algún propósito entre estos dos extremos.

Igualmente, además del interés en el entendimiento y el alivio de la solución de un trastorno dado, la actuación del psicólogo clínico puede incluir la prevención de problemas mediante la intervención en instituciones, contextos y ambientes, así como la intervención centrada en personas con riesgos o en toda una comunidad.

En algunos casos, la actividad del psicólogo clínico ha de ser entendida como intervención, más que como tratamiento en el sentido estricto. Se trata, en este caso, de un conjunto de acciones destinadas a resolver un problema previamente identificado y analizado, como modificar los flujos de información en una sala médica para reducir los niveles de ansiedad de los enfermos.

La intervención tiene que ver también con el estudio y conducción de los factores individuales, ambientales y relacionales, que puedan favorecer y/o perturbar la calidad del proceso de adaptación a la enfermedad. Esta función implica objetivos como:

- Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en la calidad de la atención recibida por el paciente.

- Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en el bienestar de los pacientes durante su enfermedad.
- Identificar los problemas psicosociales causados por la enfermedad (diagnóstico, curso, tratamiento y recuperación).
- Diseñar y ejecutar programas de tratamiento de las disfunciones psicosociales que acompañan el proceso de enfermar o a la propia hospitalización y tratamiento correspondiente.

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

La intervención psicológica ha desarrollado técnicas y estrategias eficaces, especialmente dirigidas a cumplir los fines propios de cada uno de los distintos instantes en los que se interviene. Una clasificación de dichos momentos se expone a continuación:

- **Primer nivel.** En este nivel se da el contacto inicial y directo entre los integrantes de la comunidad y el personal de salud. En este nivel se promueve la salud, se previenen, tratan y curan los padecimientos banales y se controlan ciertos padecimientos crónicos. Su enfoque es integrador y sus características son las siguientes: se ocupa de la población sana, protegiendo y promoviendo la salud, de problemas comunes y de cierto tipo de enfermedades crónicas; atiende a los vecinos de un pequeño lugar, a comunidades determinadas o a familias específicas; el tipo de atención que ofrece es de tipo ambulatorio, ya sea en consultorios o en la propia comunidad; las

funciones que se realizan en este nivel están orientadas hacia la protección y fomento de la salud, al diagnóstico y tratamiento oportuno de los padecimientos, como el control del embarazo normal, la vigilancia del niño sano, etc.

- **Segundo nivel.** Por lo regular el beneficiario llega a este nivel después de haber pasado por el primero. Se identifica con servicios de consulta externa y hospitalización general, en la que se encuentran médicos generales o familiares, algunos especialistas y algunos técnicos especializados. A este nivel acuden todos aquellos pacientes que requieren cierta atención especializada. Su enfoque no es integrador, es en función de individuos, órganos, aparatos o sistemas aislados. Sus características son las siguientes: se ocupa de la población enferma que necesita cierta atención especializada; sirve a grandes grupos de población o a varias comunidades y el tipo de atención que se da es intermitente y por lo tanto discontinua; los pacientes habitualmente provienen del primer nivel y los servicios se otorgan en consulta externa y salas de hospitalización; las funciones que se realizan a este nivel son el orientar al paciente hacia el diagnóstico y el tratamiento temprano y la limitación del daño.
  
- **Tercer nivel.** Se identifica con la atención médica especializada y con problemas de salud que requieren solución quirúrgica o la participación de servicios altamente técnicos. Sus características son las siguientes: se ocupa de la población enferma; sirve a grupos de población muy grandes o a muchas comunidades; sus funciones son fundamentalmente la curación y la rehabilitación.

La intervención psicológica, en el campo clínico, ha sido tradicionalmente vinculada con la psicoterapia individual. Sin negar que este es el modelo de mayor desarrollo, no cabe duda de que existen otros niveles, que gozan de gran tradición y aceptación entre los psicólogos clínicos. Una clasificación de los distintos niveles podría ser la siguiente:

- Individual
- Grupal
- Familiar
- Comunitario
- Institucional

#### ***d) Consejo, Asesoría y Consulta***

Este apartado se refiere al consejo como experto que el psicólogo clínico proporciona para una variedad de problemas a petición de alguna organización, incluyendo, en primer lugar, el contacto entre un psicólogo como consultor y los otros profesionistas de cualquier servicio dentro del sistema de salud. Aquí, el trabajo del psicólogo se integra en el cuidado de los pacientes de forma permanente. Éste diseña en colaboración con los demás profesionistas e interviene en la ejecución de programas para modificar o promover conductas adecuadas, como es el caso de programas referidos a las conductas de cumplimiento o adherencia al tratamiento; o para modificar conductas que constituyen un factor de riesgo añadido para la salud del paciente, o que pueden dificultar su recuperación o rehabilitación.

Las organizaciones consultantes pueden ser muy diversas, además de la sanitaria: desde médicos y abogados en práctica privada, hasta agencias

gubernamentales, entidades judiciales y corporaciones multinacionales, así como centros educativos y de rehabilitación, sociedades y asociaciones.

El aspecto fundamental de la consultoría es la orientación u objetivo que se le dé. Cuando la consulta esta orientada a casos específicos, el psicólogo clínico se dedica a uno o varios de estos y los trata directamente, aconsejando cómo se debe mejorar. Un ejemplo de consulta de casos sería la discusión periódica con los ejecutivos o el personal de una institución de salud mental, un hospital, una cárcel, empresa, fábrica, etc., sobre los métodos para manejar problemas específicos que se presentan con los clientes, los pacientes o los compañeros de trabajo. La otra manera importante de orientar la consulta es hacia programas o hacia administraciones, dedicándose no a los casos aislados, sino a los aspectos de la organización o de la estructura que están provocando los problemas.

#### **e) Investigación**

El psicólogo, tanto por tradición histórica como por formación profesional, está orientado a la investigación. De hecho, esta actividad es una característica del psicólogo en relación con los demás profesionistas de la salud y así, la investigación ha llegado a constituir una contribución reconocida en el contexto clínico. Las investigaciones del psicólogo clínico se llevan sobre todo en los propios contextos aplicados, pero también se llevan en laboratorios disponiendo ya de mejores condiciones para estudios controlados.

Las áreas de investigación por parte del psicólogo clínico incluyen desde la construcción y validación de pruebas o instrumentos hasta el estudio del proceso y del resultado de distintos tratamientos psicológicos, desde la determinación del valor pronóstico de determinadas variables, el análisis de contextos infantiles o geriátricos hasta la evaluación o experimentación neuropsicológica, por señalar algunas de las posibles áreas de investigación.

### **f) Enseñanza y Supervisión**

La dedicación a la docencia y formación de otros en el área clínica tiene varias modalidades. El psicólogo puede estar total o parcialmente dedicado a la enseñanza tanto a nivel licenciatura como a nivel de postgrado. Las técnicas utilizadas son las tradicionales: clases, sesiones de discusión, demostraciones en laboratorios, investigación de campo, etc.

Los psicólogos clínicos también tienen un importante cometido didáctico en la supervisión de las investigaciones y prácticas profesionales realizadas por sus alumnos (Seemon, 1973 citado por Bernstein, 1982, p. 79). Los niveles de trabajo varían desde la tesis para obtener el título de licenciatura, hasta los trabajos que se exigen para los estudios de postgrado. La mayor parte de los psicólogos que supervisan las investigaciones enseñan al alumno a situar adecuadamente la investigación, aplicar sus principios básicos y a usar los sistemas que son útiles en el campo que están investigando.

No toda la enseñanza que hacen los psicólogos clínicos se enmarca en el contexto académico. Mucha de su actuación didáctica se hace en la práctica misma de su profesión, impartiendo cursos prácticos o didácticos para internos de alguna especialidad médica, psicológica u otras, para trabajadores sociales, enfermeras, oficiales de policía, maestros, administradores, ejecutivos, educadoras, abogados y muchos otros grupos, cuyas capacidades pueden aumentar considerablemente si desarrollan un conocimiento más completo de los aspectos psicológicos.

### **g) Administración**

Esta función incluye la guía y control de esfuerzos de un grupo de individuos para lograr un objetivo común, mediante el uso de técnicas de planeación, organización, reunión de recursos, dirección y control (Newman 1950, citado en Kendal, 1988, p.42).

Las funciones desempeñadas dentro de esta área son: coordinar las actividades del personal, planear y organizar los recursos, distribuir los presupuestos, desarrollar y llevar a cabo las políticas de la institución, redactar los informes, presidir las reuniones, escribir las propuestas para la asignación de fondos, hacer planes para la utilización y desarrollo de las instalaciones y/o servir de mediador en los conflictos con otras instituciones (Negrete, 1998, 25-30).

Con respecto al campo de trabajo en donde puede laborar el psicólogo clínico, se puede encontrar que tanto en Instituciones públicas como privadas éste tiene un campo de acción muy amplio, así como también puede ejercer su profesión en consultorios o agrupaciones psicológicas.

En un trabajo realizado por Serra (1984) referente al campo de trabajo del psicólogo clínico en México, logró constituir una muestra de 644 psicólogos que trabajaban realizando actividades propias del área. Algunas de las Instituciones donde se encontraron psicólogos laborando fueron las siguientes:

- Secretaría de Salud
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado
- Secretaría de Gobernación
- Departamento del Distrito Federal
- Secretaría de la Defensa Nacional
- Secretaría de Marina
- Secretaría de Educación Pública
- Sistema de Desarrollo Integral de la Familia
- Procuraduría General de la República



- Centros de Integración Juvenil

También se encontró que el psicólogo clínico labora en instituciones de diferentes estados de la República y en consultorios e instituciones privadas. En este estudio las conclusiones a las que llegaron fueron las siguientes:

1. La psicología clínica es ejercida en su mayoría por gente joven que está adquiriendo experiencia. Sin embargo, existen psicólogos experimentados que supervisan y orientan en la práctica profesional a sus colegas más jóvenes.
2. La mujer prevalece en el ejercicio de la profesión, a pesar de que, por características histórico-sociales, no le dedica todo el tiempo, pues *debe* dedicarse al cuidado de su casa y de su familia.
3. La psicoterapia es el campo de intervención que generalmente ha sido ejercido por el psicólogo clínico; sin embargo, es necesario brindarle más atención a la preparación para el ejercicio de esta actividad, dado que se requiere que quien la ejerce tenga una preparación académica sólida y que reciba supervisión, además de que esté o haya estado en psicoterapia.

Por otro lado, Cárdenas (1996) menciona que dentro del área clínica ocurre que los recién egresados que optan por la actividad institucional superan ampliamente a aquellos que intentan trabajar en un consultorio privado. Es decir que se trata de un camino en etapas, pues el profesional recién egresado está interesado en incorporarse en instituciones por dos motivos básicos: completar su formación práctica y relacionarse con otros colegas para tener acceso a posibles fuentes de trabajo. En la medida que van aflanzando su situación laboral y consecuentemente su posición económica, empiezan a abandonar estas primeras actividades y se concentran en su trabajo de consultorio, combinado a veces con alguna Institución pública o privada.

Como los recién egresados buscan la institución como primer campo de trabajo, no ocupan, salvo contadas excepciones, puestos directivos en las instituciones en las que se insertan, teniendo un estatus legal totalmente arbitrario y en la mayoría de los casos se ubican en funciones de psicodiagnóstico (Cárdenas, 1996, p. 49).

Después de hacer una revisión de las funciones y del campo de trabajo del psicólogo clínico en México, uno se puede dar cuenta de que existen diferencias muy significativas en cuanto a lo que hace laboralmente el psicólogo clínico y lo que realmente es capaz de hacer por la preparación profesional que tiene.

Es de suma importancia que los psicólogos clínicos tratemos de ir abriendo más puertas en el área laboral para demostrar que tenemos una formación sólida que nos permite trabajar en diversas áreas con buenos resultados, no solamente en el área médica e impartiendo psicoterapia.

### **1.2.2 El psicólogo clínico en el Sector Salud**

La participación formal de la psicología en el vasto campo de la salud ha venido cobrando una relevancia cada vez mayor a la luz de las redefiniciones del propio concepto de salud y de los cambios en el panorama epidemiológico. Las aproximaciones tradicionales como psicología médica y medicina psicosomática están ahora acompañadas por desarrollos psicológicos e interdisciplinarios relativamente recientes, como la medicina conductual y la psicología de la salud.

También se ha diversificado la gama de funciones, actividades y programas en los que participa el psicólogo clínico, aún cuando se está lejos de su aplicación profesional plena. El trabajo que hasta hace algunos años era fundamentalmente de forma individual está ahora siendo acompañado por la participación del psicólogo en equipos multidisciplinarios para dar atención al paciente. Sin

embargo, todavía se considera que la participación del psicólogo en el sector salud se ha reducido, con frecuencia, a servir como un auxiliar técnico de otras profesiones; que no se le otorga el rango de profesionista; que se dejan de aprovechar sus habilidades y conocimientos para el desarrollo de actividades de diagnóstico, intervención e investigación en numerosas ramas del sector salud (Urbina, 1993, p. 349).

En este sentido Urbina y Rodríguez (1993) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue realizar un estudio completo e integral acerca de la participación técnica y profesional del psicólogo en el Sector Salud, así como tener un acercamiento a los principales aspectos de su formación.

En principio, las instituciones consideradas para realizar la investigación y determinar los recursos humanos con formación en psicología que se encontraban laborando en el sector salud fueron el Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SSA).

Con respecto al número de psicólogos contratados por las instituciones del Sector Salud, en cada entidad federativa encontraron que de los 1,491 psicólogos declarados por las cuatro instituciones más importantes del sector salud, 946 (63%) están en la SSA, 197 (13%) en el IMSS, 144 (10%) en el ISSSTE y 204 (14%) en el DIF.

En la zona metropolitana de la Ciudad de México se concentró el 55% (819) y junto con Jalisco (145), Nuevo León (82) y Puebla (48) mantenían el 73.4 % del total. Inversamente, en once estados hubo menos de 10 psicólogos dentro del sector salud y en algunos estados sólo se encontraron uno o dos psicólogos que prestan sus servicios.

Otra variable que tomaron en cuenta en este estudio fue el sexo. En lo que se refiere a éste determinaron que existe una coincidencia casi total entre las

instituciones para contar con personal mayoritariamente femenino en un 73.5%, mientras que el personal masculino solo se ubicó en un 26.5%.

Con respecto a los servicios o las actividades que realiza el psicólogo dentro de las Instituciones del sector salud, éstas se dividieron en tres categorías:

- a. **Servicios psicológicos personales:** En esta categoría se incluyen aquellos en los cuales el profesionalista de la psicología aplica sus conocimientos y habilidades a casos particulares de individuos, familias o grupos pequeños, para la prevención o solución de un problema de salud que involucre el comportamiento humano, o bien para la rehabilitación de quien ha sufrido un daño.
- b. **Servicios psicológicos no personales:** Están constituidos por aquellos en los cuales el profesionalista de la psicología aplica sus conocimientos y habilidades en acciones o programas de salud, que involucrando el comportamiento humano, se dirigen a colectivos humanos amplios. También se consideran aquí las labores de investigación y los servicios profesiones, que sin tener una relación directa con los usuarios finales, si le afectan en forma mediata, como pueden ser la elaboración de programas de estimulación temprana o de educación para la salud, las actividades de capacitación de recursos humanos para la salud, el análisis de estrategias operativas de las dependencias o instituciones y las labores directivas y de coordinación.
- c. **Servicios no psicológicos:** Aquí se consideran aquellas actividades profesionales que competen a otras disciplinas como las operativas o de apoyo administrativo. En general, son aquellos servicios en los que no se requiere que quienes los realizan sean especialistas del comportamiento.

En lo referente a los resultados de las variables antes mencionadas, concluyeron que dentro de los servicios personales, la institución que mayores

recursos humanos en psicología dedica a ellos es el DIF (79%), seguida del ISSSTE (67%), el IMSS (44%) y la SSA (35%). Con respecto a los psicólogos que ofrecen servicios de tipo no personales se encontró que en la SSA hay un 28%, en el IMSS un 47%, en el ISSSTE un 8% y en el DIF un 12%, mientras que dentro de los servicios no psicológicos se encontró en la SSA UN 37%, en el IMSS 9%, en el ISSSTE 25% y en el DIF 9%.

Al analizar los datos con respecto a la formación profesional encontraron que solo el 60% de los psicólogos que laboran en el sector salud están titulados, aunque sumados a quienes han cubierto el total de sus créditos alcanzan el 98%. Respecto al área de semi-especialización en la licenciatura, los resultados indican que el área de psicología clínica, la general y la educativa concentran el 85% teniendo la clínica un porcentaje de 45%, el área general un 21% y la educativa un 19%.

Por otra parte, un 35% de la muestra declaró cursar o estar cursando estudios de postgrado, siendo la maestría el grado con más alto porcentaje (43.2%). De quienes informaron sobre cursos de postgrado, el 11% ya había obtenido el título de los estudios cursados, el 54% los tiene concluidos y el 35% los está cursando. Es de notar que la mayor parte de estos estudios corresponde al área de la psicología clínica con un 32%.

Por otro lado, Rodríguez de Arizmendi (1981) afirma que la participación del psicólogo en el sector salud se debe situar en diferentes perspectivas: el papel tradicional que ha venido desempeñando, las posibilidades que genera el desarrollo de la psicología como ciencia y la redefinición constante del concepto de salud.

Desde el punto de vista tradicional y dentro del concepto acostumbrado de salud que se ha centrado en el objetivo de recuperarla, en el aspecto biológico el papel del psicólogo ha sido básicamente participar en el tratamiento de la enfermedad mental como un auxiliar del médico.

Por otro lado, en la medida en que la psicología ha superado el enfoque mentalista y se ha enfocado en el estudio experimental del ser humano, vemos que el psicólogo interviene en la solución de otros problemas que no se consideran de tipo "mental", como aquellos casos que requieren rehabilitación y también tareas que implican organización, interacción de grupos, formación de recursos para la salud, etc. Si bien el campo de actividad se ha ampliado, el carácter de auxiliar en la curación sigue vigente, se ha extendido y tiende a reafirmarse como actividad de carácter técnico (Rodríguez de Arizmendi, 1981, p. 23).

