



INTERVENCIÓN HOSPITALARIA: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD

Laura Palomino Garibay *Leticia Hernández Valderrama **
Facultad de Estudios Superiores
Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

El presente trabajo tiene como propósito exponer las características de un modelo de intervención psicológica en el campo de la salud a partir de la experiencia del área de psicología social aplicada. Esta forma de acercamiento tiene como sustento tres referentes teórico- metodológicos: A) Una relación con el concepto de salud-enfermedad, B) Una relación formación-servicio, y, C) Una propuesta de ejercicio profesional.

El psicólogo social está convocado a “aportar una mirada distinta, a develar procesos que [...] dan cuenta de la construcción de la vida social y por lo tanto de los sujetos: a la genealogía de las ideas y de las prácticas, al establecimiento de las legalidades que rigen la vida humana, al perfil de lo imaginario que va recreando cada cultura” (Baz, 1996) ésta propuesta, ha servido de punto de partida a la integración del modelo que se trabaja en la FESI, donde se considera que el estudio de las relaciones con la enfermedad; el estudio de los vínculos, los procesos de construcción social sobre las diferentes formas de vida en procesos de enfermedad y salud así como acercarse a los procesos de construcción colectiva, de lo imaginario de diferentes grupos sociales, permitirán aproximarnos a la discusión de la subjetividad del individuo y su realidad pero siempre al amparo de una serie de referentes teóricos y de la reflexión que implica la participación del sujeto en el desarrollo del conocimiento. Organización del proyecto A) El trabajo clínico como encargo social. B) Difusión del papel del psicólogo C) Establecer vínculos intrainstitucionales D) Trabajo autónomo del servicio psicológico. Actualmente el modelo se encuentra en la cuarta etapa, y se ha aplicado en otras instituciones del área de Tlalnepantla, un análisis de los resultados obtenidos se presenta en un trabajo por publicar, sin embargo se puede destacar que se ha identificado y socializado una función profesional específica y se ha dado atención a la demanda hospitalaria solicitada.

* Profesor Asociado “B”. Área de Psicología Social Aplicada. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. E-Mail, palau03@servidor.unam.mx

** Profesor Asociado “A”. Área de Psicología Social Aplicada. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

SUMMARY

The present work has the purpose to expose the characteristics of a psychological intervention model in the field of the health from the experience of Applied Social Psychology Area of the *Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI)*. The work is supported on three theoretical-methodological referents: a) a relation with the concept health-disease, b) a formation-service relation, c) a proposal of professional practice. Throughout the work is carried out a travel to different moments and events that have influenced the construction of the theoretical model as well as social model. It is considered that the social psychologist is called up "to contribute a different look, to develop processes that [...] give out the construction of the social life and therefore of the subjects: from the genealogy of the ideas and practices, to the establishment of the legalities that govern the human life as well as to the imaginary that goes amusing each culture" (Baz, 1996). This proposal have served of starting point to the integration of the model that is currently worked at *FESI*, where it is considered that the study of the relations with the disease; the study of the bonds, processes of social construction about of the different ways of life in the disease-health processes as well as to approach to the collective construction processes of the imaginary of different social groups, they will permit to approach to the discussion of the individual subjectivity. From the previously exposed it is proposed a professional model of insertion of five phases: a) the clinical work as social assignment; b) diffusion of the psychologist's role; c) to establish bonds intra-institutional bonds; d) autonomous work of the psychological service; e) construction of intervention devices. Currently have been covered four of the five phases already defined and it keeps working on the fifth one as well as in the construction of the continuity of the model.

El presente trabajo tiene como propósito exponer las características de un modelo de intervención psicológica en el campo de la salud a partir de la experiencia del área de psicología social aplicada.

El concepto de salud desde diferentes ópticas parecería ser un ámbito de integración de diversas disciplinas puesto que su objeto de estudio adquiere manifestaciones, biológicas, psicológicas y sociales que constituyen áreas fronterizas para los intereses disciplinarios que abordan alguno de los ángulos de éste fenómeno.

La materia de Psicología Social Aplicada que se cursa durante el séptimo y octavo semestres de la carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, es un espacio que curricularmente surge como área aplicada de formación, sin embargo ha existido a lo largo de los últimos veinticinco años una continua reflexión al amparo de una organización curricular inicial que en los hechos ha sido modificada, y ha conducido a una redefinición de su quehacer, actualmente éste modelo se inserta en una propuesta de investigación-intervención.

