

UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

***INTERVENCIONES DE PROFESIONALES EN EL CAMPO
DE LA SALUD: ESTUDIO ANTROPOLÓGICO
COMPARATIVO EN BRASIL, ESPAÑA Y PORTUGAL***

RAILDA FERNANDES ALVES

DIRECTORAS:

**Dra. Sylvia Alejandra Jiménez Brobeil – Universidad de
Granada**

**Dra. Maria do Carmo Eulalio – Universidade Estadual da
Paraíba**

Granada, 2008

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Railda Fernandes Alves
D.L.: GR.1983-2008
ISBN: 978-84-691-5982-8

Universidad de Granada
Facultad de Medicina



Doctora *Sylvia Alejandra Jiménez Brobeil*, profesora titular del Laboratorio de Antropología Física de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada - España
Doctora *Maria do Carmo Eulalio*, profesora titular del Departamento de Psicología de la Universidade Estadual da Paraíba - Brasil

Certifican

Que Da. *Railda Fernandes Alves* Licenciada en Psicología, ha realizado su trabajo de Tesis Doctoral sobre el tema

“INTERVENCIONES DE PROFESIONALES EN EL CAMPO DE LA SALUD: ESTUDIO ANTROPOLÓGICO COMPARATIVO EN BRASIL, ESPAÑA Y PORTUGAL”,

bajo nuestra dirección, contando con nuestra aprobación para su presentación y defensa ante Tribunal, a fin de obtener el Doctorado Europeo

Granada, 2008

Sylvia Alejandra Jiménez Brobeil

Maria do Carmo Eulalio

Para Maria José Sabino Fernandes

Inteligente de nascença
Valorosa por natureza
Cheia de beleza

Forte por dentro e por fora
Lutadora de toda vida
Defensora dos mais fracos
Sábia em suas palavras

Amante das flores e hortelãs
Das pessoas, das crianças sozinhas
Seu coração sem limites
Sorriso que nunca cansa

Me deu vida
Me deu tudo
Coragem, tantas ganas de caminhar!
Projetos que não têm fim

Vou pra longe
Fico perto
Comigo sempre está

Quando olho pra frente lhe vejo
Sempre esperando por mim

A você dedico tudo
Este troféu é seu
Por merecimento
Em reconhecimento de sua incasável luta!

Agradecimientos

A la Profesora ***Sylvia Alejandra Jiménez Brobeil*** por la dirección de la tesis en los dos últimos años. Por el respeto hacia mi trabajo y por la confianza depositada en mí como persona. Por la prontitud con que se dedicó a la revisión de todos los detalles de mi tesis. También por estar pendiente de las providencias burocráticas. Por el incentivo permanente tan esencial para que yo pudiera seguir adelante.

A Professora ***Maria do Carmo Eulálio*** (Querida Carmita) pela orientação da tese. Seu olhar atento aos detalhes do conteúdo, aportando suas reflexões respeitosa e construtivas foram meu pilar no campo da psicologia. Como se isso não bastasse, ainda tenho de agradecer-lhe pela amizade, pela escuta empática, por me permitir compartilhar também minha vida pessoal. Por ter ficado intimamente “pertinho de mim” em toda a caminhada.

A la Profesora ***María Teresa Miranda León*** (del Departamento de Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada) por la revisión y corrección de toda la estadística del trabajo. Su mirada atenta a los datos, su tolerancia en las explicaciones y más, afianzaron la lectura de los resultados cuantitativos.

Al Profesor ***Miguel Botella*** por su acogida en el Laboratorio de Antropología, de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Granada. Por la confianza en mí y en mi trabajo. Por su participación en mi tribunal. Por tantas ayudas dadas no sólo a nivel académico, sino también a nivel personal.

A Professora ***Cristina Padez*** pela acolhida no Laboratório de Antropologia da Universidade de Coimbra, Portugal, durante a realização do Doctorado Europeu. Pela dedicação à resolução dos problemas de infra-estrutura que me auxiliaram a avançar com rapidez na tarefa de recolha de dados. Por su participación en mi tribunal.

A **Universidade Estadual da Paraíba** por permitir meu licenciamento para realizar o doutoramento. Pela bolsa de estudos fornecida tão importante ao complemento da manutenção familiar.

A la Profesora **Inma Alemán** por todas las facilidades que ha puesto a mi disposición, con el objetivo de ayudarme en la resolución de los problemas estructurales: libros, programas estadísticos. Por la tolerancia en explicarme el manejo de software. Por su participación en mi tribunal.

A **Lola Cabrera**. Por ponerme en contacto con los psicólogos de la Provincia de Granada. Sin este tan grande gesto hubiera tenido más dificultades en alcanzar mis objetivos en la recogida de los datos de la tesis. Por dedicarme su tiempo explicándome todo lo que sabe sobre el Sistema Andaluz de Salud. Por ayudarme en la revisión final de los términos técnicos. Por su amistad, tertulias y tantas cosas compartidas. Muchas gracias es muy poco para agradecerle tanta generosidad.

A **Rosa María Maroto** por su apoyo, simpatía y disponibilidad diaria hacia la resolución de las cuestiones estructurales respecto a mi trabajo.

A la Profesora **Carmen de Jesús García García** por la tutoría durante los primeros dos años. Su mirada crítica y minuciosa ha contribuido a mejorar el manejo del idioma español.

A todos los **Psicólogos de la Provincia de Granada**. Por la amabilidad, simpatía, confianza e interés en el proyecto. Por el respeto hacia mi trabajo. Por la inversión de sus escasos tiempos para colaborar con él.

A todos os **Psicólogos de Campina Grande**, Brasil, pela prontidão com que atenderam ao meu pedido. Pelo carinho, amabilidade e humildade com que acolheram este projeto. Também pelo esforço de tiempo para colaborar, sempre com tanta alegria.

A los *Psicólogos del Concelho de Coimbra*, Portugal, por la colaboración, el esfuerzo y el derroche de tiempo por contribuir con el proyecto.

A los Relatores externos de mi tesis el Profesor Doctor *Jorge Correia Jesuíno* del Instituto Superior de Ciencias do Trabalho e da Empresa (ISCTE), Lisboa, Portugal y el Profesor Doctor *Milton Nuñez* de la Universidad de Oulu, Finlandia.

Agradecimentos pessoais

As minhas sete irmãs (*Berenice, Ruth, Rubenice, Regi, Nena, Nova e Taninha*) por terem cuidado de minha/nossa mãe enquanto eu caminhei por lugares tão longínquos levando no peito, no corpo, no andar, na fala, a dor permanente da ausência. A responsabilidade (física) de filha, que ficou em suspenso. A certeza do retorno pontual e delimitado não diminuiu a inquietude cadenciada por um ritmo que se fazia infinito à cada dia.

A *Fernando* por suspender sua vida profissional no Brasil e se lançar comigo nessa aventura “louca” e “turbulenta” de viver noutro país. Sempre ao meu lado e do seu jeito, dizendo-me: Tô aqui!!! Por “cuidar de mim”, seguindo rigorosamente a recomendação de minha mãe.

A *Tiago* e *Fernanda* filho e filha amado e amada por compartilhar comigo todos os percalços dos últimos anos que incluíram as alegrias, as tristezas e as crises familiares. Pela cumplicidade de idéias e discussões, às vezes filosóficas, na cozinha de nossa casa de Granada. Me admira o quanto estamos diferentes!!! Continuemos crescendo juntos! Isso me encanta!

Ao meus tios *Antônio Sabino* e *Leninha* por suas presenças permanentes em minha vida. Pelo incentivo e os gestos cuidadores de sempre...Pela nobreza de seus sentimentos...

Ao Coro Asa Branca dirigido por **Inma Ramos** e formado por **Leo, Rosana Mineira, Menchu, Maíra, Nanda, M^a Ángeles y Paqui**. Por me permitirem através do nosso cântico, encher meu coração de alegria, meu corpo de energia, meu sonho de poder cantar!

A mi amiga **Lucy**... ¡Querida amiga, querida hermana! Persona única. Presencia constante e incondicional. Por su inmensa capacidad de oír y aceptación empática. Por la delicadeza, representada en su suave voz y en su escucha maravillosamente atenta. Mujer que no desperdicia palabras, siempre llenas de intenciones. Por las revisiones de los términos técnicos de la tesis. ¡Lucy! ¡Sin palabras! ¡Estarás en mi corazón siempre!

A mi amiga **Maria José Robles** por las miradas críticas. Su visión sobre el mundo izquierdista y feminista aportándome unas reflexiones sobre valores éticos y políticos inigualables... Por su disponibilidad para ayudarme en todos los momentos. Por contribuir en las revisiones finales de los términos técnicos de la tesis.

A mis colegas del Doctorado (**Lorena, Gretel, David, Coralee, Almir, Fernando, Sebastián, Zita, Stefano, Paola**, y todos aquellos que fueron incorporándose a lo largo del curso), por su colaboración, por el apoyo diario, por las conversaciones informales, por el intercambio tan rico de experiencias de vida y enseñanzas culturales, por aportarme tantas minucias del idioma español hablado en sus países... Llevaré en mí vuestras huellas.

Ao querido amigo **Josias** pela sua presença inquieta, tantas vezes paternal...sem palavras amigo!!

Ao amigo **Ozéas** pela amizade. Pela disponibilidade incondicional em ajudar, sobretudo a “torear” o computador.

A **Pepa Alganza** por su amistad. Por las experiencias personales compartidas.

A **comunidade brasileira** formada por tantos amigos que em suas distintas formas de ser me aportaram a energia micigenada, colorida e musical de minha terra...de minha

querida terra! (Alex Camarada, Paulejan, Rosana Mineira, Maíra, Leonor, Ozéas, Eveline, Beth, Eveny)

A la *comunidad española y extranjera* que vive en Granada. A veces flores, otras veces piedras,... todo ello transformándome en una persona distinta, creo que mejor.

Aos “*colegas das festas*” feitas no campo, aos músicos brasileiros, espanhóis, cubanos, dinamarqueses, argelinos, marroquinos, australianos, franceses.... nunca pensei que fossem tantos..., obrigada pela alegria, pelos momentos bons, pelas horas e horas compartilhando nossa musicalidade. Talvez nunca saibam do importante que foi pra mim tudo isso...