También, la participación de la psicología en el desarrollo del conocimiento que la medicina requiere como profesión, ha crecido en lo que va de este siglo. Sin embargo, su proyección profesional no ha estado al mismo nivel, es decir, que la psicología en el nivel de la formación profesional adolece de carencias. Mientras, la definición del campo de aplicación no se ha logrado con completa claridad ni con la especificidad necesaria. El denominado sector salud todavía no se ha sacudido del enfoque tradicional y se encuentra en proceso de reestructuración (Rodríguez de Arizmendi, 1981, p.24).

Con el estudio de Urbina y Rodríguez y con lo expuesto por Rodríguez de Arizmendi, nos podemos dar cuenta de que el psicólogo clínico tiene un campo de aplicación muy amplio en el sector salud, a pesar de que la acción del profesional de psicología en el campo de la salud debe reflejar una necesidad de éste, y no una inclusión aleatoria de la necesidad de empleo.

### 1.3 El psicólogo en el ámbito hospitalario

#### 1.3.1 Psicología y Medicina

El camino que ha seguido la lucha por comprender y aceptar la relación entre los aspectos psicológicos y físicos en el ser humano ha sido largo e intrincado (Prokop, Bradley, Burish, Anderson y Fox, 1991, pp.5-17). Ya Hipócrates en el 460 a. C. afirmaba que la salud era el balance de los humores corporales (sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla), cuyo desequilibrio provocaba no sólo problemas a la salud física sino también a la conducta y a la personalidad. Prescribía como tratamiento medicinas, cambios en la dieta, ejercicios y baños de mar; sin embargo, este enfoque, que vinculaba psicología y medicina, no tuvo una evolución continua: ambas disciplinas siguieron por caminos separados, teniendo un desarrollo sostenido la medicina y un proceso sumamente lento la psicología, anclada como estaba en concepciones que consideraban a las enfermedades mentales como posesiones demoníacas o como persecuciones diabólicas.

El conocimiento de la anatomía y la fisiología se incrementó gradualmente, y para el siglo XVI influye de manera determinante el pensamiento de René Descartes, filósofo que sostenía que la mente y el cuerpo eran dos entidades separadas. Su influencia fortaleció aún más la separación entre la psicología y la medicina: colocó a la psicología en una posición no científica y desplazó a la medicina al campo de la física (Ortiz, 1996, pp.17-24).

En el siglo XIX, tanto las disfunciones médicas como las psicológicas entran en el campo de la ciencia. Entre otras aportaciones al estudio de la relación mente-cuerpo destaca la de Sigmund Freud, quien hipotetizaba que la presencia de síntomas físicos en ausencia de causas biológicas era el reflejo de conflictos inconscientes, que los pensamientos inaceptables o perturbadores eran mantenidos en el nivel inconsciente para reducir la ansiedad, pero la presión de aquellos podía dar lugar a la aparición de desórdenes físicos.

La posición de Freud y sus seguidores dio lugar a lo que se conoce como *medicina psicosomática*, cuyo campo se ha extendido desde el estudio inicial de las respuestas vegetativas a la emoción hasta el enfoque de los factores psicológicos y psicosociales en cualquier paciente que presenta trastornos físicos.

Lo anterior ilustra las dificultades que frenaron el desarrollo de las concepciones integrales del hombre, lo que condujo a un divorcio entre la psicología y la medicina, dando como resultado que la medicina tomara una orientación fundamentalmente biológica, que desdeñó la influencia de factores diferentes a los físicos en la explicación de la salud y la enfermedad.

Así, a lo largo del siglo XX, los avances de la medicina han sido cada vez más decisivos con el desarrollo de fármacos, diversas vacunas y avances espectaculares en la tecnología médica en general para el tratamiento de la enfermedad. La importancia dada a la salud física seguía en aumento, sobre todo a partir del decenio de 1950 (Ardila, 1998). Tradicionalmente los médicos han tenido la exclusividad en este campo, entendiendo la salud como algo que hay que conservar o curar utilizando la cirugía y la farmacología como sus principales armas para tal objetivo (Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990, citado en Alquieiria, 2002, pp. 56-59).

Por años, la medicina ha considerado a la psicología como una disciplina auxiliar, que podía procurar un cierto bienestar a los pacientes pero sin que ello pudiera compararse con la demoledora eficacia de los resultados quirúrgicos o farmacológicos. Es decir, no hacía ningún mal e incluso podía lograr ciertos beneficios, pero constituía un elemento perfectamente prescindible.

Hace años que el concepto de salud cambió y se incluyeron factores psicológicos y sociales, y se comenzó a considerar la salud como un estado global del individuo, y no sólo la ausencia de una enfermedad física: se pasó de atender enfermedades a atender enfermos. Sin embargo, la brecha entre la medicina y la psicología sigue abierta en nuestros días (Remor, Arranz y Ulla, 2003, pp. 123-124).



A lo largo de las últimas décadas ha surgido en la psicología clínica un interés creciente por atender de manera global los problemas de la salud humana, más allá de los trastornos de la salud mental. Para Ribes (1990), el análisis psicológico que trata de entender el estado de salud-enfermedad ha de constituir una dimensión en la que se plasme la individualidad de una biología particular como entidad ubicada en un entorno en interacción permanente.

### 1.3.2 El hospital: Una organización para la salud

Los hospitales son instituciones para el cuidado de la salud dentro de los sistemas sanitarios. Constituyen escenarios de interacción en los que se representan las relaciones interpersonales a través de las cuales se desarrolla la atención a la salud (López, Pasor y Neipp, 2003; citado en Remor 2003, p. 33).

Los hospitales no son entidades aisladas, sino organizaciones abiertas que están dentro de una cultura (occidental) que determina corrientes de pensamiento, ideologías y valores. La definición de salud se construye en el sistema social, y los hospitales reflejan y a la vez proyectan los valores y creencias sobre la salud, y, por lo tanto, el cuándo, el cómo y cuánto hay que invertir en cuidarla (Rodríguez Marín y Zurriaga, 1997, p. 104). Por ello, comprender un hospital es conocer el contexto sociocultural en el que está inmerso.

Actualmente se impone la *cultura hospitalaria* en el esquema de cuidado sanitario. Las personas tienen una actitud más positiva hacia los hospitales como lugares de curación y tratamiento. Pero el hospital moderno de los países industrializados es el resultado de una evolución histórica, que comienza con la acogida hospitalaria no necesariamente a enfermos y sin la existencia de médicos, hasta lo que hoy se entiende como un recurso al que se tiene derecho de acceso en el sistema de salud.

Los hospitales eran lugares de caridad, centros de recogida de pobres, huérfanos y viajeros, y no necesariamente enfermos. Los antecedentes más remotos son los hospitales en el siglo IV, en donde los obispos orientales acogían a moribundos. Hasta el siglo XVIII estos establecimientos se denominaron *hospitales*, cuyo significado era el de "casa de acogida" o "lugar para morir". El movimiento *Hospice* actual reformula esta acepción al recuperar esa misma función de atención a enfermos terminales.

Los hospitales se mantuvieron así hasta los siglos XVIII y XIX. Durante la Ilustración los hospitales reflejaron el cambio de enfoque generalizado respecto a la visión del hombre, convirtiéndose en lugares seculares de atención sanitaria, centrados en la curación y el desarrollo de conocimientos. Comienza aquí de modo progresivo la incorporación de profesionales sanitarios de modo permanente primero con la participación de cirujanos, debido a las necesidades militares, y después como respuesta a necesidades de formación y docencia. El hospital empezó a cumplir así funciones de defensa y fomento de la población, gestión de la asistencia a necesitados como deber social sin finalidad religiosa, facilitación del reconocimiento social de médicos y cirujanos y consolidación de su formación profesional a través de la enseñanza clínica (Valenzuela y Rodríguez, 1993, citado en Remor 2003, pp. 31-34). La importancia de la formación de los profesionales y la necesidad de que dicha formación se dé sobre la base de la infraestructura hospitalaria existente no es, por tanto, una cuestión moderna sino que fue un factor importante ya en los orígenes de su evolución histórica.

Aunque a finales del siglo XIX, los hospitales ya eran imprescindibles como centros sanitarios y docentes, fue hasta el siglo XX cuando gozaron de buena reputación. El progreso del conocimiento científico, sobre todo con el avance de la medicina de laboratorio y la bacteriología, hizo de los centros hospitalarios los protagonistas de la asistencia sanitaria profesionalizada. Las decisiones de admisión, cuidado y alta de pacientes dejaron de ser una cuestión de las juntas de beneficencia para dejar el lugar a los criterios médicos. La participación de los médicos en la gestión hospitalaria, la división del trabajo y la

especialización se hicieron también efectivas en el siglo pasado (Valenzuela y Rodríguez, 1993, citado en Remor 2003, p. 33).

Los hospitales se han desarrollado hasta cumplir actualmente funciones de curación de enfermedades, prevención y rehabilitación. También son lugares de investigación y de enseñanza. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1946 al hospital como "parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa tanto curativa como preventiva y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación" (Salleras y Asenjo, 1990 en Morales Calatayud, 1999, p.194).

El hospital ha evolucionado mucho desde los primeros establecimientos en que se atendía a los enfermos, necesitados e indigentes, hasta llegar a nuestros días en donde se pretende unificar la tecnología con la calidad de la atención. Se intenta que los pacientes tengan la mejor asistencia en su sentido más amplio, permitiendo incrementar la satisfacción con los cuidados a través de una modernización en los equipamientos sanitarios y de una atención más humanizada. Esta mejora se consigue fundamentalmente gracias a la labor de los profesionales que trabajan en el marco hospitalario.

Por otro lado, se encuentra otra complejidad más: no todos los hospitales son iguales. Como señala Rodríguez Marín (2001), hay hospitales grandes, pequeños, generales, monográficos (geriátricos, materno-infantiles, etc.), con labores docentes y sin ellas. Por lo tanto, no se habla de hospital en abstracto, pues la estructura organizativa de un hospital es muy variada, pudiendo cambiar en función de su tamaño y del tipo de sistema de salud de cada país o comunidad. Además, estas diversas características se relacionan con la calidad de la asistencia al paciente y con la satisfacción de éste. No obstante, independientemente de las diferencias entre hospitales y de los objetivos específicos de cada profesional, la principal meta en un hospital es el cuidado de los enfermos. Todas y cada una de las tareas están incluidas en un engranaje

cuya función última es conseguir, dependiendo de la situación, la curación o al menos el bienestar del enfermo, convirtiéndose éste en el foco central de la organización.

### 1.3.3 La función del psicólogo en el hospital

El desempeño de la profesión del psicólogo hospitalario arranca de las directrices de la psicología clínica (Martínez y Barreto 2003, citado en Remor, 2003, p. 63). Los psicólogos han estado presentes en los hospitales desde hace más de cincuenta años, pero durante la mayor parte de este tiempo su actividad estuvo vinculada casi exclusivamente a los servicios de psiquiatría.

Durante el tiempo de florecimiento de la medicina psicosomática se produjo un primer desplazamiento de los demás servicios hospitalarios, especialmente aquellos en los que se atendían los padecimientos que recibieron atención privilegiada de esa tendencia: medicina interna, gastroenterología, dermatología y ginecología. Pero ese desplazamiento estaba muy unido al trabajo conjunto con los psiquiatras, porque dichos padecimientos no dejaban de ser interpretados como trastornos mentales. En la mayor parte de los hospitales se consideraba a los psicólogos como parte del servicio de psiquiatría, y era el encargado de aplicar las pruebas de diagnóstico psicológico y, quizá, de colaborar en la psicoterapia de grupos (Morales Calatayud, 1999, p. 197).

A partir de la década de los años setenta, la psicología fue expandiendo su actividad en los hospitales. Según Morales Calatayud este fenómeno tiene como base los siguientes hechos:

1. El aumento del reconocimiento del papel de las variables psicológicas en la evolución de las personas que tienen padecimientos crónicos degenerativos, las que por otro lado cada vez están más presentes en los hospitales. El tema de la

adhesión a los tratamientos ha sido uno de los más importantes en este sentido.

2. El desarrollo de los recursos tecnológicos de la psicología para intervenir en una mayor diversidad de problemas de salud.
3. El aumento en el interés por la calidad de los servicios sanitarios, la satisfacción de los pacientes y familiares, y por la adecuación de los ambientes hospitalarios a las necesidades de los usuarios.
4. La introducción de tecnologías, que a la par que crean nuevas opciones para el tratamiento de ciertas condiciones, generan problemas éticos y psicológicos.
5. Un mayor interés por el trabajo en equipo, y un mayor interés por parte de los profesionales de la salud por obtener y aplicar conocimientos psicológicos.
6. Un mayor interés de los propios psicólogos por actuar en un ámbito más amplio y de manera más independiente.

No obstante, Morales Calatayud (1997) señala que el proceso de integración de los psicólogos a los hospitales está muy condicionado por las características generales de la institución. El psicólogo que trabaja en hospitales debe ser capaz de discernir aquellas problemáticas que requieren de su atención así como otros problemas que pueden darse en el ámbito laboral en que se mueve. Su labor, por tanto, es doble: por un lado trabaja con el enfermo en la búsqueda de la meta común de todos los profesionales de la salud y por otro es un profesional que puede apoyar y beneficiar a otros profesionales que requieren su ayuda (Arteman et al 2001, citado en Remor 2003, pp. 128-132).

La función del psicólogo clínico en hospitales es ayudar al paciente a restablecer su estado de salud o al menos ayudar a controlar los síntomas que

merman su bienestar. Es por tanto, una intervención más especializada hacia la patología que presentan los pacientes. La labor del psicólogo en este caso no es una labor aislada desde su marco de referencia, tiene que trabajar de modo interdisciplinaria con el resto de los profesionales. De este modo, el psicólogo hospitalario deberá conocer a profundidad el ámbito en el que trabaja, así como las reglas de funcionamiento del mismo. Desde este marco se concede gran relevancia a las habilidades de comunicación de los profesionales que ayudan en los siguientes aspectos: transmisión adecuada de información sobre la enfermedad y los tratamientos, determinar las preocupaciones y dudas que el enfermo tiene sobre la enfermedad y el tratamiento, conocimiento de las expectativas del paciente acerca del tratamiento y creación de expectativas de éxito. Así, como señala Taylor (1986), las metas para un buen entrenamiento para los psicólogos que trabajan en hospitales se enmarcan en diversas categorías:

- a) **Clínica.** Para ser capaces de llevar a cabo una buena evaluación de los pacientes y aplicar apropiadamente un abanico de intervenciones psicológicas.
- b) **Investigación y comunicación.** Ser capaces de entender, evaluar y conducir investigaciones y comunicar información de índole psicológica a otros.
- c) **Programación.** Aprender habilidades organizacionales para administrar programas.

Por consiguiente, los psicólogos que desempeñan su trabajo en el hospital deben ser capaces de reconocer los síndromes y trastornos psicológicos de los enfermos y también deben saber los problemas psicológicos que pueden aparecer en cada enfermedad. También deben ser capaces de conocer cuándo y cómo aplicar intervenciones en determinadas situaciones, las cuales

pueden ser de distinto tipo, tales como individual, grupal, familiar, de apoyo, de intervención en crisis, de tipo sexual, intervenciones cognitivo-comportamentales, etc. (Martínez y Barreto 2003, citado en Remor 2003, p. 65).

Por otro lado, el psicólogo que trabaja en un hospital debe ser consciente de la necesidad de conocer la terminología médica y convertirla no en una barrera sino en una herramienta para introducirse en este ámbito. La larga trayectoria médica de los hospitales hace que los profesionales que trabajan allí conozcan y utilicen los términos médicos habituales. La ventaja de los psicólogos reside en el hecho de que sus conocimientos y habilidades en comunicación humana les faciliten llevar a cabo una relación cómoda con el resto de los profesionales y con los pacientes, sabiendo utilizar los términos adecuados dependiendo de los interlocutores con los que se encuentre (Remor, 2003, p. 842).

Otro aspecto no menos importante es el conocimiento de las indicaciones de uso de los fármacos y cómo afecta dicha medicación a los enfermos. También deberán saber cómo interactuar satisfactoriamente con el personal médico y con el de enfermería (Kainz, 2002). Deben ser capaces de ofrecer apoyo al equipo, facilitar el entendimiento de los pacientes y sus familias con el personal sanitario y deben ser hábiles en la comunicación con miembros de otras disciplinas y en la formación de residentes (Blum y Gordillo, 1996).

Así, los objetivos más importantes de la psicología en los hospitales deben ser agrupados en cuatro direcciones principales que deben estar vinculadas entre sí (Morales Calatayud, 1999, pp. 201- 202):

- La **asistencia directa** a los enfermos y sus familiares, así como al equipo de salud.
- La **docencia**, mediante la enseñanza regular de contenidos de psicología a estudiantes de medicina y enfermería y a todas aquellas profesiones que estén relacionadas con la salud, así como mediante la participación en cursos y entrenamientos sobre

problemas específicos (relaciones con los pacientes, técnicas de comunicación de información, etc.).

- La **investigación**, que debe estar orientada al esclarecimiento de aspectos psicológicos tanto de los problemas de salud como de la atención de los mismos.
- La **acción institucional**, que comprende los problemas de la satisfacción de los usuarios con los servicios, el diseño del ambiente hospitalario, la evaluación y el mejoramiento de los sistemas de información, la optimización del funcionamiento de los servicios y equipos de trabajo.

En definitiva, se trata de un conjunto de actitudes, conocimientos y habilidades que permiten llevar a cabo una relación de ayuda eficaz, que pueda servir de base para el manejo de los problemas en el ámbito laboral del psicólogo hospitalario.

Dentro de esta misma línea, resulta paradójico que si bien se maneja desde hace años el concepto de salud desde un punto de vista físico, psicológico y social, no haya dotación de recursos humanos especializados en el ámbito de la salud para atender las necesidades que tal concepto implica. De tal escasez de recursos se deriva que en la mayoría de los casos sean los médicos y profesionales de enfermería quienes deban atender todas las necesidades —médicas, psicológicas y sociales— del paciente.