Esta forma de acercamiento tiene como sustento tres referentes teórico-metodológicos: A) Una relación con el concepto de salud-enfermedad, B) Una relación formación-servicio, y, C) Una propuesta de ejercicio profesional

A) RELACIÓN CON EL CONCEPTO SALUD-ENFERMEDAD.

Reflexionar sobre el concepto salud-enfermedad se ha considerado básico dado que esto referirá un espacio de interlocución tanto con los escenarios de trabajo como con las diferentes formas de abordar la demanda social de la profesión.

El primer concepto de salud enfermedad donde la salud se identifica como opuesta a la enfermedad y como producto de agentes patógenos sólo permite evidenciar situaciones de malestar del sujeto, y aunque éstas inciden en su capacidad funcional no demanda mayor intervención que la del profesional médico y su sustento biologicista, existe una anormalidad hay que llegar a la normalidad, el psicólogo pues no tiene cabida en ese espacio.

Es a partir de 1948 en el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud, cuando se propone una definición integral del proceso salud enfermedad, se señalan elementos psicológicos, físicos y sociales, es decir se integra una demanda de solución de un problema que desde la realidad había mostrado ser más complejo y superaba el planteamiento anterior, ésta propuesta multicausal reconoce la importancia de factores personales, del comportamiento, grupales y sociales como determinantes del origen y mantenimiento del problema mórbido.

El encargo al psicólogo es amplio y se centra en una respuesta, desde lo externo, se propone un campo de trabajo: poblaciones en riesgo, un objeto de estudio: “factores psicosociales” o “variables comportamentales”, una demanda técnica: la prevención y promoción de nuevos hábitos y estilos de vida, el cambio de comportamiento de la población, y una tarea clara: constituirse en una disciplina de apoyo al trabajo médico. “Quizá uno de los desafíos actuales más importantes de la Psicología Social de la salud es el desarrollo de métodos para modificar los estilos de vida de las personas tanto con propósitos preventivos como promotores de la salud. Esa modificación en el sentido en que sea posible y deseable, es igualmente uno de los objetivos de la Educación para la Salud”. (Rodríguez y García 1996)

Antecedentes Teóricos.

Abordar el terreno de la salud desde la perspectiva de lo social tiene sus antecedentes en los trabajos desarrollados a partir de 1972, tres autores destacan en este tipo de enfoque, Palomino (2000) realiza una revisión histórica de los orígenes e identifica dos trabajos de suma importancia: Las contribuciones de la Psicología Social a la investigación en salud (García Aberasturi, 1985), y Psicología Social de la Salud (Rodríguez y García 1997) donde realizan una revisión de los intereses que se han abordado en éste terreno.

De acuerdo a estos trabajos cinco temas ocupan el periodo 1972-1982, para la OMS y la OPS: Salud mental, ciclo de vida, trabajo y salud, enfermedades no transmisibles, enfermedades transmisibles, aspectos sociales de la enfermedad. Otros estudios no clasificados por esos organismos, pero de los cuáles se encontró productos fueron: aspectos psicosociales de la reproducción, de la sexualidad, familia y sociedad, mujer y sociedad, y hábitos nocivos.

A finales de los años setenta se orienta el enfoque conductista en el manejo

de enfermedades crónicas, el estrés emocional, trastornos sexuales, y del comportamiento autodestructivo; se hace énfasis en conocer los aspectos psicosociales de la anticoncepción que sean producto de las prácticas derivadas de las costumbres regionales, se observan también influencias antropológico-culturales al insistir en la familia como unidad de análisis.

El objeto de estudio de la psicología en la salud inicia su búsqueda a través de abordar situaciones que emergen de grupos que generalmente se han considerado en riesgo, es decir se realiza un acercamiento desde lo empírico hacia la definición de campos de acción, como un preámbulo a la definición de su objeto de estudio.