Obrigada

Gracias

Índice

Resumen	12
Resumo	15
Abstract	18
Introducción	21
• Justificación	23
• Planteamientos	24
• Objetivos	25
• General	25
• Específicos	25
• Organización de los capítulos	26
Capítulo 1 - Evolución histórica del concepto de salud- enfermedad	28
1.1 Salud-enfermedad-vida-muerte: la perspectiva antropológica	34
Capítulo 2 - La salud pública/comunitaria y su estructura organizativa en Brasil, España, Portugal y Cuba	41
2.1. Sistema Sanitario brasileño	41
2.2. Sobre el Sistema Sanitario de español	45
2.3. El modelo portugués de salud	47
2.4. El modelo Cubano de salud	49
Capítulo 3 - Contextos y des-contextos de la psicología de la salud. Surgimiento y desarrollo en el entorno de la medicina conductual, psicología clínica, social y comunitaria	53
3.1. Psicología Clínica	54
3.2. Psicología de la salud: justificativas de su surgimiento	57
3.3. El surgimiento y desarrollo de la Psicología de la Salud	58
3.4. Conceptos de la psicología de la salud	67
3.5. Avances de la Psicología rumbo a la Psicología de la Salud	71
Capítulo 4 - La inserción del psicólogo en la salud pública/comunitaria: dificultades, avances y propuesta de formación para la actuación en el campo	76
4.1. Hechos históricos asociados a la incorporación del psicólogo al campo de la salud pública/comunitaria	76
4.2. Análisis crítico de la formación universitaria de los psicólogos para sus actuaciones en la salud pública/comunitaria	79
4.2.1 Consideraciones sobre las prácticas y enseñanza de la psicología de la salud en Brasil	79
4.2.2 La enseñanza de la psicología de la salud en España	85
4.2.3. La enseñanza en Portugal	87
4.3. La práctica asistencial en atención primaria: desafío para los diversos profesionales de la salud	88
4.4. Indicativos para la elaboración de un plan de formación universitaria en Psicología de la Salud	93
Capítulo 5 - El abordaje teórico-metodológico	97
5.1. Aporte cuantitativo y cualitativo	98
5.2. Descripción de los instrumentos y procedimientos técnicos utilizados en la recogida y análisis de los datos	100
5.2.1. El cuestionario	100
5.2.2. La entrevista abierta o en profundidad	102
5.2.3. Diario de campo	104

5.2.4. Tratamiento de los datos	105
5.3. Sujetos de la investigación: Localizando los actores de las muestras y criterios de inclusión	109
5.3.1. Muestra de la ciudad de Campina Grande – Brasil	110
5.3.2. Muestra de la Provincia de Granada	110
5.3.3 Muestra del Concelho de Coimbra – Portugal	112
Capítulo 6 - Resultados cuantitativos de las tres muestras: ciudad de Campina Grande, Brasil; Provincia de Granada, España y Concelho de Coimbra, Portugal	114
6.1. Parámetros socio demográficos de las muestras	114
Capítulo 7 - Análisis cuantitativo y cualitativo de las cuestiones abiertas del cuestionario administrado a las muestras en todos los niveles de atención de salud: en Brasil, Portugal y España	126
7.1. Reconocimiento de la importancia de la labor del psicólogo por los gestores de salud	126
7.2. Creación de puestos de trabajo en respuesta al desarrollo de las actividades de los psicólogos	130
7.3. Distribución del tiempo durante la jornada de trabajo	136
7.4. Desarrollo de actividades propuestas para el trabajo	139
7.5. Reconocimiento de la coherencia entre las acciones psicológicas desarrolladas en la sanidad pública y sus niveles de atención	143
7.5.1. Propiedad de las acciones de los psicólogos a la salud pública: la situación en la Provincia de Granada	143
7.5.2. Compatibilidad de las acciones realizadas por los psicólogos actuantes en la APS en la ciudad de Campina Grande y en el Concelho de Coimbra, con la APS	146
7.5.3. Compatibilidad de las acciones realizadas por los psicólogos de los niveles especializados de atención de salud (2º y 3º), con la APS, en la ciudad de Campina Grande y en el Concelho de Coimbra	148
7.6. Actividades realizadas por los psicólogos en los tres niveles de atención de salud (respuestas estimuladas)	150
7.7. Actividades realizadas por los psicólogos en los tres niveles de atención de salud (respuestas no estimuladas)	154
7.8. Los objetivos de la presencia de la psicología en APS	157
7.8.1. Objetivos de la psicología en APS, para los psicólogos de APS de la ciudad de Campina Grande - Brasil y del Concelho de Coimbra – Portugal	157
7.8.2. Objetivos de la psicología en APS, para los psicólogos de 2º y 3º nivel de atención de salud de la ciudad de Campina Grande – Brasil	158
7.8.3. Objetivos de la psicología en APS, para los psicólogos de 2º y 3º nivel de atención de salud del Concelho de Coimbra - Portugal	160
7.8.4. Objetivos de la psicología en APS, para los psicólogos de 2º y 3º nivel de atención de salud de la Provincia de Granada	160
Capítulo 8 - Análisis cualitativo de los discursos de psicólogos actuantes en Atención Primaria de Salud en la ciudad de Campina Grande – Brasil y en el Concelho de Coimbra - Portugal	163
8.1. Auto-relatos de los psicólogos sobre las intervenciones realizadas en Atención Primaria de Salud (APS)	163
8.2. Las Intervenciones de Psicólogos que deberían ser realizadas en	

Atención Primaria de Salud (APS)	167
8.3. Objetivos de las prácticas psicológicas en APS	171
8.4. Los Equipos Matriciales (EM) para los psicólogos de la APS	173
8.5. El proceso migratorio de los psicólogos de la clínica Municipal hacia los Centros de Salud	176
8.6. La comunicación interprofesional en APS	178
8.7. La formación universitaria para la actuación a nivel de APS	181
8.8. Sobre lo que hace falta para mejorar el servicio de APS	183
8.9. Lo que está bien en el servicio – APS	186
Capítulo 9 - La promoción de salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos	188
9.1. La promoción de la salud general	188
9.2. La prevención de enfermedades	190
9.3. Prevención e intervención primarias	190
9.3.1. Prevención primaria	190
9.3.2. Intervención primaria	191
9.3.3. Guía no exhaustiva de actividades compatibles con la prevención e intervención primarias	193
9.4. Prevención e intervención secundarias	194
9.4.1. Prevención secundaria	194
9.4.2. Intervención secundaria	197
9.4.3. Actividades compatibles con la prevención e intervención secundarias	198
9.5. Prevención e intervención terciarias	199
9.5.1. Prevención de tercer nivel	199
9.5.2. Intervención de tercer nivel	200
9.5.3. Actividades utilizadas en la prevención e intervención terciaria	202
Conclusiones en castellano	205
Conclusões em Português	211
Bibliografía	217
Anexos	239

Intervenciones de profesionales en el campo de la salud: estudio antropológico comparativo en Brasil, España y Portugal

A nivel mundial la presencia de los psicólogos en los servicios de salud pública/comunitaria de forma oficial es nueva, incipiente y marcada por unas actuaciones especializadas. La actuación en el primer nivel de atención es todavía más novedosa y desconocida. Con la intención de contribuir a esta discusión utilizamos la Antropología aplicada a la salud como fundamento teórico y metodológico para desarrollar este estudio.

Los Objetivos fueron:

- **General** conocer las intervenciones de los psicólogos de los servicios de salud pública/comunitaria de la ciudad de Campina Grande, Paraíba, Brasil; de la Provincia de Granada, España y del Concelho de Coimbra, Portugal.
- **Específicos:** Reunir, presentar y discutir el panorama de las prácticas de estos psicólogos e investigar su nivel de comprensión acerca de la demarcación teórico-epistemológica de sus prácticas; valorar la compatibilidad de sus intervenciones con el nivel de atención propuesto en su servicio; Conocer cómo los psicólogos definen la atención primaria de salud.
- **Teóricos:** Establecer y diferenciar los espacios para las intervenciones en los tres niveles de salud y proponer principios generales para la elaboración de un programa de formación universitaria en psicología de la salud.

La **metodología** contempló un estudio comparativo, de campo, articulado por la triangulación metodológica. Los **instrumentos** y procedimientos utilizados en la recogida y análisis de los datos fueron un cuestionario mixto, una entrevista abierta y un diario de campo, Para **tratamiento de los datos**, utilizamos el programa estadístico SPSS versión 14 para los datos cuantitativos; y el análisis de la enunciación, para los cualitativos. Para dar visibilidad a los resultados utilizamos las técnicas de las Prácticas Discursivas: árbol de asociación de sentidos y mapas de asociación de ideas.

Resultados: Los participantes son mayoritariamente mujeres (83,17%), y su edad media es 42,31 años. Los psicólogos de Brasil son los que más han realizado post grado (82,4%). Los españoles son los que cobran más y presentan mayor satisfacción con la calidad de vida. Los **psicólogos de Brasil y Portugal tienen en la psicoterapia** la actividad central de sus intervenciones y les falta seguridad para identificar sus prácticas a nivel de APS. **Los psicólogos de Granada** no demostraron tener dificultades en la identificación de las actividades desarrolladas en su nivel de atención. La mayoría de los psicólogos de **2º y 3º niveles de atención de salud de Brasil y Portugal** dijeron que sus actividades pertenecen al 1º nivel de atención, sin embargo, la descripción hecha es compatible con las asistencias especializadas de salud. En cuanto a los **objetivos de la psicología en APS** los psicólogos de APS de Brasil fueron los que más dificultad tuvieron en describirlos. Los **brasileños de 2º y 3º niveles** presentaron un reconocimiento preliminar, pero no citaron los principios que definen la intervención del psicólogo en la APS. **Los portugueses de 2º y 3º niveles** describieron los objetivos en APS, como: alterar estilos de vida, actuar en programas de educación para la salud, hacer prevención primaria. En cuanto a los **resultados teóricos:** La promoción de la salud general debe ser realizada antes de las acciones preventivas que deben ser planteadas a partir del perfil epidemiológico de la comunidad. **La prevención de enfermedades** es una intervención propia del psicólogo en todos los niveles de atención de salud.

Conclusiones generales de las tres muestras: la intervención de los psicólogos en los servicios de salud pública/comunitaria es incipiente y clínica; Los términos promoción de salud y prevención de enfermedades entraron en el vocabulario de los psicólogos sin el reconocimiento de que la prevención pertenece a todos los niveles de atención de salud.