Una vez más, se llega a un punto en que la labor del psicólogo es esencial en el ámbito hospitalario, ya que deberán ser también psicólogos quienes habrán de formar en habilidades de manejo de reacciones emocionales a los otros profesionistas, así como en habilidades de manejo de otras situaciones difíciles (Ulla 2003, citada en Remor 2003, pp. 50-52).



Por otro lado, hay que considerar el modelo sanitario que se maneja en la actualidad en la mayoría de las instituciones de salud, el cual afronta la enfermedad desde una perspectiva exclusivamente biotécnica y como un fenómeno individual, olvidando que la enfermedad no tiene sentido sino sólo en relación con la salud, y en un marco integral donde las causas de la enfermedad no son sólo bioindividuales sino también psicológicas y sociales, por lo cual exigen una respuesta organizativa que asuma a la persona de forma individual y social.

Así, se quiere insistir en que la atención integral de los pacientes, que supone el abandono del paradigma biomédico y mecanicista, precisa de importantes adaptaciones por parte de todo el sistema, desde las instituciones hasta los profesionales. Por consiguiente, será necesario, que todos los profesionales implicados en el ámbito de la salud realicen su adaptación al nuevo paradigma, desde su propia parcela de actividad y en estrecha colaboración con otros profesionales para poder así atender de forma óptima las necesidades de los pacientes y sus familias, asegurando la adaptación a la difícil situación que supone enfrentarse a una enfermedad (Blum y Gordillo, 1989).

### **1.3.4 El psicólogo en el equipo interdisciplinario**

El equipo interdisciplinario se define como "un grupo de distintos profesionistas que trabajan con metodología común, compartiendo un proyecto asistencial y los objetivos de la atención" (Gorchs y Roca, 1996, citados en Remor, 2003, p. 130). Cada profesional aporta sus conocimientos, experiencia y entrenamiento para la realización de un objetivo común y es la interacción entre los profesionales la que permite la elaboración del plan de trabajo (Paiomar, Nabal y Naudí, 1998, citado en Remor, 2003, p. 847).

La dinámica de trabajo en equipo no es espontánea; para llevarla a la práctica son necesarias ciertas bases, como son: el crear conciencia de

pertenencia que dé coherencia y permita afrontar los cambios que pueden surgir en el grupo; establecer normas que todos los miembros comprendan y que cada miembro asuma el rol asignado desempeñando sus funciones.

El trabajo en equipo es difícil y requiere de parte de los profesionales respeto por los conocimientos y valores de los demás miembros, aceptando la realidad de la coincidencia de roles. Cada miembro del equipo debe sentirse hábil en su propia disciplina para funcionar independientemente, pero reconocer que los cuidados del paciente y las familias son mejores con algún grado de colaboración (Vachon, 1996, citado en Remor, 2003, p. 849).

El contacto del psicólogo con el enfermo y la familia está filtrado por el médico y la enfermera, quienes son los profesionales a los que se pide asistencia en primer lugar. La evaluación e intervención del psicólogo puede no ser directa con todos los enfermos y familiares, por lo que es función del equipo detectar el malestar de origen psicológico y derivar en los casos en que se requieran evaluaciones o intervenciones especializadas. Cuando esta derivación es adecuada, se facilita poner en marcha acciones preventivas en lugar de esperar a que dicho malestar sea mayor o se encuentre fuera de control.

Por otra parte, el equipo puede facilitar la aceptación del psicólogo explicando al enfermo cuáles son las funciones que realiza en este contexto, salvando así algunas de las barreras que se establecen por miedo al estigma social ante la posibilidad de ser diagnosticado con algún tipo de trastorno mental o no considerar necesaria la solicitud de atención o apoyo psicológico.

La interdisciplinariedad logra que el psicólogo sea más eficaz en sus intervenciones al permitirle disponer de información sobre los demás aspectos de la situación y coordinarse con el resto del equipo, procurando una continuidad en el apoyo emocional que se realiza. Sin embargo, también exige que se establezcan y supervisen los medios para optimizar el trabajo de equipo, de la siguiente manera:

- Estableciendo, desde el inicio, medidas de evaluación de los aspectos psicológicos -tanto para el enfermo como para la familia-, las cuales serán aplicadas por otros profesionales, con la participación del psicólogo en su diseño.
- Colaborando en la elaboración de protocolos que faciliten la prevención de complicaciones y la intervención psicológica.
- Fijando vías de derivación para hacer una intervención rápida, una vez detectados los problemas.

Como parte del trabajo cotidiano, el psicólogo participa en actividades conjuntas para establecer el plan de cuidados y evaluar el trabajo. Estas actividades se llevan a cabo en reuniones, procurando así la creación de espacios y tiempos que permitan y faciliten adecuados canales de comunicación; la toma de decisiones compartida y la constitución de una fuente de apoyo entre los miembros del equipo (Vachon, 1997, p. 276).

## 1.4 Concepto y características de la actitud

### 1.4.1 Concepto de actitud

Las actitudes implican expectativas acerca de nuestra propia conducta y de la conducta de los demás, se vinculan con todos los aspectos de la vida social, por lo que sus múltiples efectos son evidentes a nuestro alrededor. Los gustos, los modales y la moral que nos caracterizan, reflejan nuestras actitudes, así como los valores sociales que le sirven de base. La visión que un individuo tiene de su mundo y el mundo mismo en que actúa, pueden ser entendidos observando las actitudes que forman su campo psicológico.

Las actitudes son adquiridas como resultado de la incorporación del individuo a los modos y costumbres de una sociedad. Se les puede considerar en el sentido más amplio de la palabra como representaciones psicológicas de la influencia de la sociedad y la cultura del individuo. En general, son inseparables del contexto social que las produce, las mantiene y las suscita en circunstancias apropiadas, aunque conservan también algo de experiencias individuales únicas. Se les aprende y tienden a persistir como secuelas de la interacción social anterior.

Etimológicamente, **actitud** se deriva del latín *actus*, que significa conveniencia o adaptabilidad, connotando como actitud un estado mental o subjetivo de preparación para la acción.

El concepto de actitud siempre ha presentado variantes de un autor a otro, aunque conservan elementos comunes que son básicos en la mayoría de las definiciones.

Para Thurstone (1928) el concepto de actitud "se usa para denotar la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios y distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones acerca de un asunto

determinado; diferenciando entre actitud y opinión en que ésta es la expresión verbal de la actitud" (Summers, 1978, p. 14).

Allport (1935) define actitud como "un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia y capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que está relacionado" (citado en Rodríguez, 1976, p.329).

Lambert, al realizar un análisis de la naturaleza de las actitudes, dice: que "una actitud es una manera organizada y lógica de pensar, sentir y reaccionar en relación con personas o grupos, resultados sociales o más generalmente cualquier suceso en el ambiente de una persona. Sus elementos esenciales son pensamientos y creencias, sentimientos o emociones y tendencias a reaccionar. Decimos que una actitud se forma cuando esos componentes se encuentran tan interrelacionados que ciertos sentimientos específicos y tendencias a reaccionar se vuelven asociados de manera lógica con una manera particular de pensar acerca de ciertas personas o sucesos" (Lambert, 1979, p. 90).

Rockeach (1966) define la actitud como "una organización aprendida y relativamente duradera de creencias acerca de un objeto o de una situación que predispone a un individuo a favor de una respuesta preferida. La palabra duradera subraya la constancia perceptual de las actitudes como disposiciones duraderas formadas por la experiencia anterior y que la expresión 'organización de creencias' destaca la idea de que las actitudes no aparecen aisladamente, sino más bien tienden a integrar una constelación" (citado en Hollander, 1971, pp. 125-126).

Otros autores, como Cook y Sellitz, consideran a la actitud como "una disposición fundamental que interviene, junto con otras influencias, en la determinación de una diversidad de conductas hacia un objeto o clase de objeto incluyendo declaraciones de creencias y sentimientos hacia el objeto y acciones de aproximación y evitación respecto a él" (citado en Summers, 1978, p.13).

Young (1977) considera que "una actitud es esencialmente una forma de respuesta anticipatoria, el comienzo de una acción que no necesariamente se completa".

Insko (1980) comenta que a pesar de que los psicólogos sociales no están completamente de acuerdo acerca de lo que significa el término de *actitud*, cuando menos existe un principio de concordancia en casi todas las definiciones contemporáneas, en las cuales casi siempre se dice que las actitudes son disposiciones para valorar favorablemente o desfavorablemente los objetos.

Insko resume el término a una disposición para valorar un objeto y adoptar una serie de acciones a favor o en contra, lo cual es en esencia el concepto de actitud.

A pesar de las muchas interpretaciones del significado de actitud, Summers (1978) resume que hay varias áreas que muestran un acuerdo esencial. Primero existe el consenso general de que una actitud es una predisposición a responder a un objeto y no la conducta efectiva hacia él. La disposición a conducirse es una de las cualidades características de la actitud.

Una segunda área de acuerdo esencial es que la actitud es persistente, sin que ello signifique que sea inmutable. Los numerosos estudios sobre las actitudes indican claramente que aunque son susceptibles de cambio, la alteración de las actitudes —particularmente de las que se mantienen vigorosamente—, requieren de fuerte presión. La actitud como variable da origen a la consistencia, la cual tiene entre sus diferentes manifestaciones la forma de verbalizaciones hacia el objeto y de expresiones de sentimientos hacia el objeto, ya sean de aproximación o evitación del mismo.

Una última área de acuerdo esencial, es que la actitud tiene una cualidad direccional, que no implica solamente la formación de rutinas de conductas en la forma de consistencia en las manifestaciones, sino que posee una característica motivacional.

### 1.4.2 Componentes de la actitud

A pesar de que existen diferencias en las definiciones que dan los autores acerca de lo que es la actitud, no se pueden dejar a un lado los componentes que conforman a ésta.

Según Katz y Stotland (1959) y Krech (1962), todos ellos citados por Summers (1978), una actitud tiene tres componentes:

- Componente Cognoscitivo.
- Componente Afectivo o Emocional.
- Componente de Tendencia a la Acción

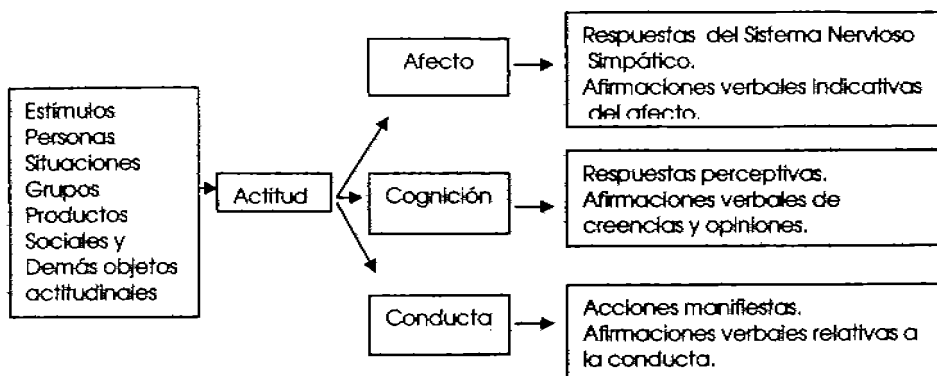
**Componente Cognoscitivo.** Cuando hay una actitud hacia algún objeto, es necesario que exista un previo conocimiento de dicho objeto. Este componente consiste en las percepciones del sujeto, sus creencias y estereotipos; es decir, sus ideas sobre algún objeto. Si se le preguntara a un sujeto cuál es su actitud hacia un objeto específico, pero él careciera de la información y el conocimiento acerca de este objeto, lo más probable es que no obtuviéramos ninguna respuesta ya que el sujeto no podría evaluarlo, no tendría ideas ni creencias o percepciones del objeto, por lo que no podría dar una respuesta. En cambio, si se le preguntara a un sujeto cuál es su actitud hacia un objeto determinado y él tuviera un previo conocimiento, diría qué piensa acerca de dicho objeto y se podría detectar una carga afectiva a favor o en contra del objeto determinado. Así, el componente cognoscitivo es el conocimiento que se tiene acerca del objeto, por lo que el número de elementos del componente cognoscitivo varía de una persona a otra. Las creencias evaluativas son las más importantes para la actitud como concepto de disposición, las cuales abarcan las creencias acerca de las cualidades deseables o indeseables, aceptables o inaceptables y buenas o malas.

**Componente emocional.** El emocional es conocido a veces como el componente sentimental y se refiere a las emociones o sentimientos ligados con el objeto de actitud. Los adjetivos bipolares usados frecuentemente al estudiar los elementos de este componente son: amor-odio, gusto-disgusto, admiración-desprecio y otros que denotan sentimientos de tipo favorable o desfavorable. Es importante señalar que cuando un individuo verbaliza estos sentimientos resulta que éstos son algo más que meros sentimientos o emociones, pues también son cogniciones, a pesar de que son significativamente diferentes de las del componente cognoscitivo. Vale la pena advertir esto porque la mayoría de las investigaciones que tratan de las actitudes se le pide al sujeto que indique de alguna manera sus creencias y también sus sentimientos acerca del objeto; es decir, se le pide que revele sus cogniciones del objeto y de él mismo.

**Componente de tendencia a la acción.** Este componente incorpora la disposición conductual del individuo a responder al objeto actitudinal. Se acepta generalmente que hay un lazo entre el componente cognoscitivo, particularmente entre las creencias evaluativas y el componente de disposición a responder al objeto. También existe la noción general de que las creencias evaluativas y la dirección a la disposición de respuesta tienden a ser compatibles. Además del lazo entre los componentes cognoscitivo y conductual, hay otro lazo entre los componentes emocional y conductual, que se supone está mediado por la relación fisiológica de los estados emocionales del organismo y la disposición a responder.

Los componentes de la actitud los podemos encontrar representados en el siguiente esquema que realizaron Novland y Rosenberg (citados en Cuevas, 1981, p. 29):





Con base en el esquema anterior, en las definiciones citadas y con las aportaciones de los distintos autores consultados podemos concluir que la actitud es:

- Una organización aprendida relativamente estable para valorar favorablemente o desfavorablemente los objetos o clases de objetos, incluyendo declaraciones de creencias (aspecto cognoscitivo) y sentimientos (aspecto afectivo) hacia el objeto y acciones de aproximación y evitación hacia él.

La anterior definición se adapta adecuadamente a las características del presente estudio por lo cual cada vez que se haga referencia a este término se referirá al concepto antes citado.

## 2 MÉTODO

### 2.1 Justificación y planteamiento del problema

El campo de la Psicología clínica goza de un amplio espectro de aplicaciones que se muestran en diferentes contextos, como las instituciones públicas y privadas de salud, centros educativos, instituciones de atención y prevención de la delincuencia, departamentos de atención y desarrollo de recursos humanos, instituciones de atención y desarrollo de la familia, comunidades, grupos con inclinaciones a actividades específicas, etc. Toda esta complejidad social- institucional, hace del psicólogo clínico un profesional cada vez más necesario en el ámbito de su competencia.

Hoy día, la psicología en el área clínica ha alcanzado más competencias y espacios de trabajo dentro de las instituciones y campo de la salud, cada vez de forma más creciente. Sin embargo, dentro de dicha área todavía no se ha logrado que los psicólogos y los médicos trabajen en un mismo nivel de intervención, siendo la atención del paciente en su proceso de enfermedad- tratamiento- curación sujeto de la exclusividad médica.

Así, es de suma importancia saber cuál es la actitud que el médico especialista tiene ante el trabajo del psicólogo clínico en hospitales, con la finalidad de conocer la disposición que hay por parte de los médicos especialistas para trabajar conjuntamente con el psicólogo clínico, ya que es necesario tomar en cuenta los aspectos de tipo psicológico que pudieran ser un serio obstáculo para la recuperación del paciente.

***El poder ayudar al paciente a utilizar recursos de su propia estructura y propiciar en él una mayor adaptación en el proceso de enfermedad-tratamiento-***

*curación, así como dar apoyo a la familia e incluso al propio médico*, es la misión del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario.

Tomando en cuenta lo expuesto se plantea la siguiente interrogante: *¿Cuál es la actitud del médico especialista ante el trabajo del psicólogo clínico en el medio hospitalario?* Esta pregunta surge con el propósito de conocer la actitud que tienen los médicos especialistas de diferentes áreas ante el trabajo de los psicólogos clínicos, esto encaminado a que en un futuro se pueda realizar un trabajo no sólo multidisciplinario sino interdisciplinario con el fin de darle una atención integral al paciente.

### **Objetivo general**

Describir y analizar cuál es la actitud que tienen los médicos especialistas ante el trabajo que desempeña el psicólogo clínico en el ámbito hospitalario.

### **Objetivos específicos**

- Construir un instrumento que permita medir la actitud de los médicos especialistas.
- Analizar la actitud de los médicos especialistas frente a la formación del psicólogo clínico.

- Analizar la actitud de los médicos especialistas frente al reconocimiento institucional que se le da al psicólogo clínico.
- Analizar la actitud de los médicos especialistas frente al ejercicio profesional del psicólogo clínico.
- Analizar si la actitud de los médicos especialistas en enfermedades físicas es igual o diferente a la actitud que tienen los médicos especialistas en enfermedades mentales hacia el trabajo del psicólogo clínico en hospitales.

## 2.2 Hipótesis

De acuerdo a estudios previos y a la experiencia obtenida, la posición de los médicos especialistas en general hacia el trabajo del psicólogo clínico en hospitales puede tomar dos posiciones esperadas que se pueden plantear en las siguientes hipótesis descriptivas:

**H1:** La actitud de los médicos especialistas ante el trabajo del psicólogo clínico en hospitales es desfavorable.

**H2:** La actitud de los médicos especialistas ante el trabajo del psicólogo clínico en hospitales es favorable.

**H3:** La actitud de los médicos especialistas ante el trabajo del psicólogo clínico en hospitales carece de una dirección definida.