Otra gran vertiente investigativa es la línea que centra su trabajo en el análisis del desarrollo cognoscitivo durante la niñez, se resalta la importancia de la deficiencia ambiental como variable social de la desventaja educativa, aspectos como la clase social, los ingresos económicos el tipo de escuela el tipo de padres, etc., se constituyen como variables independientes de los avances o deficiencias en el desarrollo del niño, la atención se centra en problemas que representan riesgos sociales

Rodríguez y García (1996) realizan un análisis del tipo de trabajo desarrollado desde finales de la década de los ochenta y hasta mediados de los noventa, ubican el quehacer psicológico en dos modalidades, a) la realización de trabajos con tintes conductuales y b) el producido por un enfoque socio-cultural; sin embargo es posible detectar un modelo más, c) la teoría sociocognitiva

En las investigaciones que se han realizado en el terreno conductual los estudios han avanzado en el campo del estudio del estrés y la enfermedad física tendientes a buscar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, su énfasis se centra en describir estrategias de intervención como tratamientos coadyuvantes y preventivos, en el terreno de la evolución de las enfermedades agudas y crónicas, el trabajo que se puede realizar debe incluir el factor ambiental como elemento condicionante de una destreza individual y responsable de la interacción entre personas con una estructura biológica y psicológica en un entorno social de ésta manera se le ubica nuevamente como “una disciplina que aborda comportamientos en riesgo frente a poblaciones de riesgo, cuyo análisis correspondería a la psicología en general y a la social en particular”.(Rodríguez y García 1996)

Afirman los autores que desde su perspectiva los avances han sido producto de la relevancia para la salud de las variables comportamentales y psicosociales implica la exigencia de que los psicólogos sociales estudien elementos nucleares en el desarrollo de las técnicas de la prevención de la enfermedad y de promoción de la salud.

En el terreno de contexto socio-cultural, se refieren trabajos encaminados a buscar interpretaciones de la enfermedad que puedan tener una influencia en la utilización o rechazo de los servicios de salud, o aquellas concepciones que intervienen en el uso indiscriminado de los medicamentos y de la automedicación así como de la actitud hacia los servicios de salud, el papel de la familia también tiene un papel relevante en la interpretación de los síntomas del enfermo, en la prescripción de determinados tratamientos y en las decisiones de buscar ayuda o no, así como en el cumplir con el tratamiento; se vinculan también las conductas

de expresión de síntomas de acuerdo a lo que el grupo social permite o influye, encontraron también trabajos relacionados con hábitos saludables a través de las influencias sociales y culturales.

La demanda de trabajo está matizada por el binomio salud-enfermedad y la psicología se inserta para abordar la conducta del hombre sano y la conducta del hombre enfermo, la importancia para el comportamiento del sujeto del medio ambiente más allá de las relaciones funcionales inmediatas (la familia, vivienda, escolaridad, etc.) se convierte en factor determinante y no causal de fenómenos individuales, se presenta un momento clave, el de reconocer la importancia de lo social y cultural para la forma de actuar de los sujetos, lo social se desmenuza, se parcializa y se convierte en una serie de variables o factores ambientales que son los responsables de comportamientos complejos como los hábitos y estilos de vida, la variedad del ambiente y la diversidad de la conducta del sujeto son aportaciones básicas a investigación desde el terreno de lo sociocultural.

En los trabajos derivados de la teoría sociocognitiva, se afirma que los llamados procesos autorreguladores son componentes críticos y dependen de las creencias, auto-evaluaciones, estándares internos, y percepciones del entorno externo, los cuales actúan como mediadores motivacionales de los procesos de cambio de un individuo, desde esta perspectiva las variaciones son producto de elementos interactivos del comportamiento y no son causas del comportamiento. sobresalen los trabajos realizados en la búsqueda de la etiología de la enfermedad, estudios sobre los estilos de vida y su vínculo con los aspectos socioculturales, acceso a los medios, actitudes de la población hacia la salud, etc.

Destaca de sobre manera el campo de aplicación más cercano, el de la educación para la salud, se ha nutrido a esta política de la mayor parte de las aportaciones en el trabajo con grupos y el desarrollo de estrategias de modificación de estilos de vida.