Conclusiones no generalizables para las tres muestras: Las intervenciones en APS son novedosas y poco conocidas desde el punto de vista epistemológico y práctico, en Brasil y Portugal, impidiendo la distinción entre sus intervenciones en los tres niveles de atención de salud. Los psicólogos de España son los que definieron mejor las intervenciones de salud

primaria y no presentaron dificultad en ubicarse. Los psicólogos de segundo y tercer niveles de atención de salud de Brasil conocen algo más de los objetivos de la psicología en APS que los que actúan en APS. Los psicólogos de segundo y tercer niveles de atención de Portugal describieron los objetivos de la psicología en APS como la actuación en programas dedicados a alterar estilos de vida, de educación para la salud, y de prevención primaria. Los psicólogos españoles mencionaron que la labor en APS implica una forma de intervenir amparada en otro paradigma de salud y tiene como objetivo la promoción de salud y las intervenciones en los factores del binomio salud-enfermedad. Opinaron que deberían estar también en el primer nivel de atención.

Conclusiones respecto a los objetivos teóricos Las intervenciones de los psicólogos pueden ser aplicadas a todos los niveles de atención de salud, desde que se observan las especificidades de cada intervención. La prevención de enfermedades en nivel primario, secundario y terciario es una intervención propia de los psicólogos (de la salud y clínicos). **La psicología de la salud fue definida** como un campo autónomo de aplicación de la psicología, recién delimitado en comparación al de la clínica, en el ámbito de las disciplinas de la salud. Se dedica a las prácticas de promoción de salud y de prevención de enfermedades y tiene en la APS su nivel de aplicación prioritario. Se orienta a la salud general y a los problemas físicos considerando los factores psicosociales. Es llevada a cabo a través de programas institucionales fundados en el perfil epidemiológico de la población.

Palabras clave: Psicología de la salud; salud pública/comunitaria; promoción de salud; prevención de enfermedades.

Intervenções de profissionais no campo da saúde: estudo antropológico comparativo no Brasil, na Espanha e em Portugal

Em nível mundial, a presença dos psicólogos nos serviços de saúde pública/comunitária, de modo oficial, é recente, incipiente e marcada pelas intervenções especializadas. A atuação no primeiro nível de atenção é ainda uma novidade desconhecida. Na intenção de contribuir com essa discussão, utilizamos a Antropología aplicada à saúde como fundamento teórico e metodológico para desenvolver este estudo.

Os objetivos foram:

- **Geral:** conhecer as intervenções dos psicólogos dos serviços de saúde pública/comunitária da cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil; do Estado de Granada, Espanha e do Conselho de Coimbra, Portugal.
- **Específicos:** reunir, apresentar e discutir o panorama das práticas desses psicólogos e avaliar o nível de compreensão acerca da demarcação teórico-epistemológica de suas práticas; avaliar a compatibilidade de suas intervenções com o nível de atenção proposto em seu serviço; conhecer como os psicólogos definem a atenção primária de saúde.
- **Teóricos:** estabelecer e diferenciar os espaços para as intervenções nos três níveis de atenção de saúde e propor princípios gerais para a elaboração de um programa de formação universitária em psicologia da saúde.

A **metodologia:** contemplou um estudo comparativo, de campo, articulado pela triangulação metodológica. Os **instrumentos** e procedimentos utilizados na coleta e análise dos dados foram um questionário misto, uma entrevista aberta e um diário de campo. Para **tratamento dos dados**, utilizamos o programa estatístico SPSS, versão 14, para os dados quantitativos; e a análise da enunciação, para os qualitativos. Para dar visibilidade aos resultados, utilizamos as técnicas das Práticas Discursivas: árbol de associação de sentidos e mapas de associação de idéias.

Resultados: os participantes são majoritariamente mulheres (83,17%), com média de idade de 42,31 anos. Os psicólogos do Brasil são os que mais realizaram pós-graduação (82,4%). Os espanhóis são os que ganham melhor e apresentam maior satisfação com sua qualidade de vida. Os **psicólogos do Brasil e Portugal têm na psicoterapia** a atividade central de suas intervenções e lhes falta segurança para identificar suas práticas na APS. **Os psicólogos de Granada** não demonstraram dificuldades na identificação das atividades desenvolvidas no seu nível de atenção de saúde. A maioria dos psicólogos de **2º e 3º níveis de atenção de saúde do Brasil e de Portugal** disseram que suas atividades pertencem ao 1º nível de atenção, entretanto a descrição realizada é compatível com as assistências especializadas de saúde. Quanto aos **objetivos da psicologia na APS**, os psicólogos de APS do Brasil foram os que mais dificuldade tiveram em descrevê-los. **Os brasileiros do 2º e 3º níveis** apresentaram um reconhecimento preliminar, mas não citaram os princípios que definem a intervenção do psicólogo na APS. **Os portugueses do 2º e 3º níveis** descreveram os objetivos na APS como: alterar estilos de vida, atuar em programas de educação para a saúde, fazer prevenção primária. Quanto aos **resultados teóricos**: a promoção da saúde geral deve ser realizada antes das ações preventivas e devem ser planejadas a partir do perfil epidemiológico da comunidade. **A prevenção de enfermidades** são intervenções próprias ao psicólogo em todos os níveis de atenção de saúde.

Conclusões generalizadas para as três amostras: a intervenção dos psicólogos nos serviços de saúde pública/comunitária é incipiente e clínica; os termos “promoção de saúde” e “prevenção de doenças” se incorporaram ao vocabulário dos psicólogos, sem o reconhecimento de que a prevenção pertença a todos os níveis de atenção de saúde.

Conclusões não generalizáveis para as três amostras: as intervenções de APS são uma novidade pouco conhecida, tanto do ponto de vista epistemológico quanto prático, no Brasil e em Portugal, impedindo a distinção entre suas intervenções nos três níveis de atenção de saúde; os psicólogos da Espanha são os que definiram melhor as intervenções de saúde

primárias e não apresentaram dificuldade em situar-se. Os psicólogos do segundo e terceiro níveis de atenção de saúde do Brasil reconhecem melhor os objetivos da psicologia na APS do que os que atuam nela. Os psicólogos do segundo e terceiro níveis de atenção de Portugal descreveram os objetivos da psicologia na APS como a atuação nos programas dedicados a alterar estilos de vida, de educação para a saúde, e de prevenção primária. Os psicólogos espanhóis mencionaram que o trabalho na APS implica uma intervenção amparada em outro paradigma de saúde, tendo como objetivo a promoção de saúde e as intervenções nos fatores do binômio saúde-doença. Opinaram que deveriam estar também no primeiro nível de atenção de saúde.

Conclusões respeito aos objetivos teóricos: as intervenções dos psicólogos podem ser aplicadas a todos os níveis de atenção de saúde, desde que observadas as especificidades de cada intervenção; a prevenção de enfermidades nos níveis primário, secundário e terciário é uma intervenção própria aos psicólogos (da saúde e da clínica). A **psicologia da saúde foi definida** como um campo autônomo de aplicação da psicologia, recém delimitado em comparação ao da clínica, no âmbito das disciplinas da saúde. Dedicar-se às práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, e tem na APS seu nível de aplicação prioritário. Orienta-se à saúde geral e aos problemas físicos considerando os fatores psicossociais. É levada a cabo mediante programas institucionais fundamentados no perfil epidemiológico da população alvo.

Palavras chave: Psicologia da saúde; saúde pública/comunitária; promoção da saúde; prevenção de doenças.

Professional interventions in the field of health: a comparative anthropological study done in Brazil, Spain and Portugal.

The presence of the psychologist in the public health service and in the community health service worldwide is fairly recent, and also incipient and marked by specialized interventions. On a first level of attention it is still a novelty. Willing to contribute with this discussion, we applied an anthropological method to psychologist health care as theoretical and methodological grounds to develop this study.

THE AIMS WERE:

General: To learn about the public health service and the community health service psychologists interventions in the city of '**Campina Grande, state of Paraiba, Brazil; Granada state, Spain, and Coimbra country in Portugal**'.

Specific: To collect, present and discuss the practice panorama of those psychologists and evaluate the level of understanding on the theoretical epistemological demarcation in their practice; to evaluate the compatibility of their interventions within the level of attention proposed by the health service; to learn how the psychologists define the primary health attention.

Theoretical: To establish and define the space for the interventions in the three levels of health attention and propose general principles to elaborate a university programme on psychological health.

Methodology: A comparative field study in the triangular methodology. The **instruments** and procedures used in collecting and analysing data were a mixed questionnaire, an open interview and a field diary. For the **data treatment** we used the statistic programme 'SPSS', version 14 for the

quantitative data; and the enunciation analyse for the qualitative. To show the results we used the discursive practice arbol for association of feelings and maps of association of ideas.

Results: The majority of the participants were women (83.17%), aging 42.31 years of age, in average. The Brazilian psychologists are the majority ones with post graduation (82.4%). The Spaniards were the ones with better salary and were pleased with their life quality. **The Brazilian and Portuguese psychologists have in the psychotherapy** their central intervention practice, but they lack the confidence to identify their practice in APS. **As for the psychologists of Granada** they did not show difficulties in identifying the activities done in their level of attention of health. The majority of the psychologists of **2nd and 3rd levels of health attention in Brazil and Portugal** have said that their activities belonged to the 1st level of attention; therefore description done is compatible with the specialized health assistance. Whereas in **the objectives of the 'APS'** the psychologists from the APS in Brazil were the ones who had great difficulties in describing them. **The 2nd and 3rd level Brazilians** psychologists presented a preliminary knowledge, but they did not cote the principals that define the psychologists intervention in the APS. **The Portuguese psychologists of the 2nd and 3rd levels** described the objective of the APS as: to alter the life style; to act in educational health programmes, to do primary intervention. As for the **theoretical results:** The general health promotion should be done before the prevention actions and they should be planed from the epidemiological profile of the community. **Illness prevention** is the very interventions of the psychologists' in all levels of health care.

Generalized conclusion for the three samples: The very intervention of the psychologists in the public health service, and communitarian health service is incipient in clinic; the terms health promotion and illness prevention are incorporated to the psychologists' vocabulary, without the recognising that the prevention belongs to all levels of health care.

Conclusion not generalized for the three samples: The interventions of the 'APS' are new and not widely known neither from the epistemological nor practical point of view, in Brazil and in Portugal, hindering the distinction among

their interventions on the three levels of health care; The Spanish psychologists were the ones who had better defined the primary health interventions and had no difficulties in placing themselves. The 2nd and 3rd level psychologists of health care in Brazil recognize the objectives of the psychology in 'APS' better than the ones who practice it. The Portuguese psychologists of 2nd and 3rd levels describe the 'APS' psychology objectives as action programmes to alter life style, to health education, and primary prevention. The Spaniards psychologists mention that the 'APS' work implies in a supported intervention in another health paradigm having, therefore, as objective health promotion and interventions in the factors of health-illness. They said that they would also be on the primary level of health.