Además, se plantea que el tipo de especialidad del médico puede estar relacionada con la actitud con la actitud que tienen hacia el trabajo del psicólogo clínico en hospitales, en consecuencia, se establecen las siguientes hipótesis:

**H<sub>0</sub>:** La actitud de los médicos especialistas en enfermedades mentales es igual a la actitud que tienen los médicos especialistas en enfermedades físicas.

**H<sub>1</sub>:** La actitud de los médicos especialistas en enfermedades mentales es diferente a la actitud que tienen los médicos especialistas en enfermedades físicas.

### 2.3 Variables

**Variable dependiente:** actitud ante el trabajo del psicólogo clínico en hospitales

**Definición conceptual:**

**Actitud.-** Predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto o sus símbolos (Fishbein y Ajzen 1975; Oskamp, 1991; Eagly y Chaiken, 1993; citado en Hernández, 2003).

**Psicólogo clínico.-** Profesionista de la psicología aplicada que estudia y trata las deficiencias de adaptación psíquica y favorece el desarrollo psíquico de las personas. (*Diccionario de las ciencias de la educación*, 1984).

**Definición operacional:**

**Actitud.-** Son las puntuaciones obtenidas por los médicos especialistas en la escala de actitud que fue construida.

**Psicólogo clínico.-** Son los psicólogos que trabajan en la institución.

**Variable Independiente:** Médicos especialistas en enfermedades físicas y médicos especialistas en enfermedades mentales.

**Definición conceptual:**

**Médico especialista.-** Dícese del que con especialidad cultiva un ramo determinado de la medicina o sobresale en ella, como por ejemplo el médico especialista en pediatría, el cual se dedica al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias de los niños. (*Diccionario médico*, 1990).

**Enfermedad física.-** Alteración del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de etiología generalmente conocida, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible. (*Diccionario médico*, 1990).

**Enfermedad mental.-** Alteración en la organización de los procesos mentales o actividades psíquicas de un individuo. (*Diccionario médico*, 1990).

**Definición operacional:**

**Médicos especialistas.-** Se entenderá como médicos especialistas aquellos que estén realizando su residencia o que sean ya especialistas en enfermedades físicas como son los ginecólogos, pediatras, cardiólogos, angiólogos, etc., y

aquellos que sean residentes o médicos especialistas en enfermedades mentales como son los psiquiatras.

**Variabes atributivas:** son aquellas que les dan un atributo a los sujetos: sexo, grado de especialidad y tipo de experiencia.

***Definición conceptual:***

**Sexo:** Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer, del macho y de la hembra: sexo masculino o sexo femenino.

**Especialidad:** Particularidad de una persona o cosa. Rama de una ciencia o arte a la cual se dedica una persona.

**Experiencia:** Conocimiento que se adquiere gracias a la práctica y a la observación.

***Definición operacional:***

**Grado de especialidad:** Se tendrán dos clases de grados: los médicos con especialidad completa y los médicos residentes que son aquellos que están cursando cualquier grado de alguna especialidad médica.

**Tipo de experiencia:** Los médicos de ambas especialidades tendrán que contar con algún tipo de experiencia, las cuales se describen a continuación:

1. **Experiencia Institucional-Profesional:** Se refiere a la experiencia a nivel laboral que han tenido dentro de la institución los médicos especialistas con el psicólogo.

2. **Experiencia Profesional:** Se refiere a la experiencia laboral que han tenido los médicos especialistas con el psicólogo pero fuera de cualquier institución de salud.
3. **Ambas:** Se refiere a la experiencia laboral que han tenido los médicos especialistas con el psicólogo tanto en la institución donde trabajan como fuera de esta.

## 2.4 Muestra

**No probabilística, intencional y por sujeto tipo.** Es no probabilística porque el subgrupo de la población que se eligió no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación (Morales, 1994). Además, los sujetos de la muestra deben cumplir con la característica de haber tenido algún tipo de experiencia o contacto con un psicólogo en el campo laboral, hayan realizado o realicen alguna especialidad en la rama de la medicina como es la psiquiatría, la pediatría, etc. No se tomaron en cuenta aquellos médicos que tienen únicamente estudios de licenciatura, es decir los que sólo son médicos generales. Dicha muestra estuvo conformada tanto por hombres como mujeres indistintamente, 60 médicos son especialistas en enfermedades físicas y los 60 restantes son especialistas en enfermedades mentales.

## 2.5 Sujetos

Se eligieron 120 médicos especialistas en diversas ramas de la medicina como son: psiquiatras, ginecólogos, pediatras, cardiólogos, etc. Con estos sujetos se formaron dos grupos 60 médicos especialistas en enfermedades mentales y 60 médicos especialistas en enfermedades físicas.



## 2.6 Tipo de estudio

Por el tipo de investigación se trata de un *estudio de campo* de tipo *descriptivo*. De campo debido a que los escenarios en donde se llevaron a cabo las aplicaciones del instrumento fueron las instituciones donde trabajan o estudian los sujetos de la muestra; y es de tipo descriptivo ya que únicamente se darán a conocer las actitudes de los médicos especialistas ante el trabajo del psicólogo clínico en hospitales y en vista de que no hay estudios previos que fundamenten la problemática en este tipo de población (Hernández, 2003).

## 2.7 Diseño

*No experimental, transeccional*. Es no experimental, ya que no se va a manipular intencionalmente ninguna variable independiente para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes, dentro de una situación de control, sino simplemente se va a describir a partir de una medición un fenómeno que se está dando dentro de un entorno (Hernández, 2003). Es de tipo transeccional o transversal ya que se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Para propósitos de esta investigación se utilizaron dos grupos independientes, uno conformado por los médicos especialistas en enfermedades físicas y el otro conformado por los médicos especialistas en enfermedades mentales.

## 2.8 Instrumento

Se utilizó una escala para medir la actitud que tienen los médicos ante el trabajo del psicólogo clínico en hospitales. Dicha escala se elaboró a partir del

método de escalamiento de Rensis Likert el cual consiste en una serie de reactivos o declaraciones redactados y seleccionados cuidadosamente.

Dichas declaraciones son presentadas en forma de afirmaciones o juicios, ante las cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada declaración y se pide al sujeto que exteme su reacción al elegir uno de los cinco puntos de la escala. Las alternativas de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuánto se está de acuerdo con la declaración correspondiente. Las alternativas que se utilizaron para responder fueron: totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo. Sólo puede marcarse una opción, ya que se considerará un dato inválido si se marcan dos o más opciones.

Ejemplo:

Se puede confiar en los políticos

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

Para calificar la escala, a cada punto se le asigna un valor numérico y así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la declaración y al final, su puntuación total será la suma de las puntuaciones obtenidas en relación con todas las declaraciones.

Las afirmaciones deben tener dirección: favorable o positiva y desfavorable o negativa. Esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas de respuestas. Si la afirmación es positiva, significa que califica favorablemente al objeto de actitud, y cuanto más de acuerdo con la afirmación estén los sujetos, su actitud será más favorable.

### 2.8.1 Construcción de la escala para medir la actitud del médico especialista ante el trabajo del psicólogo del clínico en hospitales

Debido a que no se encontró un instrumento que pudiera medir al objeto actitudinal en cuestión y en consideración a las necesidades y alcances de esta investigación, se tuvo que elaborar una escala con el método de Likert que permitiera medir la actitud del médico especialista ante el trabajo del psicólogo clínico en hospitales.

Para comenzar a construir la escala fue necesario hacer una revisión detallada del material bibliográfico, tomar en cuenta las opiniones de algunos expertos (psicólogos, psiquiatras y médicos especialistas) en diversas ramas con respecto al trabajo del psicólogo en hospitales, así como la propia experiencia en relación con el objeto actitudinal.

Con base en el material bibliográfico y las consideraciones citadas en el párrafo anterior, se prosigió a elaborar una serie de enunciados o declaraciones; posteriormente, éstas se agruparon en categorías o dimensiones con la finalidad de tomar aspectos específicos de la actitud de los médicos especialistas ante el trabajo del psicólogo clínico en hospitales.

Las dimensiones consideradas para la elaboración de la escala fueron las siguientes:

- **Formación del psicólogo:** Se refiere a los alcances que puede tener el psicólogo de acuerdo con su formación, así como los conocimientos, las técnicas y las habilidades con las que cuenta.
  
- **Reconocimiento institucional:** Se refiere a la importancia y reconocimiento que le da la institución al trabajo del psicólogo, así como las funciones y los roles que desempeña dentro de ésta.

- **Ejercicio profesional:** Se incluye el trabajo interdisciplinario, la disposición por parte de los médicos especialistas a trabajar con el psicólogo, límites del ejercicio profesional, factores laborales que puedan relacionarse con psicólogos y médicos.
- **Miscelánea:** En el caso de nuestro estudio se incluyen declaraciones que no tienen relación con las anteriores, pero que se consideraron importantes para la escala, ya que proporcionan información relevante como si la psicología hace aportaciones importantes a la medicina, así como si los psicólogos perjudican a la gente.

Algunas declaraciones se tuvieron que omitir debido a que no tenían relación con las dimensiones establecidas, o que eran parecidas en su contenido y algunas que su redacción y/o idea eran confusas. A las declaraciones que quedaron se les modificó la redacción, de tal manera que por dimensión quedarán la mitad de declaraciones con dirección positiva y la otra mitad con dirección negativa, esto con la finalidad de que la escala estuviera balanceada y que no se inclinara hacia una actitud desfavorable o favorable.

Una vez que se establecieron las declaraciones con dirección positiva y negativa para cada dimensión, se realizó el sorteo para que las declaraciones quedaran al azar.

La escala quedó constituida de la siguiente manera: 12 declaraciones para la dimensión *Formación del psicólogo*, 8 declaraciones para *Reconocimiento institucional*, 30 declaraciones para *Ejercicio profesional* y 2 declaraciones para *Miscelánea*.

Por último, se realizó la hoja de instrucciones y de datos sociodemográficos. Las instrucciones fueron redactadas en forma clara y precisa para que no hubiera confusión al contestar la escala.

## 2.8.2 Discriminación de reactivos

Este procedimiento se aplicó para identificar si cada uno de los reactivos que integran la prueba permiten ubicar diferencias significativas entre sujetos de calificaciones altas y bajas y por ende distinguir posiciones favorables y desfavorables del objeto actitudinal en cuestión.

Para realizar la discriminación de reactivos se siguió el método de los índices sumados de Rensis Likert, el cual consiste en formar dos grupos: los 30 sujetos con las puntuaciones totales más altas y los 30 sujetos con las puntuaciones totales más bajas, este análisis de reactivos se hizo mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) (Hernández, 2003). Para muestras independientes, que es lo recomendable en este caso, se utilizó la prueba t.

En la tabla 1 se observa que sólo dos reactivos, el 34 y el 40 que pertenecen a la dimensión de Ejercicio profesional no discriminan, ya que el valor de t para el reactivo 34 es de 1.815 con una significancia de .075, mientras que para el reactivo 40 el valor de t es de -1.509 con una significancia de .137, lo cual indica que estos dos reactivos no están discriminando la variable que se pretende medir.

**TABLA 1**  
**Resultados para la discriminación de reactivos**

Reactivos	Grupos	M	SD	t	df	Significancia
R 1	30 más altos	4.50	1.137	2.816		.007
	30 más bajos	3.67	1.155			
R 2	30 más altos	4.87	.346	5.484		.000
	30 más bajos	3.87	.937			
R 3	30 más altos	4.53	.819	2.948		.005
	30 más bajos	3.96	.845			
R 4	30 más altos	4.46	1.003	4.178		.000
	30 más bajos	3.43	.774			
R 5	30 más altos	4.10	1.094	4.350		.000
	30 más bajos	2.93	.980			
R 6	30 más altos	4.33	.711	4.426		.000
	30 más bajos	3.27	1.112			
R 7	30 más altos	4.47	.973	4.385		.000
	30 más bajos	3.23	1.194			
R 8	30 más altos	4.83	.379	8.644		.000
	30 más bajos	2.93	1.143			
R 9	30 más altos	4.43	.935	4.926		.000
	30 más bajos	3.17	1.053			
R 10	30 más altos	4.90	.305	8.729		.000
	30 más bajos	3.67	.711			
R 11	30 más altos	4.90	.305	7.865		.000
	30 más bajos	3.77	.728			
R 12	30 más altos	4.90	.305	6.483		.000
	30 más bajos	4.13	.571			

R 13	30 más altos	4.97	185	7.808	.000
	30 más bajos	4.17	.531		
R 14	30 más altos	4.53	1.137	4.100	.000
	30 más bajos	3.37	1.066		
R 15	30 más altos	4.10	1.155	3.453	.001
	30 más bajos	3.13	1.006		
R 16	30 más altos	4.97	183	7.642	.000
	30 más bajos	3.85	791		
R 17	30 más altos	4.10	1.155	5.328	.000
	30 más bajos	2.57	1.073		
R 18	30 más altos	4.50	682	4.534	.000
	30 más bajos	3.57	898		
R 19	30 más altos	4.53	819	4.054	.000
	30 más bajos	3.53	1.074		
R 20	30 más altos	4.33	922	4.969	.000
	30 más bajos	3.07	1.048		
R 21	30 más altos	4.73	450	6.898	.000
	30 más bajos	3.47	900		
R 22	30 más altos	5.00	000	6.289	.000
	30 más bajos	4.00	871		
R 23	30 más altos	4.90	305	6.002	.000
	30 más bajos	3.93	828		
R 24	30 más altos	4.80	610	4.888	.000
	30 más bajos	3.90	803		
R 25	30 más altos	4.97	183	10.472	.000
	30 más bajos	3.97	490		
R 26	30 más altos	4.93	254	6.623	.000
	30 más bajos	3.70	988		
R 27	30 más altos	4.27	868	3.676	.001
	30 más bajos	3.30	1.149		
R 28	30 más altos	4.93	254	8.035	.000
	30 más bajos	3.87	681		
R 29	30 más altos	4.90	305	8.585	.000
	30 más bajos	3.70	702		
R 30	30 más altos	4.87	434	8.377	.000
	30 más bajos	3.40	855		
R 31	30 más altos	2.73	1.081	2.122	.038
	30 más bajos	2.17	986		
R 32	30 más altos	4.77	430	6.224	.000
	30 más bajos	3.60	932		
R 33	30 más altos	4.63	490	7.758	.000
	30 más bajos	3.23	858		
R 34*	30 más altos	3.17	1.341	1.815	.075
	30 más bajos	2.63	890		
R 35	30 más altos	4.73	785	4.844	.000
	30 más bajos	3.83	648		
R 36	30 más altos	4.30	877	4.392	.000
	30 más bajos	3.27	944		
R 37	30 más altos	4.93	254	6.594	.000
	30 más bajos	3.77	935		
R 38	30 más altos	4.83	461	9.410	.000
	30 más bajos	3.37	718		
R 39	30 más altos	4.67	844	7.047	.000
	30 más bajos	3.00	983		
R 40*	30 más altos	1.87	1.332	-1.509	.137
	30 más bajos	2.30	837		
R 41	30 más altos	4.80	761	4.120	.000
	30 más bajos	4.00	743		
R 42	30 más altos	3.90	1.155	2.793	.007
	30 más bajos	3.10	1.062		
R 43	30 más altos	4.43	774	5.740	.000
	30 más bajos	3.20	887		
R 44	30 más altos	4.07	980	3.860	.000
	30 más bajos	3.10	960		
R 45	30 más altos	4.87	346	7.523	.000
	30 más bajos	3.60	855		
R 46	30 más altos	4.80	407	7.934	.000
	30 más bajos	3.30	952		
R 47	30 más altos	4.80	407	7.749	.000
	30 más bajos	3.37	928		
R 48	30 más altos	4.70	651	7.653	.000
	30 más bajos	3.03	990		
R 49	30 más altos	4.63	1.033	4.614	.000
	30 más bajos	3.40	1.037		
R 50	30 más altos	4.50	731	4.416	.000
	30 más bajos	3.57	898		
R 51	30 más altos	4.70	466	6.307	.000
	30 más bajos	3.53	900		
R 52	30 más altos	4.93	254	7.737	.000
	30 más bajos	3.80	761		

Prueba t de Student

\* Reactivos eliminados

Debido a que los dos reactivos que no discriminaron tienen una dirección negativa se tuvieron que eliminar dos reactivos de la misma dimensión con dirección positiva para que la escala quedara nuevamente balanceada; la eliminación de los dos reactivos positivos se hizo en consideración de aquellos que se parecían; los reactivos que se eliminaron fueron el 33 y el 42. Así, finalmente la escala quedó constituida por 48 reactivos.

### 2.8.3 Análisis de confiabilidad de la Escala

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto produce resultados iguales. Hay diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición.

Todos utilizan fórmulas que producen coeficientes de confiabilidad; estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1 donde un coeficiente de cero significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad. Entre más se acerque el coeficiente a cero, hay mayor error en la medición.

El coeficiente utilizado para medir la confiabilidad del instrumento fue el de Alpha de Cronbach. Para obtener los resultados con dicho coeficiente se tuvieron que numerar los reactivos nuevamente, ya que no se tomaron en cuenta las puntuaciones de aquellos reactivos que se eliminaron en el análisis de discriminación, por lo que el Alpha se obtuvo con 48 reactivos, los cuales conforman la escala final.

Los resultados del coeficiente de confiabilidad y las correlaciones se muestran en la tabla 2 donde se puede observar que el Alpha de Cronbach es

de .938 lo que significa que la escala mide de manera adecuada al objeto actitudinal, es decir, tiene una confiabilidad elevada.