Trabajos realizados en América Latina con tintes sociológicos, donde se insertaron formas de pensamiento alternativas para la atención médica y del acceso al servicio de salud al amparo de conceptos pseudomarxistas, generaron formas de trabajo comunitarias tendientes a recuperar el origen étnico de los problemas y a la búsqueda de soluciones desde un enfoque de la medicina tradicional, en el terreno del acceso al servicio de salud, el cual es cuestionado constantemente como una expresión del modo dominante de producción se realizan trabajos en el terreno de la explotación de los trabajadores y su resultado en la salud la influencia de esta forma de pensamiento no tuvo amplios logros más allá de los trabajos realizados al amparo de metodologías como la de la investigación participativa e investigación acción para el desarrollo de procesos autogestivos en comunidades demandantes de servicios de salud Rodríguez (1983); sin embargo se habían problematizado elementos claves en el proceso salud enfermedad, como la relación el sujeto con su trabajo, la relación de las condiciones de vida, la importancia de la educación y de la alimentación en el proceso salud enfermedad.

A partir de esto se incorporan al discurso elementos sociales que van desde las reflexiones de los médicos encargados de estas áreas hasta los producidos por instituciones de educación superior.

Durante la década de los años noventa existe un marcado interés por definir cual es el interés de la psicología en el campo de la salud, Ribes (1990) refiere el campo de trabajo más allá de la salud mental, lo ubica en el terreno del comportamiento y los elementos relacionados con la prevención y el tratamiento de la enfermedad, Morales (1999), refiere tres elementos, los componentes subjetivos, los comportamentales y la atención a la salud, estas y otras propuestas (García –Alcaraz 1997, Rodríguez y Rojas 1998, etc.) relacionan el campo de la salud como un campo de aplicación de los conocimientos de una teoría que permite abordar la relación del sujeto con su enfermedad, una relación individual donde las relaciones con lo ambiental facilitan o limitan la relación del sujeto con el proceso salud-enfermedad

La descripción de la producción investigativa y por lo tanto de interés profesional ha mostrado de manera clara el tipo de demanda social a la que obedece la psicología social de la salud, por un lado nace ubicada en el terreno de la: “demanda de atención en”, es decir desde la demanda de solución de un problema, desde lo empírico, esta cuna que se detecta en los orígenes es de particular importancia puesto que todo crecimiento disciplinario depende de los espacios en los que pueda insertarse y siempre al amparo de la solución de un problema.

El otro origen el de “aplicación”, herencia de considerar este tipo de trabajo como una puesta en práctica de los conocimientos de una disciplina “teórica” conduce a la constante referencia como técnica, como proceso investigativo y como extensión del conocimiento, válido desde el enfoque que lo promueve donde la investigación de campo es el principal compromiso al acercarse al escenario de producción de los fenómenos.

Ante este escenario de enfoques eminentemente empíricos, el presente proyecto se propuso incorporarse a este campo de trabajo, reconociendo sus orígenes, incorporando propuestas alternativas al redefinir el tipo de intervención que se debe realizar, así como problematizar los espacios de responsabilidad profesional lo cual implica explicitar sus ejes teóricos.

Concepto De Salud

Definir el concepto sería ambicioso y no es responsabilidad de la Psicología hacerlo, sin embargo es importante aclarar el espacio donde nos ubicamos, así nos referiremos a la relación del sujeto con su realidad mediada por una subjetividad que de manera estrecha le permite observarla y representarla, mediada por elementos psíquicos que dan significado a su relación con los eventos sociales que constituyen un mundo de representaciones, simbólicos e imaginarios, es en estos espacios que el sujeto construye una relación subjetiva con su cuerpo, con el momento que vive, con la identidad que posee, con los imaginarios que se identifica, que lo llevan a construir formas diferentes de relación ante momentos mórbidos y de salud.

El psicólogo social está convocado a “aportar una mirada distinta, a develar procesos que [...] dan cuenta de la construcción de la vida social y por lo tanto de los sujetos: a la genealogía de las ideas y de las prácticas, al establecimiento de

las legalidades que rigen la vida humana, al perfil de lo imaginario que va recreando cada cultura” (Baz, 1996) ésta propuesta, ha servido de punto de partida a la integración del modelo que se trabaja en la FESI, donde se considera que el estudio de las relaciones con la enfermedad; el estudio de los vínculos, procesos de construcción social sobre las diferentes formas de vida en procesos de enfermedad y salud así como acercarse a los procesos de construcción colectiva, de lo imaginario de diferentes grupos sociales, permitirán acercarnos a la discusión de la subjetividad del individuo y su realidad pero siempre al amparo de una serie de referentes teóricos y de la reflexión que implica la participación del sujeto en el desarrollo del conocimiento, así como de la responsabilidad que conlleva la cuna de origen, es decir confrontando el quehacer profesional con las demandas que implica el momento histórico, más que una respuesta a la demanda institucional genera una responsabilidad de proponer elementos de trabajo que se jueguen en los campos donde se viven los procesos sociales.