Conclusion in respect to the theoretical objectives: The psychologists' interventions can be applied to all levels of health care, once observed the specification of each intervention; Illness preventions in the primary levels, secondary and tertiary levels is proper intervention to the psychologists (health and illness). The **health psychology is defined** as an autonomous field of the applied psychology. It is a recent delimitation in comparison to the clinic, in the scope of the health discipline field. The 'APS' has as priority the promotion of health and prevention of illness. Orientating the general health and the physical problems considered as psychosocial factors. It is done through institutional programmes grounded on the epistemological of the target population.

Keywords: Health Psychology, Public and Community health care, Health promotion and Health prevention.

La salud es un indicador importante del desarrollo de una comunidad. Los macro proyectos internacionales de desarrollo social, volcados sobre todo a los países pobres o en desarrollo, tienen en la salud uno de sus principales ejes, ya que todos sabemos que educación y salud están directamente imbricados en el desarrollo social.

Para afrontar esta realidad es necesario invertir en varios frentes como: formación de profesionales, investigaciones en tecnología de salud, configuración de nuevas profesiones de salud, todo ello para atender a las recientes demandas de desarrollo y de salud de los pueblos. Paralelamente, la salud-enfermedad, igual que la vida, va caminando en un ritmo adaptativo por los cambios evolutivos en los patrones de salud, de enfermar, de morir etc.

La tensión contemporánea entre la inversión en alternativas de salud, cura, y prevención de enfermedades se confronta con las limitaciones de los paradigmas médicos tradicionales que desaceleran el ritmo de la búsqueda de formas innovadoras de abordajes tanto teóricos como prácticos, para el desarrollo de la salud.

La búsqueda de alternativas terapéuticas sanadoras de la salud estimula la configuración de nuevas profesiones incrementando el ideal de construir argumentos teóricos y formas de intervención cada vez más apropiadas a la concretización de la salud de los pueblos, en un mundo demasiado globalizado y desigual. Es en este contexto altamente complejo que los psicólogos acceden al campo de la salud pública/comunitaria, llevándose encima las deficiencias teórico-prácticas de la formación académica para actuación en el campo. Las necesidades de avanzar en las intervenciones de

cuidados en todos los sectores de salud, la necesidad de enfatizar las prácticas de psicólogos como un profesional que camina hacia su incorporación a la Atención primaria de salud (APS), son los nuevos retos en el momento actual.

A nivel mundial la presencia de los psicólogos en los servicios de salud pública/comunitaria de forma oficial y amparada por las leyes y programas institucionales es bastante nueva y todavía incipiente. Asimismo, tal presencia es marcada por unas actuaciones de salud de nivel especializado. De modo que, actuar en el primer nivel de atención es aún más novedoso y desconocido.

Queriendo aportar elementos positivos a esta discusión y conociendo la importancia del presente estudio, fuimos a buscar en la Antropología aplicada a la salud el fundamento teórico y metodológico para desarrollar este estudio.

Partimos de la pregunta ¿cuál es la contribución de la Antropología, en conjunto con otras disciplinas de salud, a la elaboración de un saber útil para resolver problemas de salud o bien contribuir a demarcar prácticas profesionales de psicólogos en el campo de la salud pública/comunitaria?

Parafraseando a Raynaut (2006) diríamos que la paradoja de la Antropología es buscar, por un lado, identificar los universos que mantienen la diversidad de las sociedades y de las culturas humanas y, por otro lado, explicar la especificidad de cada situación concreta, vivida por los individuos.

La Antropología auxilia en la comprensión de las prácticas individuales reflejadas en las colectivas, permitiendo a la vez comprender cómo se articulan en el contexto de la realidad social concreta.

Gerhard (2000) confirma la importancia de conjugar la Antropología y la perspectiva interdisciplinaria para la construcción de proyectos de investigación en el campo de la salud pública-comunitaria. Tal noción desempeña un papel central en la investigación interdisciplinaria porque permite una articulación entre los objetos de estudio de la Antropología y de la salud pública/comunitaria. También intenta acabar con el antagonismo entre las

ciencias experimentales y las disciplinas humanas y sociales, en el estudio y comprensión de las prácticas de salud, ofreciendo mejores respuestas a los problemas de salud

Justificación

Entonces ¿por qué el alejamiento de los medios psicológicos para aventurarse en el mundo del conocimiento interdisciplinar?

Y la Antropología ¿que tiene que ver con todo eso? ¿Cuál es la contribución del abordaje antropológico para la comprensión de las prácticas de los psicólogos llevadas a cabo en los servicios de salud publica/comunitaria?

La Antropología con su vocación para privilegiar el contacto directo con la realidad humana, volcada al conocimiento del particular, cumpliendo a la vez, su ideal de acercamiento al contexto total, para llegar a la comparación; aporta un saber útil en el análisis de los hechos individuales y su trascendencia al colectivo (Abdelmalek y Gérard, 1999). De acuerdo con estos autores la Antropología en el plano teórico debe primero permitir a los profesionales de salud tener una mirada distinta de las situaciones de cuidado, más allá de la comprensión médica.

Concretamente, la Antropología permite también el estudio de los colectivos profesionales en cuanto a las formas de actuar en la sanidad pública en los distintos niveles de atención de salud.

El psicólogo de la salud se configura como un profesional de salud general y necesita adentrar un campo de actuación fundado desde otra perspectiva teórica-epistemológica, esta vez en un diálogo permanentemente interdisciplinario y en conexión con otros profesionales (multiprofesional).

En el cuerpo de este trabajo cuando nos referimos a la formación de los profesionales, psicólogos o no, para actuar en el campo de la salud

pública/comunitaria, mostramos la inexistencia de cursos de licenciaturas volcados a la temática. También hemos enfatizado que los pocos cursos de post grado dedicados al tema no tienen la vocación directa para la preparación para la intervención en el campo, ya que privilegian más la formación teórica que las necesidades de intervención.

Así, el alejamiento de las psicologías, y la entrada en los dominios de la antropología nos ha permitido reflexionar sobre el campo de la salud pública/comunitaria desde una perspectiva más amplia e interdisciplinar.

Si partimos del presupuesto de que la formación dada en las licenciaturas en la mayoría de los países es todavía muy clásica y anclada al modelo médico organicista; muy especializada y por tanto, muy compartimentada; si la intención era ampliar los horizontes y mirar hacia nuevos paradigmas de salud, entonces salir del contexto psicológico tradicionalmente clínico estandarizado, para aventurarnos por otros dominios del saber, guiados por la antropología que es, por esencia desde su base, interdisciplinaria, ha sido por querer vislumbrar la posibilidad de caminar por nuevas veredas, buscando nuevas miradas a la concretización de este proyecto.

Ha sido en esta compleja coyuntura que proyectamos este estudio buscando entender el estado actual de las prácticas de los psicólogos de salud pública/comunitaria de Brasil, España y Portugal para al final proponer unas directrices para auxiliarles en sus intervenciones en el referido campo.

Planteamientos

La puesta en evidencia de los problemas levantados arriba nos permite plantear algunas cuestiones. Partimos de la premisa de que la inserción de los psicólogos en el campo de la salud pública es un hecho concreto. Pero ¿cómo se está implantando? La tendencia a la integración de estos profesionales en la APS es igualmente evidente. Asimismo, ¿cómo está siendo desarrollada tal incorporación? ¿Es la labor del psicólogo imprescindible para las asistencias en

APS? ¿Cuáles son las intervenciones de la salud pertinentes a la APS? ¿Hay diferencias entre las intervenciones de APS con las de los demás niveles de asistencia de salud? ¿Hay una identificación, por parte de los psicólogos, de la existencia de un desequilibrio entre la formación académica y la demanda de trabajo del psicólogo en la atención primaria de salud?

Estas preguntas son emblemáticas de las preocupaciones ahora observadas a nivel mundial en cuanto a las contribuciones de la psicología a la concretización de salud pública/comunitaria de las poblaciones. Las respuestas a estas preguntas y a otras aquí no formuladas se expondrán en el cuerpo de este trabajo.

Objetivos

Objetivo General

Basados en los planteamientos establecidos para este estudio, trazamos como objetivo general conocer las intervenciones de los psicólogos actuantes en los servicios de salud pública/comunitaria de la ciudad de Campina Grande, Paraíba, Brasil; de la Provincia de Granada, España y del Concelho de Coimbra, Portugal. A partir del conocimiento de las intervenciones poder comparar los resultados de las muestras y al final, trazar una propuesta general para la definición de las actuaciones de estos profesionales en el referido campo, utilizable en cualquiera de los países investigados.

Objetivos específicos

- Reunir, presentar y discutir un panorama de las prácticas de los psicólogos actuantes en la salud pública/comunitaria en Brasil, España y Portugal;
- Dar a conocer el nivel de comprensión de los psicólogos acerca de la demarcación teórico epistemológica de sus prácticas en la salud pública/comunitaria;

- Valorar la compatibilidad de sus intervenciones con el campo de actuación en el servicio público de salud;
- Chequear el grado de dificultades en la identificación de sus intervenciones respecto a la propiedad en cada nivel de atención de salud;
- Conocer cómo los psicólogos definen la atención primaria de salud
- Establecer y diferenciar los espacios para el desarrollo de las intervenciones de psicólogos de nivel primario, secundario y terciario de salud;
- Proponer ideas y principios generales para la elaboración de un programa de formación universitaria en psicología de la salud.

Organización de los capítulos

Esta tesis está compuesta de dos partes. En la primera, reunimos los cinco capítulos pertinentes al marco teórico y metodológico. Así, el primer capítulo trata de la trayectoria histórica de los conceptos de salud-enfermedad y su perspectiva antropológica. El segundo, se dedica a explicar, de modo resumido, los sistemas públicos de salud de Brasil, España, Portugal y Cuba, intentando facilitar al lector la comprensión de los resultados. El tercero se propone demarcar conceptualmente la psicología clínica y la psicología de la salud, buscando contextualizar las dos en cuanto al surgimiento, desarrollo y avances. El cuarto, busca explicar la incorporación de los psicólogos al campo de la salud pública/comunitaria, destacando las dificultades y progresos. Hace un análisis crítico de la formación universitaria de los profesionales localizados en cada muestra, y, al final del capítulo, lanza los indicativos para un plan de formación de psicólogos, para su actuación en el campo de salud pública/comunitaria. El quinto y último capítulo de la primera parte, tiene una importancia vital ya que detalla el abordaje metodológico de la investigación.