**TABLA 2**  
**Resultados de confiabilidad de la escala**

R1	192.0750	451.314	.266	.938
R2	191.7250	448.957	.490	.936
R3	192.0250	453.941	.298	.938
R4	192.2167	449.969	.399	.937
R5	192.5583	444.215	.440	.937
R6	192.3333	449.148	.395	.937
R7	192.2000	441.842	.312	.936
R8	192.1500	435.507	.670	.935
R9	192.3000	442.968	.541	.936
R10	191.8750	445.909	.570	.936
R11	191.8167	445.411	.630	.936
R12	191.6833	452.050	.490	.936
R13	191.6750	452.574	.471	.937
R14	192.1333	446.957	.370	.937
R15	192.5083	452.521	.257	.938
R16	191.7750	445.403	.588	.936
R17	192.8167	438.638	.490	.936
R18	192.1583	454.034	.280	.938
R19	192.1750	452.851	.280	.938
R20	192.3833	448.894	.343	.938
R21	192.0333	442.032	.597	.935
R22	191.6000	447.788	.629	.936
R23	191.6917	448.753	.556	.936
R24	191.9167	459.329	.414	.937
R25	191.6833	449.277	.672	.936
R26	191.8000	445.607	.546	.936
R27	192.3750	448.741	.350	.937
R28	191.7583	449.378	.520	.936
R29	191.8417	446.353	.603	.936
R30	192.0167	443.546	.678	.935
R31	193.8250	455.305	.222	.938
R32	191.9667	446.957	.588	.936
R33	191.8083	448.560	.564	.936
R34	192.4083	451.260	.342	.937
R35	191.7583	447.294	.580	.936
R36	192.1417	444.403	.494	.936
R37	192.2667	440.080	.564	.936
R38	191.7833	450.759	.392	.937
R39	192.2417	443.429	.551	.936
R40	192.5250	449.529	.364	.937
R41	191.8667	444.251	.667	.935
R42	191.9917	440.580	.701	.935
R43	192.1083	443.072	.606	.935
R44	192.2833	441.280	.561	.936
R45	192.0250	445.924	.470	.936
R46	192.1083	449.106	.460	.936
R47	191.9667	447.075	.525	.936
R48	191.7500	446.189	.637	.936

Alpha de Cronbach estandarizada = .938

Para un análisis más detallado de la escala se obtuvo el Alpha de Cronbach para cada dimensión. Para la primera, que se refiere a la *Formación del psicólogo*, se obtuvo un Alpha de Cronbach de .828, lo cual indica que ésta tiene una confiabilidad aceptable (véase tabla 3).



**TABLA 3**  
Resultados de confiabilidad para la dimensión Formación del psicólogo

No. Reactivo	Media de la escala al omitir el ítem	Varianza de la escala al omitir el ítem	Correlación ítem-escala	Alfa
R1	45.05	36.746	.316	.833
R2	44.69	37.072	.511	.814
R3	44.99	38.445	.308	.828
R4	45.18	36.790	.461	.817
R5	45.53	35.814	.420	.822
R6	45.30	36.464	.458	.817
R7	45.17	34.527	.553	.809
R8	45.12	34.205	.593	.805
R9	45.27	34.466	.634	.802
R10	44.84	36.588	.550	.811
R11	44.78	35.818	.693	.802
R12	44.65	38.397	.471	.818

Alpha de Cronbach estandarizada para la dimensión Formación del psicólogo = .828

Para la dimensión de *Reconocimiento institucional* se obtuvo un Alpha de Cronbach de .661, lo que nos indica que este valor es bajo pero aceptable y su nivel de discriminación es altamente significativo. Los resultados se muestran en la tabla 4.

**TABLA 4**  
Resultados de confiabilidad para la dimensión Reconocimiento institucional

No. Reactivo	Media de la escala al omitir el ítem	Varianza de la escala al omitir el ítem	Correlación ítem-escala	Alfa
R13	27.28	17.008	.297	.646
R14	27.73	14.281	.406	.616
R15	28.11	14.585	.380	.625
R16	27.38	15.766	.408	.621
R17	28.42	16.682	.073	.715
R18	27.76	14.504	.526	.590
R19	27.78	15.067	.376	.624
R20	27.98	13.899	.487	.593

Alpha de Cronbach estandarizada para la dimensión Reconocimiento institucional = .661

En la tabla 5 se observan los resultados con respecto a la dimensión de *Ejercicio profesional*, en la cual se obtuvo un Alpha de Cronbach de .912. Esto indica que la dimensión tiene una confiabilidad alta.

**TABLA 5**  
**Resultados de confiabilidad para la dimensión Ejercicio profesional**

Reactivos	Media de la escala de la dimensión Ejercicio profesional	Varianza de la escala de la dimensión Ejercicio profesional	Alfa	Reliabilidad
R21	102.483	139.092	.555	.907
R22	102.050	141.292	.648	.907
R23	112.141	142.274	.545	.908
R24	102.366	141.898	.464	.909
R25	102.133	142.032	.704	.906
R26	102.250	139.332	.594	.907
R27	102.825	142.230	.333	.913
R28	102.208	142.486	.516	.908
R29	102.291	140.326	.628	.906
R30	102.466	139.629	.651	.906
R31	104.275	146.184	.194	.915
R32	102.416	142.111	.526	.908
R33	102.258	142.109	.556	.908
R34	102.858	143.753	.322	.912
R35	102.208	140.637	.617	.907
R36	102.691	139.207	.507	.908
R37	102.716	136.709	.579	.907
R38	102.233	144.130	.341	.911
R39	102.691	139.123	.544	.908
R40	102.975	142.344	.363	.912
R41	102.316	138.958	.704	.905
R42	102.441	137.156	.720	.904
R43	102.558	139.139	.591	.907
R44	102.733	137.794	.559	.907
R45	102.475	140.302	.473	.909
R46	102.558	142.501	.444	.909

Alpha de Cronbach para la dimensión Ejercicio Profesional = .912

Finalmente para la dimensión *Miscelánea* que sólo está conformada por dos reactivos, no se consideró necesario aplicar un modelo estadístico para su confiabilidad, sin embargo, esta dimensión si es tomada en cuenta para el análisis de los resultados.

## 2.9 Procedimiento de Aplicación

Una vez realizado el instrumento, se procedió a aplicarlo en dos instituciones públicas de salud: el Instituto Nacional de Psiquiatría (a médicos especialistas en enfermedades mentales) y el Instituto Nacional de Perinatología (a médicos especialistas en enfermedades físicas).

Para la aplicación del instrumento se tuvo una aproximación a los médicos especialistas para pedirles su colaboración y explicarles que se trataba de una investigación en donde los datos obtenidos serían confidenciales y que

sólo se utilizarían con el fin de dar a conocer el fenómeno en cuestión; también se les dijo que era de forma individual y autoaplicable.

La aplicación de la escala fue más sencilla con los médicos especialistas en enfermedades mentales, ya que se mostraron más interesados y colaboradores, aunque hubo algunas excepciones. Además, todos los médicos contestaron haber tenido ya sea experiencia institucional y/o profesional con un psicólogo, lo que permitió que no hubiera aplicaciones extras con esta población.

Con respecto a los médicos especialistas en enfermedades físicas, la aplicación fue complicada, ya que los médicos no tenían un lugar estable o no tenían tiempo; otros contestaron el instrumento sin leerlo, otros no habían tenido ningún tipo de experiencia con psicólogos. Esto hizo que se tuviera que volver a aplicar diez escalas más ya que hubo que eliminar algunos instrumentos.

### 3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El psicólogo clínico es un profesionalista que puede desarrollar diferentes actividades que están relacionadas con el campo médico. Sin embargo su participación en el sector salud se ha reducido con frecuencia a servir como un auxiliar técnico. A pesar de ello, el psicólogo clínico poco a poco se ha incorporado al equipo multidisciplinario de salud a través de actividades relacionadas con su profesión.

Así, la psicología en el área clínica ha alcanzado de forma creciente, más competencias y espacios de trabajo dentro de las instituciones y campo de la salud, aun cuando dentro de dicha área todavía no se ha logrado que los psicólogos y los médicos trabajen en un mismo nivel de intervención, y la atención del paciente en su proceso de enfermedad-tratamiento-curación sea sujeto de la exclusividad médica.

Para que el psicólogo clínico tenga la oportunidad de desarrollarse dentro del hospital e incorporarse al trabajo no solo multidisciplinario, sino interdisciplinario, es necesario saber cuál es la actitud que los médicos especialistas tienen respecto al trabajo que realiza el psicólogo dentro de la institución; esto con la finalidad de conocer la disposición que hay por parte de los médicos especialistas para trabajar conjuntamente con el psicólogo clínico.

Los resultados que se obtuvieron en esta investigación para conocer la actitud del médico especialista ante el trabajo del psicólogo clínico en hospitales se muestran a continuación.

Como se mencionó anteriormente, para la recolección de los datos se elaboró una escala de actitud tipo Likert para medir la actitud de los médicos especialistas ante el trabajo del psicólogo clínico en hospitales.

A continuación se presentarán los datos demográficos de la muestra en donde se describen la edad de los sujetos, cuantos hombres y cuantas mujeres hay, el grado de especialidad, el tipo de experiencia así como su nacionalidad. Posteriormente se describirán los resultados obtenidos respecto a la escala general y a cada una de sus dimensiones; en este apartado se tomarán en cuenta las variables de sexo, grado de la especialidad y experiencia profesional. Finalmente se hará la comparación de los resultados obtenidos por el grupo de médicos especialistas en enfermedades mentales con los resultados obtenidos por los médicos especialistas en enfermedades físicas con la finalidad de saber si hay diferencias entre los puntajes de los grupos; este análisis se hará a tres niveles: tomando en cuenta la puntuación de la escala en general, se tomarán en cuenta las puntuaciones por dimensión y se realizará el análisis por cada reactivo.

### **3.1 Descripción de las características demográficas**

A continuación se describen las características sociodemográficas de los sujetos de la muestra.

Para la edad de los sujetos se tiene una media de 31.86 con una desviación estándar de 6.36. En la tabla 7 se describen detalladamente las edades de los sujetos por frecuencias y porcentajes.

**TABLA 7**  
Edades de los sujetos en frecuencias y porcentajes

Edades	Frecuencias	Porcentajes
	f	%
23	1	.8
25	7	5.8
26	12	10.0
27	10	8.3
28	14	11.7
29	14	11.7
30	12	10.0
31	10	8.3
32	2	1.7
33	3	2.5
34	5	4.2
35	2	1.7
36	4	3.3
37	1	.8
38	3	2.5
39	1	.8
40	3	2.5
41	2	1.7
42	1	.8
43	3	2.5
44	3	2.5
46	3	2.5
47	1	.8
48	2	1.7
53	1	.8
Total	120	100

Con respecto a los datos referentes a sexo, grado de especialidad de los médicos, tipo de experiencia que han tenido con un psicólogo y la nacionalidad, la tabla 8 muestra lo siguiente:

**TABLA 8**  
Características sociodemográficas de los sujetos

Variables sociodemográficas	Frecuencias	Porcentajes
	f	%
Sexo		
Masculino	75	62.5
Femenino	45	37.5
Grado de la especialidad		
Completo	40	33.3
Residente	80	66.7
Experiencia		
Institucional/profesional	57	47.5
Profesional	8	6.7
Ambas	55	45.8
Nacionalidad		
Mexicana	113	94.2
Otra	7	5.8

Como se observa en la tabla anterior, en la muestra predominan las personas del sexo masculino con un porcentaje de 62.5%; mientras que para los sujetos del sexo femenino se tiene 37.5 por ciento.

Respecto al grado de especialidad, 40 sujetos de la muestra tienen la especialidad terminada y 80 sujetos están cursando la residencia en alguna especialidad médica.

En relación a la experiencia que han tenido los médicos con algún psicólogo, reportaron una experiencia institucional/profesional de 47.5%, aunque 6.7% afirmaron haber tenido una experiencia sólo profesional y 45.8% dijeron tener las dos anteriores. Esto nos indica que la mayoría de los médicos han tenido experiencia laboral con psicólogos dentro de una institución.

Por lo que hace a la nacionalidad de los sujetos se observó que únicamente 7 sujetos de la muestra eran extranjeros, mientras que los 113 profesionistas restantes son de nacionalidad mexicana, por tal motivo no se tomará en cuenta esta variable.

### **3.2 Resultados globales de la escala de actitud para toda la muestra**

A continuación se presentan los resultados respecto a las puntuaciones que se obtuvieron para la escala por parte de toda la muestra. Para entenderlos es necesario explicar que la escala tiene una puntuación mínima de 48 puntos y una puntuación máxima de 240 puntos, lo que indica que si la puntuación tiende a disminuir, la actitud será más desfavorable y si el puntaje tiende a aumentar, la actitud será cada vez más favorable.

Sin embargo y para hacer más fácil el análisis de los resultados, las puntuaciones se interpretaran con base en los cinco intervalos que tiene la escala, es decir, las respuestas pueden ser 1, 2, 3, 4, 5; el valor de 1 indica una actitud muy desfavorable, o que está totalmente en desacuerdo con el objeto actitudinal, mientras que el valor 5 indica que se tiene una actitud muy favorable, es decir, que se está totalmente de acuerdo con el objeto actitudinal.

Los resultados obtenidos, muestran una media para la puntuación de la escala de 4.08 con una desviación estándar de .44; esto indica que en general los médicos de ambas especialidades tienen una actitud favorable hacia el trabajo del psicólogo clínico en hospitales (ver tabla 9).

**TABLA 9**  
Media y desviación estándar de los puntajes de la escala

Media	Desviación estándar
4.08	.44

También se hizo el análisis de los resultados globales de acuerdo con cada una de las dimensiones. Este se puede observar en la tabla 10.

**TABLA 10**  
Media y desviación estándar de los puntajes por dimensión

Dimensión	Media	Desviación estándar
Formación del psicólogo	4.09	.54
Reconocimiento Institucional	3.97	.54
Ejercicio profesional	4.10	.47
Miscelanea	4.31	.64



Para la dimensión *Formación del psicólogo* se observa una media de 4.09 y una desviación estándar de .54. Esto indica que los médicos tienen una actitud favorable hacia los conocimientos, habilidades y herramientas que adquiere el psicólogo durante su formación y que utiliza en el campo laboral.

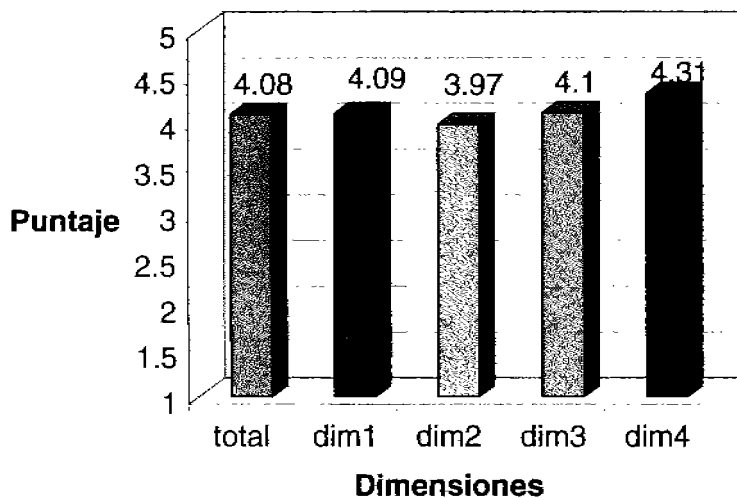
En la segunda dimensión, que corresponde al *Reconocimiento Institucional*, se tiene una media de 3.97 con una desviación estándar de .54, lo que indica que los médicos de ambas especialidades tienen una actitud favorable hacia el reconocimiento que da la institución al trabajo del psicólogo.

Para la tercera dimensión que corresponde al *Ejercicio profesional* la media es de 4.10 y la desviación estándar de .47. En esta dimensión los resultados muestran que los médicos especialistas en enfermedades mentales y en enfermedades físicas tienen una actitud favorable hacia trabajar con el psicólogo, así como a compartir el escenario laboral con ellos.

Finalmente, la cuarta dimensión la cual se denominó *Miscelanea*, que se refiere a los reactivos que no se pueden clasificar en las dimensiones anteriores, se obtuvo una media de 4.31 con una desviación estándar de .64. Esto indica que los médicos especialistas tienen una actitud favorable hacia que los psicólogos no perjudican a la gente y que además, la psicología es una disciplina que hace aportaciones importantes al campo médico.

En la gráfica 1 se muestran los resultados de una forma más ilustrativa, en donde se ven los valores entre las medias del puntaje total y las medias por dimensión.

GRÁFICA 1

**RESULTADOS GLOBALES****3.2.1 Diferencia entre hombres y mujeres**

En la tabla 11 se describen los resultados para la variable sexo en relación con los puntajes que obtuvieron en la escala los sujetos. Este análisis se realizó sobre la base de las puntuaciones de los hombres y las puntuaciones de las mujeres, por lo que se realizó un análisis usando la *t* de Student para comparar la media de los grupos (hombres y mujeres) en consideración a que la escala de medición es continua y se tienen varianzas homogéneas en todos los casos ( $p > \alpha$  .05).

**TABLA 11**  
Diferencias de los puntajes para sexo

Dimensión	Sexo		Media			
Formación psicólogo	Masculino	75	4.15	.534	1.612 (gl 118)	.110
	Femenino	45	3.99	.547		
Reconocimiento institucional	Masculino	75	3.97	.555	-.049 (gl 118)	.961
	Femenino	45	3.97	.530		
Ejercicio profesional	Masculino	75	4.10	.494	-.029 (gl 118)	.977
	Femenino	45	4.10	.443		
Miscelánea	Masculino	75	4.38	.596	1.552 (gl 118)	.123
	Femenino	45	4.20	.706		
Escala	Masculino	75	4.10	.471	.548 (gl 118)	.585
	Femenino	45	4.05	.414		

gl = grados de libertad

Para la dimensión *Formación del psicólogo* respecto al sexo masculino se tuvo una media de 4.15 con una desviación estándar de .534; para el sexo femenino la media fue de 3.99 con una desviación estándar de .547. El puntaje t fue de 1.612 y la significancia de .110, lo cual indica que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres sobre dicha dimensión.