B) FORMACIÓN-SERVICIO.

Inicialmente se propuso como responsabilidad de las áreas del módulo aplicado, considerar los escenarios de trabajo como los espacios de aplicación de los conceptos derivados de la teoría, así, la formación del alumno se centraba en: la formación para el diseño de programas, el uso de técnicas de trabajo y la realización de formas de evaluación de los programas.

A nivel institucional se consideraba la prestación de servicio como parte fundamental de las políticas universitarias con las cuales se manifestaba la relación universidad-sociedad. Actualmente han cambiado estas políticas y se ha propiciado una redefinición de éste quehacer como producto de considerar rumbos teóricos diferentes a la propuesta curricular inicial, facilitando un espacio de intervención- investigación.

Antecedentes:

Reconocer los elementos que han influido en la integración del modelo implica recuperar la historia del tipo de actividad desarrollada en Psicología Social Aplicada, la cual ha transitado por diversos escenarios: grupales, comunitarios e institucionales, que han influido de manera decisiva en la elección de objetos y métodos de estudio, sin olvidar el interés en trabajar con grupos sociales, enfatizando la relación entre individuo y sociedad.

Por otro lado, también es importante considerar las condiciones de inserción del alumno, producto del desarrollo histórico de la disciplina, en algunos momentos y en otros de la diversidad de contenidos curriculares, conjugadas con un no lugar institucional, optando por estrategias de trabajo que superen estas limitaciones lo cual conduce a considerar como básica la demanda de trabajo institucional.

En los inicios de los setentas en latinoamericana, los elementos derivados de la investigación participativa en el terreno de la intervención, proponen una

constante relación entre el hecho y la reflexión del investigador- participante, al considerar la participación del profesional con un compromiso con su formación, es decir se participa en los procesos donde se ponen en juego relaciones sociales, asumiendo un compromiso en la lectura y en la forma de actuar producto de sus conocimientos, elementos que se evidencian e incorporan a las prácticas en su mayoría grupales.

Surgen propuestas tanto a nivel educacional como son las de Pablo Freire en Brasil (1975) y los trabajos de Investigación-Acción realizados por Fals Borda en Colombia (1981), en México la propuesta desarrolla modelos de trabajo que vinculan este énfasis con las poblaciones surgiendo la Psicología Social Comunitaria, que en la Universidad Veracruzana y en Venezuela se instituye como una escuela de pensamiento, establecen las bases para el trabajo Latinoamericano, en La Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala se integra “la psicología comunitaria: “Embrión de un nuevo paradigma” (Brea y Correa 1980), la Universidad Iberoamericana se incorpora a la propuesta comunitaria (Gómez del campo 1991, Lartigue 1991) durante los ochentas y noventas, se integra una alternativa tanto a nivel de formación de recursos como a nivel de prestación de servicio, este momento de producción latinoamericano influye en la construcción de una estrategia de compromiso del estudiante con sus conocimientos y la relación de estos con la sociedad.

En el terreno de la salud comunitaria y pública había demandas profesionales, el concepto de salud hacía referencia a elementos no biológicos, además se insiste en el compromiso del sujeto sobre sus actos, de allí que se busque incorporar a otros profesionales.

A nivel mundial la planeación en la prestación de servicios, las políticas de atención primaria, de educación para la salud y de promoción para la salud se establecen como obligatorias -para garantizar la atención a la totalidad de la población- para los países latinoamericanos y subdesarrollados.