La segunda parte está compuesta de cuatro capítulos todos dedicados a la comunicación y discusión de los resultados.

El sexto, muestra los parámetros demográficos de las muestras de Brasil, España y Portugal, mediante el análisis de las cuestiones cerradas del cuestionario. El séptimo, está volcado a mostrar y discutir las categorías a que llegamos tras los análisis de las cuestiones abiertas del cuestionario, y también se refiere a las tres muestras. El octavo, muestra y discute las categorías alcanzadas a partir de los análisis de las entrevistas en profundidad de los psicólogos que actúan en APS en Brasil y Portugal. España quedó fuera por la razón de que no existen psicólogos en APS. Finalmente, en el noveno, explicamos lo que es la promoción de salud, la prevención de enfermedades, y tipificamos las actividades propias de la labor de los psicólogos para su intervención en los niveles primero, segundo y tercero de salud. En las conclusiones resumimos los principales resultados respecto a su correspondencia o no con los objetivos trazados.

1. Evolución histórica del concepto de salud- enfermedad

Este capítulo se propone a mostrar elementos importantes de la trayectoria histórica de la noción de salud-enfermedad y enfatizar los aspectos antropológicos de ese proceso.

La noción de salud-enfermedad nunca fue consensual y ni permanente (Alves et al. 2004). Las dimensiones históricas del proceso muestran que la lucha por la salud ha sido una constante en las diversas sociedades. Tal lucha fue y todavía sigue siendo, un desafío para las poblaciones en relación a la comprensión de los procesos de la vida, de la salud, de la enfermedad y de la muerte. La trayectoria de estos procesos ha estado marcada por los cambios adaptativos de la existencia biológica y social del hombre sobre la tierra.

El dinamismo de los procesos de vida exige que los aportes teóricos sobre la temática avancen muy rápidamente en busca de explicaciones necesarias a la consecución de la salud.

Moura (1989) afirma que los primeros registros remontan a épocas anteriores a Cristo y se orientan por la medicina hipocrática, según la cual la salud se constituye en el equilibrio entre los líquidos o secreciones existentes en el cuerpo. Esta concepción ha influenciado la práctica médica por varios siglos y sólo se observó un cambio consistente en la noción durante la Edad Media, cuando la nosología comienza a estructurarse. A partir de entonces aparece una categoría de dolencia adquirida en el ambiente de trabajo, inaugurándose así la inclusión de un elemento social, no orgánico a la génesis de una enfermedad.

De acuerdo con Perea Quesada (2004) la humanidad se encuentra ante nuevos retos: cambios epidemiológicos reemplazaron, en los países desarrollados, muchas enfermedades infecciosas por enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer etc.) y también por enfermedades “del progreso” (sida, alcoholemia, drogodependencia, estrés etc.).

En dicho proceso, la salud-enfermedad ha sido considerada de diferentes formas, hecho que generó varias teorías. Perea Quesada (2004, p. 13) define como principales: teorías personales, las cuales atribuyen la enfermedad a factores ajenos al cuerpo (brujas, hechiceros, espíritus etc.); teorías naturales, que se centran en un desequilibrio entre los fluidos corporales (alimentos, condiciones de vida inadecuadas etc.); y las teorías emocionales, que ponen las emociones en el origen de la enfermedad.

Por la trayectoria teórica del proceso salud-enfermedad es posible percibir que el sentido de salud ha ido cambiando en función del momento histórico, social, político, y cultural vivido. Por ejemplo, durante largo tiempo, el sentido de salud estuvo anclado al pensamiento primitivo (mágico-religioso), el cual veía la enfermedad como castigo divino. Tal creencia todavía se encuentra en algunas sociedades poco globalizadas. A ese respecto, Alves (2001b), en su investigación de las representaciones sociales de campesinos sobre la locura, afirma que las representaciones sociales de éstos sobre la causa de la locura tienen en su fundamento más estable/arcaico una fuerte asociación al pensamiento metafísico religioso. Y apunta como las principales causas de esa enfermedad, el castigo divino por la desobediencia y la falta de fe en Dios.

El estudio de Muñoz y Herrera (2005) sobre las dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil, realizado con poblaciones Mapuches en Chile muestra, con base a la clasificación e identificación de problemas de salud hecha por las madres Mapuches, un grupo de explicaciones causales de enfermedades fuertemente vinculados a los modelos culturales de salud y enfermedad de las madres.

Tal estudio, corroborando el de Alves (2001b), destaca que el modelo médico Mapuche explica la salud y la enfermedad por la asociación a los fenómenos naturales y mágicos religiosos. Los problemas de salud mental son explicados por causas sobrenaturales, y el “mal de ojo”, enfermedad muy común entre los niños Mapuches, es causado por “personas que tienen poder o fuerza negativa que al admirar el niño le provocan la enfermedad” (op. cit. P. 443).

Según Perea Quesada (2004), Fueron las Civilizaciones Egipcia y Mesopotámica las que iniciaron el cambio conceptual desde el sentido mágico religioso hacia la higiene personal y pública.

En la Civilización Romana el saneamiento del medio ambiente y el cuidado del cuerpo eran la principal preocupación sanitaria, reflejándose en la aplicación de los conocimientos de carácter urbanístico a la salud pública y construyendo grandes acueductos para la dotación de aguas, como también para el alejamiento de las sustancias de desecho.

En el período Medieval sucedieron grandes epidemias, resultantes del incremento de las comunicaciones y de las guerras entre los pueblos. Tantas eran las epidemias que los esfuerzos se centraron en medidas preventivas, incluso muy semejantes a las de hoy. Por ejemplo, barreras sanitarias en las fronteras, aislamientos y el concepto de cuarentena, pero sin la preocupación por la etiología de la dolencia.

El período Científico abarca desde el último tercio del Siglo XVIII hasta comienzos del Siglo XX. Está marcado por la aparición de la Escuela de Higiene Ambiental y Experimental (desarrollada en Alemania). Los Siglos XIX y XX se caracterizan por los avances en bacteriología y el descubrimiento y comercialización de los antibióticos, la creación de los centros de Seguridad Social y las campañas de vacunación. Estos hechos cambiaron los conceptos sobre enfermedad mientras abrían nuevas perspectivas de cura de las enfermedades transmisibles.

Tal desplazamiento conceptual deslindó el carácter multifactorial de la enfermedad ya que fue fácil percibir que las condiciones sanitarias deficientes y los problemas nutricionales, además de una serie de factores psicosociales, ejercen gran influencia sobre la aparición y gravedad de las dolencias.

La evolución histórica y cultural del concepto de salud-enfermedad sigue, en una perspectiva más actual, avanzando hacia nuevos cambios. De acuerdo con Ruiperéz (1997) (...) “hasta hace pocas décadas la enfermedad era el eje del sistema de salud y era generalizada la creencia de que todas las mejoras de salud se debían a la evolución y desarrollo de la medicina científica” (p. 317). Tal óptica empezó a cambiar cuando Sigerist (1960) en sus trabajos dedicados a la asociación de la medicina a la historia y a la filosofía, lanza los ideales sobre el papel del doliente y del médico resaltando y valorando la historia social del paciente. Se dedica también a las definiciones sobre salud y enfermedad las cuales serán enseguida utilizadas por la Organización Mundial de Salud (OMS). Así que, los ideales que forman parte para la definición de salud largamente propagada por la OMS, son originarios de las ideas de Sigerist.

La OMS a finales de la década de los 70, desde la promulgación en 1978 de la Carta Magna en Alma-Ata, disemina en toda su amplitud la nueva definición de salud, la cual conlleva el objetivo de dirigir de modo global las acciones de salud de los pueblos.

Tal definición representa un gran paso de cara a cambiar el concepto de salud ya que en la conceptualización de la OMS, la salud deja de ser considerada la ausencia de enfermedad para ser concebida como (...) “un bienestar físico, psicológico y social que posibilita a los individuos la satisfacción de sus necesidades, la realización de sus aspiraciones y el afrontamiento adecuado a las situaciones estresantes de la vida cotidiana” (Ruiperéz, op. cit., p. 317).

Perea Quesada (2004) mirando de modo crítico la idea de salud de la OMS afirma que a pesar de que esta definición supone una revolución en el

sistema sanitario, por incluir junto a la dimensión física la psíquica y la social, ha sufrido numerosas críticas, las cuales la califican como absoluta, estática y utópica (p.14).

A pesar de las críticas, la definición de salud de la OMS, por su larga utilización, se ha convertido una referencia a nivel mundial. Pero, el carácter fuerte psicosocial y antropológico de la salud-enfermedad, hecho que rehace el proceso salud-enfermedad dinámico, exige que las concepciones del referido proceso permanezcan cambiando, buscando una aproximación entre el plan teórico conceptual y la realidad medio-ambiental.

Así que, la definición de la OMS es considerada un marco divisor entre la concepción negativa de salud y su nueva visión positiva. Desde entonces han surgido distintas definiciones, con gran variabilidad conceptual. Toda esta variabilidad tiene como trazo común la comprensión (formulación) de la salud en términos positivos, es decir, que la salud ya no es ausencia de enfermedad.

En su evolución, la salud, a partir de los años setenta, va adquiriendo un matiz conductual. Es decir, el comportamiento empieza a ser considerado como un elemento importante para su comprensión. Matarazzo (1980) define (...) “salud conductual como un campo interdisciplinar cuyo fin es la promoción de aquella filosofía de la salud que estimula la responsabilidad individual hacia la aplicación de los conocimientos y técnicas derivadas de las ciencias biomédicas y conductuales para la prevención de las enfermedades y disfunciones y para el mantenimiento de la salud a través de la iniciativa individual y las iniciativas sociales” (p.14).

En las últimas según Stroebe y Stroebe (1995) décadas la vinculación de la salud al término conducta es creciente. Expresiones como salud e integración del hombre en su medio, salud como capacidad de adaptación al entorno cambiante, salud como capacidad de realización personal, salud y valoración de la autonomía, van delineando la actual mirada sobre la salud. Van también acercándose al concepto actual sobre salud. En la definición de Perea Quesada de 1985, la salud es definida como “conjunto de condiciones

físicas psíquicas y sociales que permitan a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno” (p.15).