En la dimensión de *Reconocimiento institucional*, para el sexo masculino la media obtenida fue de 3.97 con una desviación estándar de .555. En el caso del sexo femenino se observó una media de 3.97 con una desviación estándar de .530. El puntaje t fue de -.049 con una significancia de .961, esto indica que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres.

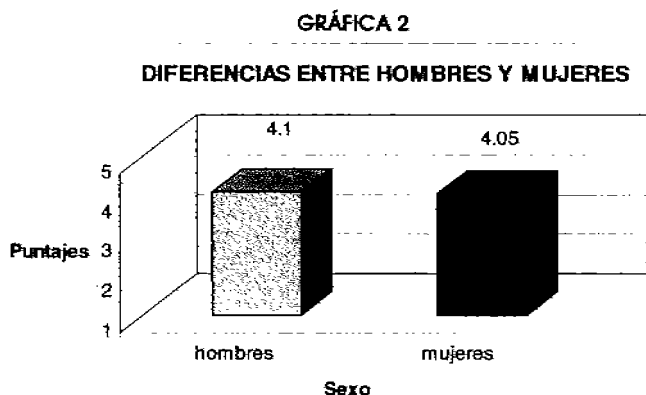
La dimensión de *Ejercicio profesional* indica que para el sexo masculino la media fue de 4.10 con una desviación estándar de .494; mientras que para el sexo femenino se obtuvo una media de 4.10 con una desviación estándar de

.443. El valor del puntaje  $t$  fue de  $-.029$  y se obtuvo una significancia de  $.961$ , de ahí que no haya diferencias significativas entre los grupos.

En la misma tabla se observa que para la dimensión de *Miscelánea* se obtuvo para el sexo masculino una media de  $4.38$  con una desviación estándar de  $.596$ . En esta misma dimensión y para el sexo femenino se obtuvo una media de  $4.20$  con una desviación estándar de  $.706$ . La  $t$  fue de  $1.552$  y la significancia de  $.123$ , lo que indica que no se tienen diferencias entre hombres y mujeres.

Finalmente para la escala en general se obtuvo para los médicos del sexo masculino una media de  $4.10$  con una desviación estándar de  $.471$ ; mientras que para los del sexo femenino se obtuvo una media de  $4.05$  con una desviación estándar de  $.414$ . En la prueba  $t$  se obtuvo un puntaje de  $.548$  y una significancia de  $.585$ , lo anterior señala que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación con la actitud que se tiene hacia el trabajo del psicólogo clínico.

En la gráfica 2 se muestran las diferencias entre hombres y mujeres con base en las medias de cada grupo. Para los resultados de la escala en general, se puede observar que el sexo no influye en la actitud de los médicos de ambas especialidades que tienen ante el trabajo del psicólogo.



### 3.2.2 Diferencias por grado de especialidad

Para la variable grado de especialidad se describen los resultados en la tabla 12 sobre la base de las medias de los grupos para cada dimensión y la media de la escala. También se realizó el análisis con la prueba t de Student en consideración a que las varianzas son homogéneas ( $p > .05$ ).

**TABLA 12**  
Resultados respecto al grado de especialidad

Dimensión	Grado de especialidad	N	Media	Desviación estándar	Fuente	Significancia
Formación psicólogo	Completa	40	4.16	.544	1.020 (gl 118)	.310
	Residente	80	4.05	.542		
Reconocimiento institucional	Completa	40	4.08	.526	1.566 (gl 118)	.120
	Residente	80	3.91	.547		
Ejercicio profesional	Completa	40	4.19	.436	1.549 (gl 118)	.133
	Residente	80	4.05	.487		
Miscelánea	Completa	40	4.37	.686	.703 (gl 118)	.484
	Residente	80	4.28	.620		
Escala	Completa	40	4.16	.423	1.553 (gl 118)	.123
	Residente	80	4.04	.458		

gl = grados de libertad

Respecto a la dimensión de *Formación del psicólogo*, para los médicos con especialidad completa se obtuvo una media de 4.16 con una desviación estándar de .544; en tanto que los médicos residentes obtuvieron una media de 4.05 y una desviación estándar de .542. Para esta dimensión se obtuvo una t de 1.020 y una significancia de .310 lo que indica que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los médicos con especialidad completa y los médicos residentes.

Para la dimensión de *Reconocimiento institucional* los médicos con especialidad completa obtuvieron una media de 4.08 con una desviación estándar de .526 y los médicos residentes una media de 3.91 con una desviación estándar de .547. El puntaje para *t* fue de 1.566 y la significancia de .120, lo que señala que no hay diferencias significativas entre los grupos.

Con respecto a la dimensión de *Ejercicio profesional*, para los médicos con especialidad completa se obtuvo una media de 4.19 con una desviación estándar de .436; para los médicos residentes la media fue de 4.05 y la desviación estándar de .487. El puntaje *t* fue de 1.549 y una significancia de .133, por lo que no se encontraron diferencias significativas entre médicos especialistas y médicos residentes.

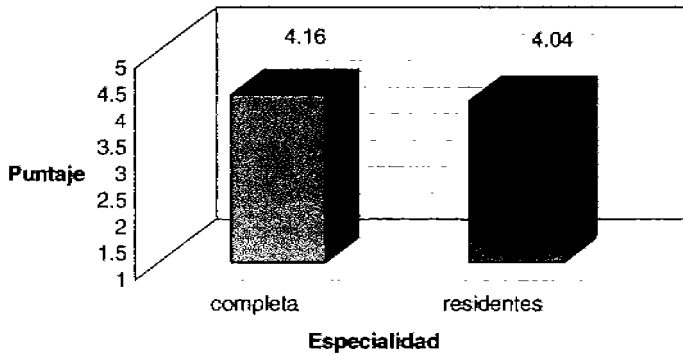
Para la dimensión de *Miscelánea* los médicos con especialidad completa obtuvieron una media de 4.37 con una desviación estándar de .686; los médicos residentes obtuvieron una media de 4.28 con una desviación estándar de .620. El valor de *t* fue de .703 y se obtuvo una significancia de .484. En esta dimensión tampoco hay diferencias entre los médicos con especialidad completa y los médicos residentes.

En la misma tabla, también se observa que los resultados para la escala, los médicos con especialidad completa tuvieron una media de 4.16 con una desviación estándar de .423; los médicos residentes obtuvieron una media de 4.04 con una desviación estándar de .458. La *t* fue de 1.553 y la significancia de .123. Con lo anterior se puede decir que no hay diferencias en los puntajes respecto a los médicos con especialidad completa y los médicos residentes.

En las gráfica 3 se muestran los puntajes de los médicos con especialidad completa y los médicos residentes, y lo que se puede observar es que estadísticamente no hay diferencias significativas respecto al grado de especialidad.

GRÁFICA 3

## Diferencias entre grado de especialidad



### 3.2.3 Diferencias por tipo de experiencia

Para llevar a cabo el análisis referente a la experiencia que han tenido los médicos con respecto al trabajo del psicólogo clínico en hospitales, se aplicó un análisis de varianza de dos factores: experiencia y especialidad; para identificar el efecto univariado y multivariado de estas variables sobre la actitud de los sujetos. Es decir, si se presentan diferencias en la actitud de los médicos dependiendo de su nivel de experiencia y su tipo de especialidad por separado y además si estas dos variables en conjunto producen efectos significativos es decir diferencias.

Los resultados no mostraron diferencias significativas por lo que parece que dichos factores no explican la actitud que tienen los médicos ante el trabajo del psicólogo clínico. En todos los casos las probabilidades fueron mayores a .05.

### 3.3 Comparaci3n entre los grupos de m3dicos especialistas

A continuaci3n se expondr3n los resultados obtenidos al comparar las puntuaciones de los m3dicos especialistas en enfermedades mentales y las puntuaciones de los m3dicos especialistas en enfermedades f3sicas. Se har3n tres niveles de an3lisis. En primer lugar, un an3lisis con base en el puntaje total, posteriormente los puntajes por dimensi3n y finalmente los puntajes por reactivo.

Para hacer la comparaci3n entre ambos grupos, tanto para la puntuaci3n total como para las puntuaciones por dimensi3n y para las puntuaciones por reactivo, se aplic3 la prueba t conforme a que se observa que las varianzas son homog3neas.

#### 3.3.1 Diferencias entre las puntuaciones totales de los grupos

En la tabla 13 se observan las medias de los grupos con respecto a las puntuaciones que obtuvieron en la escala. Para los m3dicos especialistas en enfermedades mentales la media fue de 4.09 con una desviaci3n est3ndar de .482. Para los m3dicos especialistas en enfermedades f3sicas obtuvieron una media de 4.07 con una desviaci3n est3ndar de .418. En ambos grupos la t fue de .206 con una significancia de .837, lo que indica que no hay diferencias entre los m3dicos especialistas en enfermedades mentales y los m3dicos especialistas en enfermedades f3sicas respecto a la actitud que tienen ante el trabajo del psic3logo cl3nico en hospitales.



**TABLA 13**  
**Diferencia de las puntuaciones entre los grupos**

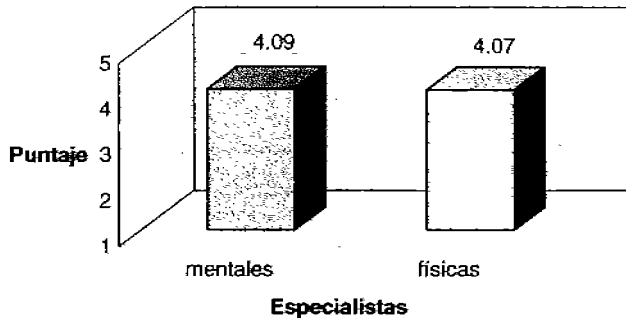
Especialidad	Media	Desviación estándar	Diferencias entre medias	Prueba t	Significancia
Enfermedades mentales	4.095	.482	0.017	.206 (gl 118)	.837
Enfermedades físicas	4.078	.418			

gl = grados de libertad

En la gráfica 4 se observa de manera muy clara que no hay diferencias significativas entre las medias de los grupos.

**GRÁFICA 4**

**DIFERENCIA ENTRE LOS PUNTAJES DE LOS GRUPOS**



**3.3.2 Diferencias entre los grupos por dimensión**

Por otro lado, se realizó un análisis de los resultados por grupo respecto a las medias que obtuvieron cada uno de éstos en las cuatro dimensiones que conforman la escala (véase tabla 14).

**TABLA 14**  
**Puntuaciones por dimensión para ambas especialidades**

Dimensión	Especialidad	Media	Desviación estándar	Diferencia entre medic.		
Formación psicólogo	Enfermedades mentales	4.04	.611	- 0.11	-1.107 (gl 118)	.270
	Enfermedades físicas	4.15	.463			
Reconocimiento institucional	Enfermedades mentales	4.04	.546	0.15	1.496 (gl 118)	.137
	Enfermedades físicas	3.89	.537			
Ejercicio profesional	Enfermedades mentales	4.12	.495	0.05	.510 (gl 118)	.611
	Enfermedades físicas	4.07	.454			
Miscelánea	Enfermedades mentales	4.26	.761	- 0.1	-.853 (gl 118)	.395
	Enfermedades físicas	4.36	.494			

gl = grados de libertad

Así, para la dimensión de *Formación del psicólogo*, los médicos especialistas en enfermedades mentales obtuvieron una media de 4.04 con una desviación estándar de .611; los médicos especialistas en enfermedades físicas obtuvieron en esta dimensión una media de 4.15 con una desviación estándar de .463. Se obtuvo un puntaje *t* de -1.107 y una significancia de .240 por lo tanto no hay diferencias entre los puntajes de los grupos.

Con respecto a la dimensión de *Reconocimiento institucional*, los médicos especialistas en enfermedades mentales obtuvieron una media 4.04 con una desviación estándar de .546; en tanto que los médicos especialistas en enfermedades físicas tuvieron una media de 3.89 con una desviación estándar de .537. La *t* fue de 1.496 y la significancia de .137, lo que indica que no hay diferencias significativas entre ambos grupos.

Para la dimensión de *Ejercicio profesional*, los médicos especialistas en enfermedades mentales obtuvieron una media de 4.12 con una desviación estándar de .495; mientras que los médicos especialistas en enfermedades físicas obtuvieron una media de 4.07 con una desviación estándar de .454. El puntaje *t*

fue de .510 y una significancia de .611, lo que señala que no se dan diferencias significativas entre los médicos especialistas de ambas especialidades.

Finalmente, para la dimensión *Miscelánea*, los médicos especialistas en enfermedades mentales obtuvieron una media de 4.26 con una desviación estándar de .761 y los médicos especialistas en enfermedades físicas obtuvieron en esta dimensión una media de 4.36 con una desviación estándar de .494, así como una *t* de -.853 y una significancia de .395 por lo que no se tienen diferencias significativas entre ambos grupos.

En la gráfica 4b se muestran los resultados para cada dimensión de los dos grupos de médicos especialistas.

### 3.3.3 Diferencias entre los grupos por reactivo

También se realizó una comparación entre los dos grupos conforme a cada uno de los reactivos y se encontró que 18 de éstos tuvieron una significancia menor a .05 lo que indica que en los puntajes obtenidos por cada grupo respecto a los reactivos 3, 5, 6, 7, 9, 10, 15, 17, 19, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 40, 44 y 46 hay diferencias estadísticamente significativas.

A continuación (tabla 15) se describen los reactivos en los que se encontraron diferencias. Los reactivos restantes no se encuentran descritos en la tabla debido a que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

TABLA 15  
Diferencias ente los grupos por reactivo

Reactivo	Especialidad	Media	Desviación estándar	Diferencia entre medias	Amplitud (gl 118)	Significancia
R3.- Los psicólogos sólo están preparados para atender a las personas que sufren de algún trastorno mental.	Grupo 1	4.40	.643	0.5	3.289 (gl 118)	.001
	Grupo 2	3.90	.986			
R5.- El psicólogo si está preparado para realizar psicodiagnósticos.	Grupo 1	3.26	1.162	-0.7	-3.686 (gl 118)	.000
	Grupo 2	3.96	.901			
R6.- Los médicos están mejor preparados que los psicólogos para realizar intervenciones de tipo psicológico.	Grupo 1	3.65	1.070	-0.38	-2.286 (gl 118)	.024
	Grupo 2	4.03	.735			
R7.- La formación que tiene el psicólogo sólo le permite ser un auxiliar o técnico.	Grupo 1	3.76	1.226	-0.42	-2.194 (gl 118)	.031
	Grupo 2	4.18	.812			
R9.- El psicólogo no tiene los conocimientos y habilidades necesarios para atender los problemas de los pacientes.	Grupo 1	3.61	1.106	-0.52	-3.057 (gl 118)	.003
	Grupo 2	4.13	.700			
R10.- Los psicólogos con los que trabajo están lo suficientemente preparados para trabajar en el equipo de salud.	Grupo 1	4.48	.747	0.37	2.586 (gl 118)	.011
	Grupo 2	4.11	.804			
R15.- El trabajo del psicólogo no es reconocido en la institución donde labora.	Grupo 1	3.88	1.059	0.43	2.202 (gl 118)	.030
	Grupo 2	3.45	1.095			
R17.- Creo que psicólogos y médicos deberíamos tener el mismo estatus dentro de la institución donde trabajo.	Grupo 1	3.10	1.361	-0.51	-2.320 (gl 118)	.022
	Grupo 2	3.61	1.059			
R19.- En la institución donde laboro no se distinguen las actividades que realiza el psicólogo de las del trabajador social.	Grupo 1	4.26	.936	0.53	3.033 (gl 118)	.003
	Grupo 2	3.73	.989			
R22.- No trabajaría con un psicólogo.	Grupo 1	4.73	.516	0.32	2.711 (gl 118)	.008
	Grupo 2	4.41	.743			
R24.- Me sería muy útil entender las técnicas de intervención del psicólogo.	Grupo 1	4.43	.767	0.53	2.338 (gl 118)	.021
	Grupo 2	4.08	.869			
R25.- La participación del psicólogo dentro del equipo de salud hace más enriquecedor el trabajo.	Grupo 1	4.60	.558	0.22	2.131 (gl 118)	.035
	Grupo 2	4.38	.555			
R26.- No me interesa saber qué funciones puede desempeñar el psicólogo dentro del equipo de salud.	Grupo 1	4.60	.558	0.45	3.031 (gl 118)	.003
	Grupo 2	4.15	1.005			
R28.- La intervención psicológica conjuntamente con la intervención médica hace que el paciente se recupere más rápido.	Grupo 1	4.55	.723	0.27	2.065 (gl 118)	.041
	Grupo 2	4.28	.691			
R29.- Las intervenciones que hace el psicólogo con los pacientes no las tomo en cuenta.	Grupo 1	4.48	.724	0.3	2.267 (gl 118)	.025
	Grupo 2	4.18	.724			
R40.- Cuando el psicólogo hace el diagnóstico de los pacientes permite a los médicos entender mejor la enfermedad de éstos.	Grupo 1	3.43	1.094	-0.43	-2.462 (gl 118)	.015
	Grupo 2	3.86	.812			
R44.- El psicólogo está preparado para participar en las discusiones clínicas hospitalarias.	Grupo 1	4.08	.996	0.38	2.144 (gl 118)	.034
	Grupo 2	3.70	.961			
R46.- El psicólogo es el profesional indicado para atender los problemas de tipo psicológico de los pacientes.	Grupo 1	3.83	.977	-0.47	-3.251 (gl 118)	.002
	Grupo 2	4.30	.530			

Grupo 1 = Médicos especialistas en enfermedades mentales

Grupo 2 = Médicos especialistas en enfermedades físicas

gl = grados de libertad

#### 4. DISCUSIÓN

Para comenzar este capítulo, en primera instancia se retomará la elaboración de la escala y posteriormente se procederá al análisis de los resultados.

Respecto a los resultados obtenidos para la confiabilidad de la escala que se elaboró, se tiene un instrumento con un *Alpha de Cronbach* muy bueno lo que indica que la escala realmente está midiendo al objeto actitudinal que se pretende medir; es decir que sí da información sobre cuál es la actitud del médico especialista ante el trabajo del psicólogo clínico en hospitales.