Ante esta situación las instituciones prestadoras de servicio se constituyen en un espacio de formación-inserción del estudiante, de ahí que sea en estos espacios donde se definan formas de ejercicio profesional, y a la par enfrenten al profesional en formación con una práctica laboral en condiciones reales, mostrando de manera integral: aspectos formativos, limitaciones de desarrollo disciplinario y demanda de atención profesional

C) EJERCICIO PROFESIONAL

El encargo social del psicólogo ha sido el trabajo clínico, ubicando su quehacer en el terreno de la salud mental, como se ha descrito anteriormente los esfuerzos por modificar esta actividad han sido amplios, sin embargo no existe un espacio institucional de formas alternativas de ejercicio profesional.

Los cambios en la organización de los servicios de salud que en 1985 reformaron la Ley de la Administración Pública Federal que dio por resultado la reorganización en la atención a la población y el cambio de Secretaría de Salubridad y Asistencia a Secretaría de Salud, producto de considerar como responsabilidad del estado la prestación de servicios de atención a la salud y

considerando la asistencia una responsabilidad de organismos civiles, modificó formas de atención y de prestación del servicio en áreas diversas como las preventivas, sin embargo no se observa una diferencia en la labor del psicólogo pues aparece hasta segundo y tercer nivel y en actividades de evaluación clínica supervisadas por el psiquiatra.

Los cambios institucionales que han ocurrido en diversos periodos encaminados a prestar servicios, hasta 1998 insisten en fortalecer formas organizativas que permitan abordar el trabajo preventivo, considerando una descentralización para la prestación del mismo y una relación normativa con el nivel central, lo cual no recupera en la práctica otros elementos relacionados con el proceso salud-enfermedad ni la existencia del psicólogo como profesional en actividades no clínicas.

Es a partir de lo anterior que se propone identificar nuevas formas de ejercicio profesional del psicólogo y difundir institucionalmente las ya investigadas.

Este señalamiento no es nuevo, sin embargo, es de particular importancia para los que continuamente intervienen en el orden institucional, puesto que en muchas ocasiones la carencia de un lenguaje propio no permite integrarse en la producción de significados y por consiguiente en la validación de un discurso que trascienda el trabajo diagnóstico o de intervención parcial que en lo real enfrenta cotidianamente.

Detección de demanda de atención institucional y poblacional, este aspecto en lo empírico constituye uno de los mayores obstáculos para la integración del trabajo, dado que desde lo externo y desde el otro, se identifican los escenarios, se seleccionan compromisos y expectativas, quedando entonces una definición parcial de responsabilidades profesionales, lo que implica realizar acciones tendientes a satisfacer demandas coyunturales con la intención de justificar la pertinencia de la labor profesional más como un reto gremial que como encargo social.

Contribuir a identificar nuevas actividades clínicas, la relación del sujeto con la enfermedad en diferentes procesos y momentos hace necesaria la intervención para facilitar la elaboración de procesos de simbolización que permitan al sujeto una movilidad del lugar de "enfermo" en que lo colocan los discursos institucionales y académicos de la enfermedad cuya expectativa sobre el paciente es de ejecutor de un mandato al que deberá incorporarse por su propio bien.

Otra modalidad la constituye la integración como acompañante terapéutico en procesos donde hay enfermedad terminal, actividad que además de forma intuitiva es cubierta por diferentes personajes institucionales (enfermeras, trabajadoras sociales e incluso el voluntariado) dado que el psicólogo posee una formación profesional, facilitará la construcción de esta vivencia tanto para el paciente como para sus familiares.

En el terreno de la intervención con poblaciones con enfermedad física, hay que sensibilizar al profesional médico que no existe una disociación entre el cuerpo y la representación de éste, ambos aspectos se encuentran presentes en el lugar que el sujeto asume respecto a su problema, construir espacios de reflexión y de análisis permitirán se mueva de lugar y asuma una relación de responsabilidad respecto a su situación.

Lo anteriormente mencionado permite considerar al psicólogo como un profesional que se relaciona con las prácticas sociales que constituyen las representaciones y nociones de la subjetividad en torno a eso llamado salud.