Ruiperez (1997) señala algunos aspectos implícitos de la nueva concepción de salud, inaugurada por la OMS, o sea, la salud y la enfermedad no se circunscriben al ámbito del individuo sino que tienen en cuenta factores socio-culturales y ambientales que aportarían determinados estilos de vida insanos para el organismo, a saber:

1 – favorece la condición subjetiva de la salud. Así que aunque en presencia del deterioro físico la persona se encuentra a gusto en su medio y consigo misma, tendrá salud; o, por el contrario, si no tiene ningún problema físico pero no tiene bienestar, está enferma;

2 – favorece el componente social de la salud. Hace alusión a la interrelación armoniosa con el grupo; refiere también que la salud no es algo que se pueda alcanzar de manera aislada, sino que depende de factores de la comunidad;

3 – posee un componente social que sostiene algunas necesidades dirigidas a la satisfacción de demandas de la sociedad, y apunta hacia la organización de estructuras cuyo objetivo es la satisfacción de esas necesidades.

En tal contexto queda implícita la creación de los sistemas sanitarios como la infraestructura para posibilitar las políticas sanitarias de los países que se organizan alrededor de tales objetivos. Además de caminar hacia una ampliación del concepto y la práctica de salud, la carta magna de la OMS estableció como reto alcanzar la salud para todos en el año 2000. Hoy en día, sin la necesidad de mirar muy lejos, se nota que tal reto establecido en 1978, sigue siendo un desafío para todas las sociedades.

Ruiperez (1997), opinando sobre el fracaso del reto que había establecido la carta magna, afirma que es necesario el planteamiento, desde distintas disciplinas y distintos sectores sociales, de vías para encontrar soluciones realistas y también políticas de salud adecuadas que contrarresten las nuevas características de las enfermedades.

Así pues, las políticas de salud no deberían estar especialmente dirigidas a los aspectos curativos y asistenciales de los padecimientos, sino que deberían tener en cuenta las conductas resultantes de estilos de vida inadecuados a la buena salud. Ya que, con el avance de las nuevas tecnologías en salud incluyendo los medicamentos modernos etc., las enfermedades infecciosas han sido erradicadas en los países desarrollados y otros factores/dolencias redefinen el cuadro de los padecimientos y de las muertes. De modo que, si anteriormente las dolencias infecciosas predominaban respecto a las causas de muerte, hoy en día, tendremos que incorporar a éstas los comportamientos. Todo ello si tenemos en cuenta que los comportamientos intervienen no solamente en los problemas de salud mental, sino también en los problemas fisiopatológicos y anatomopatológicos.

Los comportamientos (por ejemplo: fumar, usar drogas, conducción temeraria, comportamientos sexuales de riesgo, hábitos nutricionales, ausencia de ejercicio físico etc.) propios de los muchos estilos de vida, pasan a modificar las concepciones de salud-enfermedad y también a definir los datos estadísticos sobre las causas de muerte.

En definitiva, ese nuevo marco también incide sobre las organizaciones que tienen bajo su responsabilidad los servicios de salud así como la configuración de las políticas sanitarias.

1. 1. Salud-enfermedad-vida-muerte: la perspectiva antropológica

La perspectiva antropológica permite mapear los procesos de salud-enfermedad de los pueblos sean antiguos o actuales. Los estudios antropológicos dan acceso, a través de los restos, de las huellas, señales, manifestaciones culturales y artísticas dejadas por los seres humanos en su trayectoria evolutiva sobre la tierra, a los procesos de salud, a la existencia de las enfermedades, a la esperanza de vida de los pueblos, así como a los

tratamientos dedicados a las enfermedades. Además de estos indicativos, la antropología, como ciencia que estudia los aspectos biológicos y sociales de los humanos, permite conocer las costumbres frente a los procesos de salud-enfermedad, las formas desde las cuales la sociedad reacciona a estos procesos en términos religiosos, morales, culturales etc (Beltroy, 2006); .

Así que, no hay posibilidades en la actualidad de hacer un trabajo riguroso sobre salud-enfermedad sin que medien los conocimientos antropológicos, pues la antropología como ciencia de la vida, tiene un carácter esencialmente interdisciplinario. Yendo más allá de una visión más especializada sobre salud-enfermedad, conjuga los saberes de otros campos de conocimientos como por ejemplo de la medicina, de la psicología, de la sociología, de la etología, de la biología, de la arqueología, de la paleontología, de la historia, de la lingüística etc., para, a través de las explicaciones de los procesos de salud-enfermedad, a lo largo de la existencia humana, hablar sobre formas de tratamientos utilizadas por los hombres.

Según Raynaut (2006) la interdisciplinaridad entre las ciencias sociales y las disciplinas del área de la salud es, sin duda, uno de los requisitos más frecuentemente expresos en lo que se refiere al abordaje de los problemas tanto de Salud Pública/comunitaria como aquellos que se colocan a nivel individual.

Todo este conjunto de conocimientos interdisciplinares, genera otros grupos de conceptos no sólo de salud-enfermedad, sino que apuntan hacia los procesos evolutivos de los seres humanos a través de sus estrategias adaptativas al medio para sobrevivir. Sus costumbres alimentarias, su organización social, laboral, la tasa de morbi-mortalidad infantil, los rituales de enterramientos así como sus rituales religiosos y morales, todo ello en conjunto, confirma que la salud-enfermedad y muerte son etapas de un mismo proceso.

En su trabajo sobre Antropología forense histórica Coma (2001, p. 37) afirma que los estudios comparativos entre las medicinas primitivas, la

paleomedicina y la paleopatología tienen un carácter especulativo, porque las conclusiones a que llegan son en gran parte deducciones análogas sobre cómo sucedió en un tiempo muy remoto el modo de enfrentarse a la enfermedad el hombre más primitivo. Por eso hace, por analogía, estudios de las medicinas primitivas y las formas con las cuales los pueblos primitivos se enfrentaban a la enfermedad.

Este mismo autor afirma que la enfermedad debe ser estudiada desde una perspectiva evolutiva, pues, muy lentamente, la vida fue evolucionando en cantidad, variedad y calidad. Mientras los organismos resultaron, en su estructura, más complejos, la acción patógena también fue adquiriendo mayor complicación “(...) competencia, parasitismo, comensalismo, fueran fenómenos paralelos a la vida y con ella fueran adaptándose al medio ambiente. Los mecanismos de reacción y defensa contra las enfermedades o los gérmenes que las producen han ido evolucionando y perfeccionándose también” (p. 37). Así que, la aparición de la enfermedad es muy anterior a la aparición del hombre. Según Coma (op.cit.) “(...) la enfermedad es tan antigua como la vida, porque no es otra cosa que una de las manifestaciones de la vida misma” (p. 37).

Tal constatación se hace a partir de los restos de huesos de animales y plantas que precedieron en muchos millones de años a la aparición del hombre sobre la tierra. Moodie (1923) dice que la enfermedad es una de las manifestaciones de la vida y, por tanto, sigue las mismas líneas de evolución de las plantas y de los animales, posiblemente dirigida por los mismos factores. Metchnikoff, citado por Coma (op. Cit.), pensaba que la enfermedad tuvo un importante papel en la historia de la vida en nuestro planeta y seguramente en el propio proceso evolutivo.

Coma (2001) afirma que los caminos para la comprensión de las reacciones de nuestros antepasados ante el dolor, la enfermedad y la muerte, pueden ser hechas a través de la observación de las reacciones de los animales domésticos o salvajes, de las manifestaciones artísticas, a través de las pinturas y esculturas gravadas en las rocas, huesos o marfil; y lo pueden

decir también los restos óseos. Por estas observaciones es posible afirmar que tanto los animales como los hombres prehistóricos fueron capaces de desarrollar muchas técnicas de supervivencia, en las cuales se puede incluir acciones contra el calor ambiental, acciones de higiene o hasta cirugías elementales, tal como el corte del cordón umbilical con los dientes o con piedra cortante.

Meyer (1996) argumenta que la enfermedad tiene el mismo carácter que el nacimiento y la muerte, y es ante todo un suceso social impuesto por la condición biológica del hombre.

M. de Miguel (1980), partiendo de las ideas de que vida y enfermedad son inseparables, habla sobre la historia de las relaciones entre las ciencias sociales y la medicina, así como el origen y desarrollo de la Antropología Médica, vinculado fundamentalmente al mundo anglosajón. Para él “la enfermedad es uno de los fenómenos socio-culturales más antiguos de la humanidad. Tanto, que se tiende a analizar la enfermedad como una expresión de la vida, es decir de la adaptación del ser humano a un medio agresivo e inclemente” (p.11).

Harris (2004), enfatiza la estrecha relación e importancia de la combinación de los conocimientos de la antropología física y de la cultural, para los estudios dedicados a explicar las relaciones entre la (falta) salud y la pobreza y las numerosas discapacidades por ésta provocada.

Sigerist (1960) hablando de la posición del enfermo en la sociedad afirma que la restauración de la salud está relacionada con su reintegración a un lugar útil en la sociedad. Él define la enfermedad como la interrupción en el ritmo de vida, el cual es determinado y dirigido por la naturaleza, cultura y hábito. De modo que (...) “un ritmo sin disturbios significa salud” (p. 47).

Demarcando los inicios de las relaciones entre la medicina y las ciencias sociales en la década de los cincuenta, M. de Miguel (1980, p. 20) explica que durante los años setenta el concepto de salud estaba asociado al modelo

científico “cosmopolita”¹ el cual recibía críticas por (...) “querer imponer el modelo científico cosmopolita a los pueblos del tercer mundo; de alienar a los pobladores de su cultura propia; de enmascarar el verdadero problema de la mala distribución de la propiedad y la desigualdad social; de querer aumentar la dependencia respecto de occidente, y sobre todo, de los Estados Unidos; de hacer desaparecer los sistemas cognitivos médicos primitivos” (...) etc. En ese contexto la salud (...) “se reduce a la eficacia con que los seres humanos combinan los recursos culturales y biológicos para adaptarse al medio-ambiente” (op. cit. p.20).

En la línea de M. de Miguel (1980) en la década de los ochenta, la convivencia de diversas tradiciones médicas se torna más aceptable y empieza a crecer el interés por los sistemas (supuestamente) no científicos.