Lo anterior se puede constatar ya que de la escala sólo 4 reactivos (el 32, 34, 40,42) se tuvieron que eliminar, quedando una escala de 48 reactivos los cuales discriminan adecuadamente entre los polos de la actitud.

Como se mencionó en capítulos anteriores, la escala esta conformada por cuatro dimensiones, a las cuales también se les aplicó un Alpha de Cronbach para determinar su confiabilidad. La dimensión que obtuvo el Alpha más alto fue la de *Ejercicio Profesional* que se refiere al trabajo interdisciplinario, la disposición por parte de los médicos especialistas a trabajar con el psicólogo, límites del ejercicio profesional, factores laborales que pueden estar relacionados con psicólogos y médicos. Posteriormente la dimensión de *Formación del Psicólogo*, que se refiere a los conocimientos, técnicas y habilidades que adquiere el psicólogo clínico en su formación, tuvo un Alpha de .82 lo que indica que tiene una confiabilidad buena, mientras que para la dimensión de *Reconocimiento Institucional*, la cual se refiere al reconocimiento que da la institución al trabajo del psicólogo, se obtuvo un Alpha que indica que su confiabilidad es aceptable.

Con respecto a la dimensión de *Miscelánea* que sólo tiene dos reactivos, no se realizó el mismo procedimiento, solo se describieron los resultados los cuales indican que los médicos de ambas especialidades muestran una

actitud favorable hacia que la psicología puede hacer aportaciones importantes a la medicina, además se muestran en desacuerdo respecto a que los psicólogos perjudican a la gente.

Tomando en cuenta las dos últimas dimensiones mencionadas anteriormente, se recomienda hacer una revisión de la redacción así como de los contenidos para cada una de estas con la finalidad de que se pueda incrementar el valor del Alpha para la dimensión de Reconocimiento institucional y por la Dimensión Miscelanea elaborar más reactivos que nos puedan brindar información importante.

Como producto final, en general, se elaboró una escala de actitud cuya confiabilidad y validez permitió medir al objeto actitudinal que interesa para esta investigación.

Después de haber hecho la revisión referente a la escala, se discutirán los resultados que se obtuvieron al aplicarla.

De acuerdo a los resultados arrojados a través del instrumento se puede constatar que la actitud de los médicos especialistas en general hacia el trabajo que desempeña el psicólogo clínico en hospitales es **favorable**, lo que nos lleva a aceptar la hipótesis planteada en el apartado de método, la cual dice que la actitud de los médicos especialistas en general es favorable o positiva. Si observamos los resultados que se obtuvieron en este estudio y los planteados por Cárdenas (1996), quien afirma que los médicos tienden a mostrar una actitud de indiferencia e incluso desfavorable hacia el psicólogo, notamos que los resultados muestran que los médicos empiezan a cambiar su actitud con respecto al psicólogo, siendo cada vez más favorable. Esto se puede deber a que el psicólogo se ha ido incorporando cada vez más al campo de la salud realizando otras actividades, lo cual le ha permitido dar a conocer los alcances de tipo profesional que puede tener en el campo médico y de la salud.

En relación a las variables sexo, grado de especialidad y tipo de experiencia, no se encontraron diferencias, por lo que estas variables no influyen en la actitud que se tiene hacia el trabajo del psicólogo clínico.

A continuación se discutirán los resultados obtenidos tomando en cuenta los dos grupos de especialistas: médicos especialistas en enfermedades mentales y médicos especialistas en enfermedades físicas.

Al hacer la comparación de los puntajes de los médicos especialistas en enfermedades mentales en relación a los puntajes de los médicos especialistas en enfermedades físicas, se observó que no hay diferencias estadísticamente significativas respecto a la actitud que tienen los médicos en función de su especialidad profesional, los resultados arrojados nos indican que la especialidad de los médicos no tiene que ver con la actitud que estos tengan hacia el trabajo del psicólogo clínico, por tanto se acepta la hipótesis nula la cual nos dice que la actitud de los médicos especialistas en enfermedades mentales es igual a la actitud de los médicos especialistas en enfermedades físicas.

Con respecto a la actitud que manifiestan cada uno de los grupos, se observa que ambos presentan una actitud favorable hacia el trabajo del psicólogo clínico en hospitales, por lo que los hallazgos que encontraron Salinas y col. (1988) —los cuales afirman que la actitud de los médicos psiquiatras es de franco rechazo hacia el psicólogo— se contraponen a lo que se encontró en este estudio. Sin embargo, la mayoría de los psiquiatras a los que se les aplicó la escala, principalmente a aquellos que tienen especialidad completa, hicieron la observación de que no tienen ningún problema con que el psicólogo trabaje en la institución e intervenga en el tratamiento de los pacientes, siempre y cuando tenga la suficiente preparación para trabajar en el campo de la salud, ya que en varias ocasiones, han tenido la experiencia de haber trabajado con psicólogos que tienen una preparación deficiente, esto lo afirmaron algunos médicos psiquiatras a los que se les aplicó la escala.

Retomando el punto de los resultados, también se hizo un análisis tomando en cuenta las puntuaciones de cada uno de los grupos con respecto a las dimensiones que conforman la escala. Estadísticamente no se encontraron diferencias entre las medias de los grupos para cada dimensión de la escala; sin embargo, se observa que los médicos especialistas en enfermedades mentales tienen una actitud ligeramente menos favorable que los médicos especialistas en enfermedades físicas hacia la formación que tiene el psicólogo, esto explica lo que en el párrafo anterior se mencionó respecto a las opiniones que dan los psiquiatras en relación a la formación que tienen los psicólogos. Para la dimensión de *Reconocimiento Institucional* los médicos especialistas en enfermedades físicas muestran una actitud ligeramente de indiferencia en comparación con los médicos especialistas en enfermedades mentales, posiblemente esto ocurra porque la institución en donde trabajan los especialistas en enfermedades físicas no otorga reconocimiento e importancia al trabajo del psicólogo.

Respecto a la comparación por grupos según las puntuaciones de los reactivos se encontraron diferencias en 18 de ellos.

En relación a la formación que tienen los psicólogos, los médicos especialistas en enfermedades mentales están de acuerdo en que los psicólogos sólo están preparados para atender a las personas que sufren de algún trastorno mental, mientras que los especialistas en enfermedades físicas no están muy de acuerdo con esta afirmación. En relación a si el psicólogo está preparado para realizar psicodiagnósticos, los especialistas en enfermedades mentales tienen una actitud casi de indiferencia mientras que los especialistas en enfermedades físicas tienen una actitud favorable ante esta afirmación. Esto puede estar ocurriendo debido a que los psiquiatras tienen una formación que les permite hacer psicodiagnósticos mientras que generalmente los médicos de otras especialidades no lo tienen; sin embargo, en relación a quiénes están mejor preparados para realizar intervenciones de tipo psicológico (si los médicos o los psicólogos), los especialistas en enfermedades mentales muestran ligeramente cierta indiferencia mientras que los especialistas en enfermedades físicas están de



acuerdo en que el médico tiene mejor preparación. Respecto a si el psicólogo tiene una formación que sólo le permite ser auxiliar o técnico, los especialistas en enfermedades físicas están de acuerdo con la afirmación mientras que los especialistas en enfermedades mentales muestran una ligera tendencia a la indiferencia a que si el psicólogo sólo tiene una formación para ser auxiliar o técnico.

Por otro lado, respecto a que el psicólogo no tiene los conocimientos y habilidades necesarios para atender los problemas de los pacientes, y en relación a que si los psicólogos con los que trabajan están lo suficientemente preparados para trabajar en el equipo de salud, los especialistas en enfermedades mentales están casi totalmente de acuerdo mientras que los especialistas en enfermedades físicas sólo están de acuerdo.

Tomando en cuenta lo descrito anteriormente se puede decir que los médicos especialistas en enfermedades mentales muestran una actitud casi favorable hacia la formación que tienen los psicólogos, mientras que la actitud de los médicos especialistas en enfermedades físicas no es tan favorable como los psiquiatras hacia la formación que tienen los psicólogos. Esto se podría explicarse en función de que los psiquiatras están más familiarizados con algunos aspectos de la psicología clínica debido a la formación que recibieron y esto les permite, por un lado, ser más exigentes con la formación de los psicólogos y, por el otro, mostrarse con una mejor actitud en relación a la formación que reciben los psicólogos clínicos.

Enseguida se discutirán los resultados respecto a los reactivos de la dimensión de *Reconocimiento Institucional*. A los médicos especialistas en enfermedades físicas les es indiferente el que la institución donde trabajan reconozca el trabajo del psicólogo, mientras que los especialistas en enfermedades mentales están casi de acuerdo en que la institución no reconoce el trabajo del psicólogo. Por otro lado, los médicos especialistas en enfermedades mentales muestran una actitud de indiferencia hacia el que se tenga el mismo estatus para los médicos y para los psicólogos en la institución donde trabajan,

mientras que los especialistas en enfermedades físicas están ligeramente un poco más de acuerdo en que se tenga el mismo estatus. Respecto a la diferenciación que hay entre las actividades que realizan los psicólogos y las actividades que realizan los trabajadores sociales dentro de la institución, los médicos especialistas en enfermedades mentales están de acuerdo mientras que los especialistas en enfermedades físicas tienen una actitud ligeramente de indiferencia ante esta situación. Así se puede decir que la actitud con respecto al reconocimiento Institucional no parece ser algo que sea significativo para los médicos. Sin embargo, para que el psicólogo pueda seguir desarrollándose en el sector salud es necesario que la Institución haga hincapié y reconozca el trabajo del psicólogo y la importancia que tiene éste dentro de la misma.

En cuanto a la dimensión de *Ejercicio Profesional*, se encontraron diferencias en 8 de los reactivos.

En relación a trabajar con un psicólogo, los médicos especialistas en enfermedades mentales presentan una actitud desfavorable mientras que los especialistas en enfermedades físicas tienden a mostrar una actitud menos desfavorable. Sin embargo, ambos grupos no parecen estar muy dispuestos a trabajar con psicólogos. Respecto a que si les sería útil entender las técnicas de intervención del psicólogo, ambos grupos muestran en general una actitud favorable, siendo los especialistas en enfermedades mentales quienes muestran una actitud más favorable. Los mismos resultados se observan en relación a la participación del psicólogo dentro del equipo de salud hace más enriquecedor el trabajo. Sin embargo existe una actitud desfavorable hacia saber cuáles son las funciones que puede desempeñar el psicólogo dentro del equipo de salud. Aquí, la actitud más desfavorable la manifiestan los especialistas en enfermedades mentales. En relación a si la intervención psicológica conjuntamente con la intervención médica hace que el paciente se recupere más rápido, los especialistas en enfermedades mentales están casi completamente de acuerdo mientras que los especialistas en enfermedades físicas sólo están de acuerdo. La actitud que muestran ambos grupos hacia las intervenciones que hacen los

psicólogos con los pacientes y que además no toman en cuenta, es una actitud negativa, siendo los especialistas en enfermedades mentales quienes se muestran más en desacuerdo. Para el reactivo 40 que dice que *cuando el psicólogo hace el diagnóstico de los pacientes permite a los médicos entender mejor la enfermedad de estos*, los médicos especialistas en enfermedades físicas están casi de acuerdo mientras que los especialistas en enfermedades mentales tienen una actitud más de indiferencia.

Respecto a que si el psicólogo está preparado para participar en las discusiones clínicas hospitalarias, los especialistas en enfermedades mentales tienen una actitud más favorable que los médicos especialistas en enfermedades físicas. Por último, para el reactivo 46 el cual dice que *el psicólogo es el profesional indicado para atender los problemas de tipo psicológico de los pacientes*, los médicos especialistas en enfermedades físicas tienen una actitud más favorable hacia esta afirmación.

Haciendo un resumen de lo anterior se puede observar que a ambos grupos de especialistas no les interesa trabajar conjuntamente y de forma interdisciplinaria con el psicólogo, a pesar de que hay una actitud favorable con respecto al trabajo que realiza el psicólogo dentro de la Institución. En este sentido podríamos decir que hay una contradicción: por un lado los médicos muestran una actitud favorable hacia el trabajo del psicólogo clínico, mientras que por otro no les interesa trabajar de forma interdisciplinaria con ellos. Esto posiblemente se debe a que no están acostumbrados a trabajar en equipo con otros profesionales de la salud, o simplemente no les interesa ya que por mucho tiempo la práctica médica se ha colocado como la disciplina más importante dentro del área de la salud.

Pero este estudio sólo abarca la actitud del médico especialista ante el trabajo del psicólogo, pero que pasa con otros profesionales de la salud, ¿la actitud de los médicos hacia el trabajo interdisciplinario con ellos será igual que con los psicólogos?, ¿su actitud será favorable o desfavorable ante el trabajo de

otros profesionistas de la salud? Estas son interrogantes que surgen a partir de este trabajo y que sería muy interesante investigar para seguir abriendo nuevas líneas de investigación

## CONCLUSIONES

La relevancia de estudiar la actitud de los médicos especialistas hacia el trabajo que realiza el psicólogo clínico en hospitales, radica en la necesidad de abrir más oportunidades de trabajo para el psicólogo clínico en el campo de la salud, así como de tener una línea base que nos muestre cuál es el panorama actual que se tiene respecto al trabajo del psicólogo dentro de un ámbito que generalmente está en manos de los médicos.

En principio, cabe mencionar que se elaboró un instrumento que nos permitió medir con una exactitud considerable la variable en cuestión y gracias a él se tienen resultados confiables.

En general, los hallazgos de esta investigación muestran que los médicos que tienen una especialidad completa o que apenas la están cursando presentan una actitud favorable hacia el trabajo del psicólogo clínico en hospitales, mostrando esto que la actitud desfavorable que tenían los médicos hacia los psicólogos ha ido cambiando con el paso del tiempo.

A pesar de que en esta investigación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de especialistas, se afirma que ambos grupos tienen una actitud favorable hacia el trabajo del psicólogo; esto puede permitir a los psicólogos que estén interesados en el campo de la salud,irse incorporando e involucrando más en este campo. Pero el que el psicólogo vaya adquiriendo más espacios de trabajo dentro de las instituciones de salud no solo depende de él sino también de la propia institución: si ésta le da el reconocimiento y la importancia a las labores desempeñadas por el psicólogo, será más fácil que este profesional pueda desempeñar actividades relacionadas con su profesión y tenga un desarrollo óptimo dentro de dichas dependencias. Esto nos lleva a decir que no es el médico trabajador responsable del reconocimiento del trabajo del psicólogo en la institución, sin embargo es un

profesional que puede ayudar de una manera muy importante a que la dependencia donde trabaja le de el reconocimiento y la importancia al trabajo del psicólogo dentro de esta.

Aún cuando el psicólogo clínico tenga más oportunidades de trabajo en el sector salud, debemos tomar en cuenta que un factor muy importante para seguirse desarrollando profesionalmente en esta área es la preparación con la que se cuente. De este modo, el psicólogo que trabaja en un hospital deberá conocer a profundidad el ámbito en el que trabaja, así como las reglas de funcionamiento del mismo y deberá tener una preparación constante. Se hace hincapié en lo anterior, ya que muchos médicos, principalmente los especialistas en enfermedades mentales, hicieron mucho énfasis en que hay psicólogos que no están lo suficientemente preparados para trabajar en el hospital.

Si realmente nos preocupamos por tener una preparación adecuada para enfrentar los problemas que se nos vayan presentando, será más fácil que se reconozca nuestro trabajo como profesionistas y de igual manera, dejar ver que la psicología en el campo médico y de la salud puede hacer aportaciones muy importantes.

Otro punto que no debemos dejar a un lado es el trabajo interdisciplinario. Como se mencionó en el capítulo anterior, al parecer los médicos no están muy dispuestos a interactuar de manera profesional con otros miembros del equipo de salud como son los psicólogos. Los médicos están de acuerdo en que intervenga el psicólogo en el tratamiento del paciente sin importarle de qué forma lo haga; es decir, está de acuerdo con el hecho de que varios profesionistas intervengan en el tratamiento de los pacientes, por lo que están dispuestos a que haya un trabajo multidisciplinario y no interdisciplinario.

Es muy importante que médicos, psicólogos y todos los profesionistas relacionados con el área de la salud reflexionen sobre lo que es el trabajar de forma interdisciplinaria, como algo donde exista un trabajo colectivo en el que no

exista predominio de un enfoque disciplinario en particular, y en donde lo más importante sea proporcionar una atención integral al paciente.

### **Recomendaciones y Limitaciones**

En primer lugar, una de las limitantes más importantes que encontré al realizar esta investigación fue la falta de material bibliográfico, al grado de que sólo se contó con un libro que hablara específicamente del psicólogo en el hospital.

Por otro lado, dentro de las limitaciones se encontró una imposibilidad de generalizar los datos dada la amplitud de la población de médicos especialistas en el Distrito Federal; además, es un tanto complicado poder contactar a este tipo de muestras debido a que en los lugares donde laboran no es fácil el ingreso ya que son instituciones en donde se da servicio de hospitalización, emergencias y consulta externa, y por lo tanto, el personal médico y/o administrativo está muy ocupado.

Ligado a lo anterior, hubo dificultades al aplicar la escala ya que los médicos siempre estaban en constante actividad y eso no les permitía contestar cuidadosamente el instrumento, por lo que hubo escalas que se tuvieron que repetir ya que no estaban bien contestadas o les faltaban datos.

También fue notorio que los médicos residentes en enfermedades físicas no mostraron mucha disposición para contestar la escala, se puede decir que fue la población con la que se tuvo más dificultad para la aplicación.

Con respecto a las especialidades que se tomaron en cuenta para la realización de este estudio no se contaron con una gama amplia de estas, lo que deja fuera a especialidades que pueden ser también muy importantes como: la oncología, la medicina interna, traumatología, entre otras.