MODELO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

Contexto

El modelo Psicología y salud que actualmente se desarrolla en el Hospital Maximiliano Ruiz Castañeda, tiene como antecedentes las actividades desarrolladas durante los años 1988-1990 por la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala en el Campus Cuautitlán, donde se definieron formas de trabajo que implicaban ampliar la acción del Psicólogo al trabajo grupal no solo con fines terapéuticos, durante este periodo se realizaron actividades principalmente preventivas y de información para la población sobre medidas higiénicas y de prácticas alternativas en salud, encontrando también una demanda de ejercicio multidisciplinario al coincidir diferentes carreras del campo de la salud. Otro antecedente a este tipo de trabajo lo constituye el realizado en el Centro de Salud Reforma Urbana dependiente del municipio de Tlalnepantla, durante los años escolares 1991 y 1992 en la prestación de servicio de salud a la población, las actividades desarrolladas implicaron además de la consulta clínica la promoción de la salud, la participación del psicólogo en conjunto con los prodiaps en la búsqueda de formas de organización de la comunidad tendientes a elevar la participación de la población, y de manera muy especial destaca la intervención con el equipo de salud en la búsqueda de formas empíricas de facilitación del trabajo multidisciplinario.

A partir de 1994 el Hospital Maximiliano Ruiz Castañeda abre sus puertas para la incorporación del trabajo Psicológico en esta institución, el hospital se encuentra ubicado en la zona de Naucalpan y demandan atención los pobladores de las zonas aledañas los cuáles muestran carencias económicas muy acentuadas.

Los servicios que se proporcionaban hasta 1994 no incluían la atención psicológica, la incorporación de estudiantes de séptimo y octavo semestre para la realización de prácticas de Psicología Aplicada permitió ofrecer el servicio como una actividad más de la institución.

OBJETIVOS:

Favorecer la formación de psicólogos en contacto estrecho con la problemática que define su quehacer profesional en instituciones hospitalarias.

El objetivo para la primera fase: Difusión del papel del Psicólogo a la población que asistía a la consulta externa del hospital

La segunda fase del trabajo consistió en establecer vínculos intrainstitucionales que facilitarían el reconocimiento de la función profesional del psicólogo.

En la tercera fase se amplió la oferta de trabajo profesional, esto incluía integrarse a los servicios hospitalarios desde la organización misma de la institución, lo cual propicia vínculos de comunicación formales e informales entre profesionales de diferentes disciplinas.

Para la cuarta fase se propone identificar e intervenir con grupos

ORGANIZACIÓN DEL PROYECTO FASES DE INTERVENCIÓN

A) El trabajo clínico como encargo social.

El trabajo clínico es el papel que por demanda de consulta de la población evidencia el mayor espacio de inserción profesional, coincidiendo con el nivel institucional desde donde el modelo médico ha identificado fronteras de abordaje y áreas de competencia de otros profesionales.

- Función del psicólogo:
diagnóstica, terapéutica en problemas de salud mental.

- Estrategias de trabajo

Consulta clínica con una duración de 50 minutos, se realiza en un consultorio médico previamente programado.

Integrar expediente del paciente.

Realizar un formato de reporte interno semanal para realizar un reporte mensual al epidemiólogo con base en el CIE 10.

- Apoyo en áreas de interconsulta

- Estrategias de trabajo

Proporcionar consulta a los pacientes que diferentes especialistas consideraran oportuno, reportando los resultados encontrados al médico que canalizó.

Integrar esta información en el formato de registro mensual.

B) Difusión del papel del psicólogo

Insistir en un perfil amplio del quehacer psicológico, donde lo clínico constituye solo una arista en relación de la psicología con la salud

- Función del psicólogo:

Ampliar la oferta de trabajo profesional

- Estrategias de trabajo

Aclarar que el interés en el campo de la salud no necesariamente hace referencia a la salud mental.

Ejercicios de colaboración multidisciplinaria.

C) Establecer vínculos intrainstitucionales

Generar en la práctica un espacio de integración del psicólogo que establezca las bases de una incorporación oficial de la psicología

- Función del psicólogo

Evidenciar áreas de trabajo que desde la práctica contribuyan a mostrar la oportunidad de la propuesta, para la demanda que plantea la población.

Mostrar la pertinencia de otras funciones profesionales derivadas de la intervención, en este sentido se abordan procesos de enfermedad crónica, enfermedad terminal, servicio de urgencias y desarrollo infantil.

- Estrategias de trabajo

Abrir nuevas facetas disciplinarias.

sistematizar las que ya se iniciaron para mostrar la pertinencia y oportunidad de esta modalidad de trabajo.