La visión de la enfermedad y de la salud, su percepción, sus representaciones, son interpretadas de distintas maneras por las diferentes sociedades. Según Bouché (2004), eso se explica porque tal fenómeno es considerado como construcción cultural sujeta al espacio y al tiempo. La explicación y clasificación de las enfermedades también sigue los sistemas de teorías de los sanadores, que pueden ser médicos, chamanes o curanderos.

Actualmente, el punto de vista predominante es el de que la enfermedad no puede ser estudiada fuera de la cultura de una población; tampoco (...) “la antropología médica – aun como disciplina autónoma – puede desligarse totalmente de la antropología, y ni siquiera de la sociología” (op. Cit. p.21). La antropología médica existe porque las enfermedades y la muerte dependen fuertemente de factores socio-culturales.

Fabregat (1980) hablando sobre las relaciones entre la cultura y la salud mental afirma que (...) “los procesos que conducen a la salud y a la enfermedad mental están determinados, básicamente, por la susceptibilidad relativa del individuo y el grupo social a las formas de cultura dominantes en su

¹ Cosmopolita: ciencia occidental. Conocimiento proveniente de la ciencia occidental.

sociedad. Estas formas de cultura incluyen procesos de personalidad y un conjunto de causalidades de carácter derivados de la experiencia vivida por el individuo del modelo social” (p. 83).

Siguiendo en la línea de pensamiento de Fabregat, en una perspectiva psicológica, estas mismas cualidades se revelan en la personalidad del sujeto y su forma de reaccionar a las situaciones sociales. En una perspectiva social, tales cualidades se muestran en la capacidad relativa del grupo para proveer a las necesidades específicas del individuo y el grado de integración del carácter individual con el del grupo social. “Por estas razones, cada momento de la experiencia individual tiene relación definida con alguna forma de cultura, y por ello sabemos que la salud y la enfermedad mentales son expresiones de carácter que deben referirse a la estructura misma del proceso social: son parte de su dinámica” (Fabregat, 1980, p. 84).

Según el enfoque antropológico cultural de Fabregat, la enfermedad mental es anterior al individuo, ya que es encontrada en la esencia de la orientación cultural y de la estructura social. Tal comprensión se aleja del enfoque clínico ya que éste se basa en la observación directa del individuo, mientras el enfoque antropológico cultural descansa en el análisis de las condiciones sociales en que vive el individuo, y de sus reacciones ante aquellas. Así que, (...) “la salud o la enfermedad son fenómenos relativos al tiempo – espacio- cultura – y vienen mayormente determinados por el grado de integración que mantenga el individuo con su grupo social y con las metas de finalidad propuestas por su sociedad” (p. 98).

Bouché (2004) articulando conceptos sobre salud y educación en las culturas, afirma que la enfermedad es tan antigua como el hombre, lo que torna la enfermedad un atributo de la vida. Para Bouché salud y enfermedad son entendidas como categorías socioculturales y en esa dirección la enfermedad no es simplemente la contraposición a la salud. En función de ello es objeto de estudio y de intervención de antropólogos, médicos, sociólogos, psicólogos etc. La enfermedad ha trascendido al campo de la individualidad. Tiene un carácter sociocultural como lo tiene la salud. Según Bouché (2004) la salud (...) “posee

una dimensión antropológica, tiene como exclusivo referente al hombre y es, precisamente, motivo de especial preocupación y ocupación por su parte, más todavía hoy” (p. 23). Es decir, que la cultura y sociedad pueden favorecer o desfavorecer, o mejor dicho, pueden condicionar el proceso de salud-enfermedad de un pueblo además de influenciar las concepciones y significados de ello (del proceso salud-enfermedad).

Para ejemplificar tal relación, Bouché (2004) cita un estudio sobre un caso de esquistosomiasis, realizado en un pueblo del Delta del Nilo, en Egipto, en el cual se evidenciaba el papel de la religión en la difusión de la enfermedad. Lo que había llamado la atención de los investigadores había sido el porcentaje mayoritario de musulmanes que la padecían en relación a los cristianos que convivían en la misma comunidad. Los resultados del estudio han indicado como causa la práctica islamista de las abluciones que los musulmanes realizan diariamente, la cual les exponía al contacto directo con el agua contaminada.

En definitiva, la contribución de la Antropología en la comprensión del proceso salud-enfermedad-vida-muerte, en las sociedades dinámicas, es radicalmente inequívoca. Ya que además de fornecer los aportes interdisciplinarios esenciales a la comprensión del proceso aquí evidenciado, es útil en la hora de auxiliar a los profesionales de salud en la elaboración de los planteamientos de las políticas de salud pública/comunitaria. Por ende, la disciplina antropológica aporta cuestiones fundamentales a cualquier tipo de realidad, y de modo particular a los problemas concretos respectivamente a la salud.

2. La salud pública/comunitaria² y su estructura organizativa en Brasil, España, Portugal y Cuba

Este capítulo está dedicado a presentar, de forma muy resumida, unos datos informativos sobre la organización de los Sistemas de la salud pública/comunitaria en Brasil, en España, en Portugal y en Cuba. Cumple el objetivo, de a través de las informaciones, auxiliar al lector en la comprensión del contexto general de la tesis y, sobre todo, de los resultados en sus particularidades de cada país investigado (siglas, instituciones de salud etc.). El eje a partir del cual se organizaron tales informaciones es el de las asistencias de psicólogos en la sanidad pública/comunitaria de estos países. La elección de estos tres Sistemas se justifica porque Brasil, España y Portugal fueron los países investigados en el ámbito de este estudio, y Cuba por tener un Sistema de salud más avanzada porque se ha desarrollado, desde su inauguración en 1968, con la inclusión del psicólogo en todos los niveles de asistencias de salud, sobre todo en lo que se refiere a la atención primaria.

2.1. Sistema Sanitario brasileño

La organización de la red de salud, a pesar de presentar distinciones de una provincia a otra, obedece a una lógica general para todo el Estado a nivel nacional. Así que, los municipios son responsables de la gestión de los

² Optamos al uso del término Salud pública/comunitaria de forma conjugada por se tratar de una temática resistente a los análisis mono-paradigmáticos sea en la perspectiva teórica, metodológica y/o epistemológica (Canesqui, 1998). También por se tratar de una discusión muy amplia, no consensual, y no pretendida en el ámbito de esta tesis. Por ejemplo, la taxonomía en el dominio de las ciencias de la salud muestra la diversidad entre los paradigmas clásicos y los emergentes desvelando, a la vez, la falta de consenso entre los términos y dominios. Frenk (1992) no recomienda el uso del término salud pública como concepto relativo al campo general de salud porque lo distingue de la salud comunitaria. Paim y Almeida Filho (2000) afirman que la designación salud pública remite a un movimiento ideológico ocurrido en el campo de la salud, en el siglo XX, que se encuentra actualmente muy criticado en sus bases conceptuales y prácticas. La OMS (1978) sigue afirmando la actualidad del uso del término salud pública.

establecimientos que actúan en los niveles de complejidad primario y secundario, mientras la federación (el Estado Nacional) se encarga de aquellos de referencia terciaria (Brasil 2002, Portaria 373 GM – 2002).

La red básica de salud preconizada por el ‘Sistema Único de Saúde’ (SUS)³ se organiza a través de una red de servicios integrada y regionalizada compuesta por unidades básicas de salud: los Centros de Salud, el Programa de Saúde da Família, el Programa de Agentes Comunitarios (Brasil, 2005b), el Programa de Volta Para Casa (Brasil, 2007) etc., que se responsabilizan de la asistencia primaria; los ambulatorios, responsables de la atención secundaria; y la red de hospitales, responsables de la asistencia terciaria. Es importante señalar que los hospitales aunque tengan como principal objetivo atender a las demandas del nivel terciario, asisten también a todos los niveles de atención para la salud. O sea, su abanico de intervenciones se extiende desde unas acciones preventivas o curativas de baja complejidad (pertenecientes a la atención primaria), pasando por las acciones especializadas, las cuales exigen continuidad (atención secundaria), hasta las acciones especializadas específicas de las situaciones hospitalarias (atención terciaria).

La asistencia en los diferentes niveles (primario, secundario y terciario), se organiza conforme la complejidad de la enfermedad y el análisis epidemiológico para el diagnóstico y tratamiento. La atención primaria es el primer nivel del sistema de salud que permite la entrada a todas las nuevas necesidades y problemas de la salud; brinda la atención a la persona y no a la dolencia; da asistencia a las personas en todas condiciones, y coordina o integra las acciones ofrecidas por servicios ajenos a los centros u hospitales vinculados al SUS (Starfield, 2004).

La atención primaria de la salud incluye las siguientes acciones: la consulta médica, el diagnóstico, la atención continuada, la atención integral, la visita domiciliar, la actualización médica en la atención primaria, etc. El sector

³ SUS – Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004): es la institución perteneciente al Ministerio de salud de Brasil responsable de las políticas generales de salud. Tiene bajo su responsabilidad el conjunto de programas relativos al cuidado a salud de la población brasileña, como el Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitarios de Saúde (PACS) etc.

primario es ejercido en las unidades básicas de salud y los sectores secundario y terciario, con la asistencia de profesionales especializados en el diagnóstico y en el tratamiento de los enfermos, se atiende en ambulatorio (en socorro a las crisis) o mediante ingreso en hospitales. (Baptista; Baptista y Dias, 2003).

La atención básica constituye el primer nivel de la atención a la salud. Conlleva el conjunto de acciones de carácter individual o colectivo, que corresponden al primer nivel de atención de los sistemas de salud y está orientada hacia la promoción de la salud, la prevención de los agravamientos, además del tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de la salud (Brasil, 2005a, Ministério da Saúde). La atención básica o los cuidados primarios de salud, como se denomina hoy en día, constituye un conjunto integrado de acciones básicas, articulado a un sistema de promoción y asistencia integral a la salud (Aleixo, 2002).

El PSF⁴ constituye el mayor programa asistencial desarrollado y priorizado por el 'Ministerio de Saúde', en todo Brasil. Conlleva un enorme potencial de estructura y organización de la atención primaria para la salud en Brasil (Aleixo, 2002). Pretende realizar la atención continuada en las especialidades básicas y desarrolla sus actividades a través del equipo multiprofesional capacitado para actuar en la promoción, protección y recuperación de la salud. Tiene como principio sustituir las prácticas convencionales, centradas en la atención a las dolencias, por los principios de vigilancia y prevención de enfermedades.