Otra limitante fue en cuanto al número de Instituciones de donde se tomó la muestra, pues sólo se pudieron tomar en cuenta dos de estas: El Instituto Nacional de Psiquiatría y el Instituto Nacional de Perinatología, debido a que el ingreso a estas instituciones fue rápido ya que personas que laboran en estas nos ayudaron para poder realizar la investigación, dejando a un lado otras instituciones en las que el ingreso fue imposible.

Después de tomar en cuenta las limitantes encontradas en esta investigación, se sugiere realizar investigaciones posteriores en donde se tome en cuenta cada una de las especialidades y así tener datos respecto a la actitud que cada grupo de especialistas tiene hacia el trabajo del psicólogo en hospitales.

También se recomienda que se hagan este tipo de investigaciones considerando la actitud que tienen los médicos especialistas que laboren en una institución donde se ofrezcan servicios psicológicos, comparando la actitud de los médicos especialistas que trabajan en instituciones en donde no haya servicios de tipo psicológico.

Se recomienda también realizar un análisis más detallado de las dimensiones de la escala, principalmente la de Reconocimiento Institucional, ya que posiblemente no se estén considerando factores que nos puedan dar más información acerca de lo que pasa con el psicólogo a nivel Institucional.

Es necesario que se hagan este tipo de estudios tomando en cuenta a profesionistas relacionados con el área de la salud (como enfermería y trabajo social), ya que si estamos hablando de que el trabajo interdisciplinario es muy importante en el área de la salud, hay que tomar en cuenta la actitud de estos profesionistas.



Finalmente, con esta investigación se abre la posibilidad de seguir realizando estudios que brinden información más precisa acerca del trabajo del psicólogo en el ámbito hospitalario.

---

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

Alqueira, P. (2002). *Reporte de experiencia profesional*. Maestría en psicología. Tesis de Posgrado. Facultad de Psicología. UNAM.

Ardila, R. (1978). *La profesión del Psicólogo*. Ed. Trillas. México

Ardila, R. Ph. D. (1998). *El problema mente - cuerpo: implicaciones para la psicología de la salud*. *Psicología Contemporánea*, 1: 2.

Bernstein, D y Nietzel, M (1982). *Psicología Clínica*. Ed. Mc Graw Hill. México.

Blum, G. y Gordillo, P. (1996). *Psiconefrología y Econeofrología*. En Gordillo Paniagua. *Nefrología Pediátrica*. Mosui/ Doyma libros. España.

Blum, G.; Gordillo, P y Mora, A. (1989). *La comunidad asistencial. Una alternativa para el tratamiento y la rehabilitación del niño con enfermedad crónica*. *Revista de análisis grupal*. Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo. 1:4 35

Cárdenas, S. (1996). *Actitud del profesionista hacia el psicólogo clínico*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Cuevas, A. (1981). *Técnicas de medición y elaboración de escalas de actitud*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Cullari, S. (2001). *Fundamentos de psicología clínica*. Ed. Pearson Educación. México.

*Diccionario Médico*. (1990). Masson-SALVAT medicina. 3a Edición.

Edwards, A. (1957). *Techniques os attitudes scale construction*. Appleton Century Crofts. New York.

Garfiel, S. (1979). *Psicología Clínica*. El estudio de la personalidad y la conducta. Ed. Manual Moderno. México.

Gutiérrez, M. R. (1966). *Análisis de la técnica y problemas inherentes a la construcción de una escala de actitudes*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Gutiérrez, R. y Pozos, B. (1983). *Actitudes de la comunidad hacia la enfermedad mental y hacia el rol del psicólogo*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Harsch, C. (1985). *El Psicólogo, ¿qué hace?*. Ed. Alambra Mexicana. México.

Hernández, S; et al. (2003). *Metodología de la Investigación*. Ed. Mc Graw Hill. México. Tercera Edición.

Hollander, E. P. (1971). *Principios y métodos de la Psicología Social*. Ed. Amorrurtu. Buenos Aires.

Insko, A. y Shopler, J. (1980). *Psicología Social Experimental*. Ed. Trillas. Segunda Edición. México.

Kainz, K. (2002). Barriers and enhancements to physician-psychologist collaboration. *Professional Psychology: Research and practice*, 33 (2):169-175.

Kendall, C.P. y Norton, J.D. (1988). *Psicología Clínica*. Ed. LIMUSA. México.

Lambert, W. (1979). *Psicología social*. Ed. UTMHA. México

Macotela, S. y Espinoza, A. (1979). *Un estudio exploratorio sobre la imagen del psicólogo en la opinión pública*. Trabajo presentado en el II Congreso de Psicología en México. México. UNAM.

Martínez, M. (1994). La psicología clínica en la actualidad: salud, formación e interdisciplinariedad. *Anuario de Psicología*. 63:2 13 -217.

Morales, C. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. PAIDÓS. Argentina.

Morales, F y Moya, M. (1994). *Psicología Social*. Mc. Graw Hill. México

Mosqueira, M. (1981). *La imagen que se tiene acerca del psicólogo clínico y psiquiatra*. Escuela de Psicología. Universidad de Guadajajara.

Negrete, E. (1998). *Descripción y análisis de las funciones del psicólogo en un hospital pediátrico*. Tesis de Licenciatura. ENEP Iztacala. UNAM.

Phares, J. (1997). *Clinical Psychology. Concepts, methods an profesion*. Ed. ITP USA. 5TH edition.

Prokop, Ch; L. A. Bradley, T. G. Burish. (1991). Toward a science of health psychology. *Health psychology. Clinical methos and research*. Mcmillan Publilshing Company, Nueva York.

Remor, E; et al. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Ed. Desclée De Brouwer. España.

Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Ed. Martínez Roca. Barcelona.

Rodríguez, A. (1976). *Psicología Social*. Ed. Trillas. México.

Rodríguez M. y Zuriaga U. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Escuela Andaluza de Salud Pública EASP. Granada, España.

Rodríguez de Arizmendi. (1984). La participación del psicólogo en el sector salud. *Revista Mexicana de Psicología*. Facultad de Psicología. UNAM. 1:1 22 - 27.

Rosa Ortiz, G. (1996). *Psicología y salud. La experiencia mexicana*. Biblioteca Universidad Veracruzana. México.

Salinas R. y Torres G. (1988). *Actitud hacia la labor del psicólogo clínico en profesionistas de la salud mental y profesionistas de otras áreas*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Serrá, P. (1984). El campo de trabajo del psicólogo clínico en México. En Urbina Soria. *El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva*. UNAM. México.

Summers, G. (1978). *Medición de actitudes*. Ed. Trillas. México.

Taylor, S. (1986). *Health Psychology*. Random House. Nueva York.

Urbina, S. y Rodríguez, G. (1993). El psicólogo en el sector salud en México. *Psicología de la Salud. Memorias Primer Congreso Internacional*. Facultad de Psicología. UNAM.

Von Sydow, Ph. y Reimer, M. (1998). Attitudes toward Psychotherapists, Psychologists, Psychiatrists, and Psychoanalysts. A Meta-Content Analysis of 60 Studies Published between 1948 and 1995. *American Journal of Psychotherapists*. 52:4 463 - 486.

Vachon, M. (1997). Recent research into staff stress in palliative care. *European Journal of Palliative Care* 4 (3):99-103.

Young, K. y Fluger, J. (1977). *Psicología de las actitudes*. Ed. Paidós. Buenos Aires.

## **A N E X O S**

A continuación se presenta el formato de la escala que se aplicó a los médicos especialistas.

### ESCALA DE ACTITUD

La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México esta realizando una investigación la cual sólo puede llevarse a cabo con su valiosa participación.

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Institución \_\_\_\_\_

Tiempo de pertenecer a la Institución \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

Grado de la Especialidad \_\_\_\_\_

¿Ha tenido contacto con algún psicólogo? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿De que tipo? Institucional-Profesional \_\_\_\_\_ Profesional \_\_\_\_\_ Ambas \_\_\_\_\_

A continuación se presentan una serie de frases para que usted de su opinión o sentir a cerca de ellas. Hay 5 opciones de respuesta que van desde TOTALMENTE DE ACUERDO hasta TOTALMENTE EN DESACUERDO, tache la opción que mejor exprese su sentir.

Recuerde que NO hay respuestas BUENAS o MALAS y que los datos obtenidos serán confidenciales y anónimos.

**Ejemplo:**

Se puede confiar en los políticos

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	<del>En desacuerdo</del>	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	--------------------------	--------------------------

En este ejemplo la persona se encuentra **En desacuerdo** con la frase.

Gracias por su amable participación

16.- A mi no me interesa trabajar conjuntamente con un psicólogo aunque la Institución donde trabajo lo permita

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

17.- Creo que psicólogos y médicos deberíamos tener el mismo estatus dentro de la Institución donde trabajo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

18.- El trabajo del psicólogo si es tomado en cuenta en la Institución donde laboro

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

19.- En la Institución donde laboro no se distinguen las actividades que realiza el psicólogo de las del trabajador social

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

20.- Las funciones que realiza el psicólogo dentro de la Institución donde trabajo están muy bien definidas y delimitadas

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

21.- Creo que en muchas enfermedades físicas existen factores psicológicos que deben ser atendidos por el psicólogo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

22.- No trabajaría con un psicólogo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

23.- Creo que es de suma importancia que todos aquellos pacientes que lo requieran sean vistos por el psicólogo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

24.- Me sería muy útil entender las técnicas de intervención del psicólogo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

25.- La participación del psicólogo dentro del equipo de salud hace más enriquecedor el trabajo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

26.- No me interesa saber que funciones puede desempeñar el psicólogo en el equipo de salud

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

27.- El trabajo que realiza el psicólogo puede ser remplazado por el trabajo del psiquiatra

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

28.- La intervención psicológica conjuntamente con la intervención médica hace que el paciente se recupere más rápido

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

29.- Las intervenciones que hace el psicólogo con los pacientes no las tomo en cuenta

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------



1.- El psicólogo solo está preparado para dictar clases

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

2.- La formación que tiene el psicólogo es la de un profesionalista

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

3.- Los psicólogos sólo están preparados para atender a las personas que sufren de algún trastorno mental

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

4.- Las técnicas de intervención que utiliza el psicólogo no son confiables

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

5.- El psicólogo si está preparado para realizar psicodiagnósticos

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

6.- Los médicos están mejor preparados que los psicólogos para realizar intervenciones de tipo psicológico

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

7.- La formación que tiene el psicólogo sólo le permite ser un auxiliar o técnico

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

8.- Los conocimientos de los psicólogos en su campo son tan confiables como los de los médicos en el suyo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

9.- El psicólogo no tiene los conocimientos y habilidades necesarios para atender los problemas de los pacientes

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

10.- Los psicólogos con los que trabajo están lo suficientemente preparados para trabajar en el equipo de salud

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

11.- El psicólogo es un profesional competente

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

12.- Las habilidades y conocimientos con los que cuenta el psicólogo ayudan para una mejor intervención del equipo de salud

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

13.- Es importante que al psicólogo se le reconozca como profesionalista dentro de la Institución donde laboro

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

14.- Para la Institución donde trabajo el papel del psicólogo dentro del equipo de salud no es muy útil

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

15.- El trabajo del psicólogo no es reconocido en la Institución donde laboro

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

30.- Confío en el trabajo que realiza el psicólogo dentro del equipo de salud

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

31.- Creo que la comunicación que se da a nivel laboral entre médicos y psicólogos es deficiente

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

32.- Los psicólogos pueden hacer un buen diagnóstico psicológico

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

33.- Para mi trabajo es importante la opinión del psicólogo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

34.- La mayoría de los integrantes del equipo de salud no toma en cuenta las intervenciones del psicólogo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

35.- La intervención del psicólogo entorpece mi trabajo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

36.- La opinión del psicólogo dentro del equipo de salud es tomada en cuenta

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

37.- El psicólogo invade mi espacio de trabajo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

38.- Me es muy satisfactorio trabajar conjuntamente con el psicólogo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

39.- Los psicólogos interfieren en el tratamiento médico del paciente

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

40.- El aislamiento en que trabajamos médicos y psicólogos puede repercutir negativamente en los pacientes

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

41.- No es conveniente incluir al psicólogo dentro del equipo de salud

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

42.- Cuando un paciente tiene problemas de tipo psicológico es mejor que lo atienda el psicólogo y no el médico

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

43.- El trabajo que realiza el psicólogo es tan confuso que nadie lo distingue

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

44.- Cuando el psicólogo hace el diagnóstico de los pacientes permite a los médicos entender mejor la enfermedad de estos

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

45.- En el equipo de salud no es importante la presencia del psicólogo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

46.- Me es indiferente trabajar con un psicólogo pues no repercute su acción en mi trabajo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

47.- Es importante que la intervención del psicólogo sea tomada en cuenta al igual que la del médico

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

48.- El psicólogo esta preparado para participar en las discusiones clínicas hospitalarias

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

49.- El psicólogo no está preparado para dar orientación a los familiares

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

50.- El psicólogo es el profesionalista indicado para atender los problemas de tipo psicológico de los pacientes

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

51.- La psicología es una disciplina que puede hacer muchas aportaciones al campo médico

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

52.- Pienso que los psicólogos perjudican a la gente en vez de ayudarla

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

A continuación se presenta el formato de la Escala con los 48 reactivos que discriminaron.

1.- El psicólogo solo está preparado para dictar clases

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

2.- La formación que tiene el psicólogo es la de un profesionalista

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

3.- Los psicólogos sólo están preparados para atender a las personas que sufren de algún trastorno mental

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

4.- Las técnicas de intervención que utiliza el psicólogo no son confiables

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

5.- El psicólogo si está preparado para realizar psicodiagnósticos

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

6.- Los médicos están mejor preparados que los psicólogos para realizar intervenciones de tipo psicológico

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

7.- La formación que tiene el psicólogo sólo le permite ser un auxiliar o técnico

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

8.- Los conocimientos de los psicólogos en su campo son tan confiables como los de los médicos en el suyo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

9.- El psicólogo no tiene los conocimientos y habilidades necesarios para atender los problemas de los pacientes

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

10.- Los psicólogos con los que trabajo están lo suficientemente preparados para trabajar en el equipo de salud

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

11.- El psicólogo es un profesional competente

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

12.- Las habilidades y conocimientos con los que cuenta el psicólogo ayudan para una mejor intervención del equipo de salud

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

13.- Es importante que al psicólogo se le reconozca como profesionalista dentro de la Institución donde labora

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

- 14.- Para la Institución donde trabajo el papel del psicólogo dentro del equipo de salud no es muy útil
- |                       |            |             |               |                          |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
- 15.- El trabajo del psicólogo no es reconocido en la Institución donde laboro
- |                       |            |             |               |                          |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
- 16.- A mí no me interesa trabajar conjuntamente con un psicólogo aunque la Institución donde trabajo lo permita
- |                       |            |             |               |                          |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
- 17.- Creo que psicólogos y médicos deberíamos tener el mismo estatus dentro de la Institución donde trabajo
- |                       |            |             |               |                          |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
- 18.- El trabajo del psicólogo si es tomado en cuenta en la Institución donde laboro
- |                       |            |             |               |                          |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
- 19.- En la Institución donde laboro no se distinguen las actividades que realiza el psicólogo de las del trabajador social
- |                       |            |             |               |                          |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
- 20.- Las funciones que realiza el psicólogo dentro de la Institución donde trabajo están muy bien definidas y definitadas
- |                       |            |             |               |                          |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
- 21.- Cren que en muchas enfermedades físicas existen factores psicológicos que deben ser atendidos por el psicólogo
- |                       |            |             |               |                          |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
- 22.- No trabajaría con un psicólogo
- |                       |            |             |               |                          |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
- 23.- Creo que es de suma importancia que todos aquellos pacientes que lo requieran sean vistos por el psicólogo
- |                       |            |             |               |                          |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
- 24.- Me sería muy útil entender las técnicas de intervención del psicólogo
- |                       |            |             |               |                          |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
- 25.- La participación del psicólogo dentro del equipo de salud hace más enriquecedor el trabajo
- |                       |            |             |               |                          |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
- 26.- No me interesa saber que funciones puede desempeñar el psicólogo en el equipo de salud
- |                       |            |             |               |                          |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
- 27.- El trabajo que realiza el psicólogo puede ser remplazado por el trabajo del psiquiatra
- |                       |            |             |               |                          |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
- 28.- La intervención psicológica conjuntamente con la intervención médica hace que el paciente se recupere más rápido
- |                       |            |             |               |                          |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|

29.- Las intervenciones que hace el psicólogo con los pacientes no las tomo en cuenta

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

30.- Confío en el trabajo que realiza el psicólogo dentro del equipo de salud

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

31.- Creo que la comunicación que se da a nivel laboral entre médicos y psicólogos es deficiente

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

32.- Los psicólogos pueden hacer un buen diagnóstico psicológico

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

33.- La intervención del psicólogo entorpece mi trabajo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

34.- La opinión del psicólogo dentro del equipo de salud es tomada en cuenta

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

35.- El psicólogo invade mi espacio de trabajo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

36.- Me es muy satisfactorio trabajar conjuntamente con el psicólogo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

37.- Los psicólogos interfieren en el tratamiento médico del paciente

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

38.- No es conveniente incluir al psicólogo dentro del equipo de salud

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

39.- El trabajo que realiza el psicólogo es tan confuso que nadie lo distingue

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

40.- Cuando el psicólogo hace el diagnóstico de los pacientes permite a los médicos entender mejor la enfermedad de estos

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

41.- En el equipo de salud no es importante la presencia del psicólogo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

42.- Me es indiferente trabajar con un psicólogo pues no repercute su acción en mi trabajo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

43.- Es importante que la intervención del psicólogo sea tomada en cuenta al igual que la del médico

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

44.- El psicólogo esta preparado para participar en las discusiones clínicas hospitalarias

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

45.- El psicólogo no está preparado para dar orientación a los familiares

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

46.- El psicólogo es el profesionalista indicado para atender los problemas de tipo psicológico de los pacientes

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

47.- La psicología es una disciplina que puede hacer muchas aportaciones al campo médico

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------

48.- Pienso que los psicólogos perjudican a la gente en vez de ayudarla

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------	---------------	--------------------------