Desarrollar propuestas de inserción institucional oficial.

D) Trabajo autónomo del servicio psicológico

Mostrar las funciones del servicio en la institución hospitalaria.

- Función del psicólogo

El establecimiento de una práctica clínica desde lo social como una estrategia de inserción disciplinaria.

- Estrategias de trabajo

Institucionalizar el servicio con autonomía psiquiátrica.

Proponer y realizar un sistema de registro con características definidas por los psicólogos.

E) Construcción de dispositivos de intervención.

Búsqueda de esquemas tendientes a fortalecer su ejercicio profesional coherente con un cuerpo teórico y una práctica profesional derivada de ello. Mas que un objetivo particular, enfrenta al psicólogo una responsabilidad profesional realizable a lo largo del proyecto.

- Función del psicólogo

Identificar referentes teóricos pertinentes

Identificar áreas de trabajo

- Estrategias de trabajo

Integrar proyectos de investigación.
Construir espacios de reflexión.

Actualmente el modelo se encuentra en la cuarta etapa, y se ha aplicado en otras instituciones del área de Tlalnepantla, un análisis de los resultados obtenidos se presentan en un trabajo por publicar, sin embargo se puede destacar que: a lo largo de un año se identificó la función profesional y una demanda de atención constante de servicio clínico.

Se observó una identificación con la actividad diagnóstica en el terreno de la salud mental (rol asignado).

En la segunda y tercer etapa se obtuvieron diversas tesis profesionales que identifican funciones alternativas y modalidades de integración profesional desde diferentes espacios.

En la cuarta etapa se ha obtenido una consulta continua del servicio que se ha incorporado a los registros epidemiológicos de la institución y ha permanecido en funciones durante periodos vacacionales o imprevistos (huelga) por la incorporación de estudiantes que han concluido la carrera y permanecen de forma voluntaria hasta concluir sus objetivos.

Bibliografía.

Baz, Margarita, (1996) *Salud Social y Subjetividad Colectiva en El Sujeto de la Salud Mental a Fin de Siglo*. Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Baz, Margarita, (1996) *Intervención grupal e investigación*. Cuadernos del Tipi. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

Benedito G., Rol del Psicólogo: rol asignado, rol asumido y rol posible. (1983) en Braunstein N. A., Pasternac M., Benedito G., Saal F., (1983) *Psicología Ideología y Ciencia*. Siglo XXI editores. México.

Fals Borda, H. Y otros (1981) *Investigación participativa y praxis rural nuevos conceptos en Educación y desarrollo comunal*. Ed. Mosca azul, editores. Lima, Perú.

García- Alcaraz A. (1997) Los trastornos somatoformes y co-morbilidad: un estudio sobre los pacientes que solicitan atención sin tener un diagnóstico médico. *Salud Mental*, 20 (2)

Kuhn, Thomas S., (1978) *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. Fondo de Cultura Económica, México.

Lartigue T. (compilador) (1991) *Salud comunitaria: Una visión panamericana*. Editorial Universidad Iberoamericana, México.

Matrajt, Miguel, (1996) *La Dimensión Sanitaria en El Sujeto de la Salud Mental a Fin de Siglo*. Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Morales C. F. (1999) *Introducción a la psicología de la salud*. Edit. Paidós, Argentina.

Palomino G. L. (2000) *El grupo operativo como dispositivo de intervención en personal directivo de salud*. Tesis de maestría. ENEPI- UNAM, México.

Rodríguez J., García J. A. (1996) *Psicología Social de la Salud en Torregrosa J.R. Psicología Social Aplicada*. Mc. Graw Hill. España.

Rodríguez O. G.; Rojas R. M. (1998) *La psicología de la Salud en América Latina*., En: Rojas M. E., Rodríguez G. *La psicología de la salud en América Latina*. Facultad de Psicología, UNAM. México

Vejarano, Gilberto (compilador), (1983) *La Investigación Participativa en América Latina*. Centro Regional de Educación de Adultos y Alfabetización Funcional Para América Latina, Michoacán, México.

Vargas L. E. (1996) *El sujeto de la salud mental a fin de siglo*. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

[Regresar a índice](#)