El referido programa tiene como principal reto promover la reorientación de las prácticas y las acciones de salud de forma integral y continuada, llevándolas más cerca de la familia y, con eso, mejorar la calidad de vida de los brasileños. Incorpora y reafirma los principios del SUS (André, 2005), a saber: **universalización** - garantiza la asistencia por el SUS a todos los ciudadanos que acuden al servicio; **descentralización** – redistribuye de las responsabilidades en cuanto a las acciones y servicios de salud en los distintos

⁴ PSF: Programa de Saúde da Família (Brasil, 2007).

niveles del gobierno, federal, estatal y municipal, tornando la gestión más próxima del ciudadano usuario; **integración** - reconoce que cada persona es un todo indivisible, integrante de una comunidad; de que las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud no pueden ser compartimentadas; de modo que las unidades de salud, con sus diversos grados de complejidad, configuran un sistema capaz de prestar atención integral; y **participación en la comunidad** – hecha a través del registro y la vinculación de los usuarios de los programas.

La asistencia en el PSF es realizada por los profesionales de los equipos de ‘Saúde da Família’, que tienen en su formación básica: médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, agentes comunitarios de salud, odontólogos y auxiliares de la consulta odontológica⁵, en la unidad de salud o en los domicilios de los usuarios. Ese equipo y la población asistida definen estos vínculos a través de la corresponsabilidad, hecho que facilita la identificación, la asistencia y el seguimiento de la salud de los individuos y de la familia en la comunidad. El planteamiento de las acciones del referido programa se basa en criterios epidemiológicos y sociales. El reto actual es consolidar la ‘Saúde da Família’(Camargo-Borges y Cardoso, 2005) como puerta de entrada principal del SUS que, a través de la red básica, deberá organizar todo el sistema a partir de estos servicios, de cara a resolver, a nivel de la atención básica, cerca del 80% de los problemas de salud en la población.

En definitiva, el PSF pretende la reorganización de las acciones y servicios de atención sanitaria, rompiendo con la dicotomía entre las acciones de salud pública y la atención médica individual. La composición básica del equipo multiprofesional del PSF no ha sido un impedimento para que otras categorías de profesionales inaugurasen un movimiento, en Brasil, de cara a lograr su inclusión en los equipos oficiales preconizados por el ‘Ministerio de

⁵ La composición de los Equipos del PSF varía conforme la política interna de cada municipio, sin perjuicio de la formación básica establecida por el Ministerio de Salud.

Saúde'. Así que, los psicólogos, apoyados por sus Colegios⁶ Federal y Regionales, vienen discutiendo y reivindicando esa inclusión. Tal discusión es vinculada a dos paradigmas: uno, remite a la reivindicación de la inmediata inclusión de ese profesional en el Programa, en razón de la importancia del saber de la psicología para la comprensión del proceso salud-enfermedad (Santiago, 2004). El otro, aunque que reconozca la legitimidad de la inclusión referida, afirma que los psicólogos todavía no están aptos a la intervención en los Equipos de APS, y lanza una crítica a la formación académica del psicólogo que todavía no se orienta hacia una práctica de salud comunitaria.

2. 2. Sobre el Sistema Sanitario de Español

El Sistema Nacional de Salud de España fue creado en 1986, por la Ley General de Sanidad (LGS) (2007). Tal Sistema orienta y articula los servicios de salud en todas las comunidades autónomas. La LGS constituye un intento de reforma sanitaria basada en cinco principios fundamentales: 1 – la salud para todos; 2 – la salud como un concepto integral; 3 – la participación comunitaria; 4 – la educación sanitaria; y 5 – los derechos de los usuarios. Los principios básicos de LGS orientan que sean priorizados la promoción de salud, la educación sanitaria, la prevención de enfermedades, la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente además de garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud.

En cuanto a la APS según Lorenzo, Keenoy y Gaspar (2002), en España la utilización de tal servicio ha crecido superando los 220 millones de consultas, con una frecuentación de 5,4 consultas por habitante al año. Los autores destacan el alto porcentaje en la resolución de los problemas y enseña que sólo el 5% de los pacientes son derivados a los especialistas.

A pesar de ello, la efectividad de los especialistas no se ha mejorado. La capacidad de respuesta al proceso integral de atención principalmente a los problemas complejos, es generalmente lenta. Los autores indican como causas

⁶ Conselho federal y Conselhos Regionales en Psicología pueden ser entendidos como colegios de Psicología. Funcionan como asociaciones organizativas de la categoría de los psicólogos.

de ello las dificultades para la realización de técnicas diagnósticas o terapéuticas, las largas listas de espera en las consultas especializadas, la demora para la realización de pruebas de laboratorio o de imagen, en fin, por la burocracia etc.

Según Rodríguez – Marín (1999) la interpretación de la LGS permite inferir que la práctica de la psicología de la salud debería estar involucrada en la aplicación de los principios de la LGS. Sin embargo, esto no es exactamente lo que ocurre. Se observa que el trabajo del psicólogo en el Sistema sanitario español está estrechamente ligado al tratamiento de la enfermedad mental. Hecho que está justificado porque en la gran mayoría de las comunidades autónomas españolas la presencia del psicólogo en el Sistema se vincula a los niveles especializados de salud, segundo y tercero. El caso de Andalucía corresponde al que está puesto para la mayoría de España. En la Provincia de Granada se sigue la misma lógica.

El contexto de trabajo de los psicólogos en España para ponerse al día con los principios de LGS necesita avanzar hacia los servicios de salud primaria. De este modo, poder brindar las asistencias a todos los niveles de atención a la salud, cubriendo tanto las especificidades de los de tratamientos de las enfermedades mentales como trabajar en conjunto con los Equipos de salud de la familia.

Fernández – Ballesteros y Carroboles (1988) ponderando la actual situación de trabajo de los psicólogos, afirman que aunque sea una realidad que el trabajo del psicólogo esté vinculado a la salud mental, asimismo se observa a nivel de España una creciente aplicación de la LGS en las diferentes comunidades autónomas ya que se nota una progresiva incorporación de psicólogos al sistema sanitario con un papel no exclusivo a la asistencia de las enfermedades psiquiátricas.

A pesar de ello, aún existe un descompaso entre el número de psicólogos actuando en la sanidad pública y el número recomendado por la ley. De acuerdo con Reimundez (2006) actualmente en España existen 2,7

psicólogos para cada 100.000 habitantes, cuando este número debería ser 11 psicólogos para cada 100.000.

2.3. El modelo portugués de salud

En líneas generales, el “Sistema Nacional de Saúde” (SNS) portugués “es el conjunto de instituciones y servicios, dependientes del Ministerio de sanidad, que tiene como meta garantizar el acceso de todos los ciudadanos a los cuidados de salud, en los límites de los recursos humanos, técnicos y financieros disponibles” (Guia do utente do SNS, 1998, p. 5).

La “Lei de Bases da Saúde” (Lei 48/90) establece las políticas y directrices generales de salud, para todo el Estado portugués. De entre las más importantes están: a - priorizar a nivel estatal la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; b – garantizar la igualdad de los ciudadanos al acceso a los servicios de salud, c – establecer medidas especiales concernientes a los grupos susceptibles de riesgos, d – garantizar una articulación interna entre los servicios de salud y externa con los servicios de seguridad y bien estar social; e – apoyar el desarrollo del sector privado de salud en concurrencia con el sector público; f – promover la participación de los usuarios y de la comunidad en la definición de las políticas de salud; g – estimular la educación de las poblaciones para la salud, de cara a lograr unos cambios de las conductas nocivas a salud pública o individual; h – estimular la formación de los profesionales y las prácticas de investigación en el ámbito de salud.

La atención a la salud es ofertada en un conjunto de instituciones y servicios: centros de salud y hospitales. Los centros de salud son la puerta de entrada al SNS y se dedican a la asistencia básica de salud (APS), y algunas especializadas (pruebas analíticas, radiológicas etc.) Si los usuarios necesitan hacerse alguna prueba o tratamiento no disponible en los centros de salud, son derivados a las instituciones o bien a profesionales de la red privada asociada al SNS.

Los centros de salud son dotados de médicos de familia, médicos de salud pública y enfermeros que son los responsables de los cuidados básicos de salud, preventivos o curativos. Además del personal administrativo hay algunos centros que poseen profesionales de servicios sociales, higienistas orales, de salud ambiental, nutricionistas y psicólogos.

En los hospitales se realizan las intervenciones de segundo y de tercer niveles a través de diferentes medios tecnológicos, no disponibles en los centros de salud. Su objetivo es ofrecer los cuidados de salud durante las 24h/día. Las actividades desarrolladas son el diagnóstico, la rehabilitación (en régimen de internamiento o ambulatorio), la investigación y la docencia. Esta última está articulada con las universidades.

El SNS mantiene convenios de colaboración con centros asistenciales y profesionales de salud del sector privado, garantizando la realización de los tratamientos no disponibles en el ámbito del SNS.

Los cuidados de salud no son totalmente gratuitos. Conforme la legislación de Portugal (Portaria nº 388/92) para acceder a los servicios de salud los usuarios deberán contribuir con una "Taxa Moderadora"⁷, cuyo precio varía conforme el procedimiento realizado.

El "Plano Nacional de Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal" (2007), fundamentado en el Decreto-Lei nº 35/99 y Lei nº 36/98, pretende asegurar a toda población de Portugal el acceso a los servicios habilitados a promover la salud mental, a ofrecer cuidados de calidad y facilitar la integración de las personas con problemas de salud mental. El Plan se guía por unos principios y valores, resumidos a continuación: 1 – la salud mental es indivisible de la salud general (principio: los servicios de salud mental deben estar integrados a los servicios de salud general; las personas que necesiten hospitalización deben ser ingresadas en hospitales generales); 2

⁷ Taxa Moderadora es una planilla en la que figuran los precios fijados para cada intervención de salud realizada en los sectores privados de salud.

– observancia de los derechos humanos (principio: las personas con trastornos mentales deben ser respetadas en todos los derechos, incluso, el derecho a los cuidados adecuados, residencia, empleo y protección contra todas las clases de discriminación); 3 – inserción en la comunidad (principio: el tratamiento dedicado a las personas con trastornos mentales debe ser en un medio menos restrictivo posible); 4 – coordinación e integración entre los servicios (principio: los servicios deben estar integrados de modo a facilitar el seguimiento del cuidado); 5 – cobertura (los servicios en cada área geodemográfica debe incluir un abanico diversificado de dispositivos y programas, de modo a poder responder al conjunto de necesidades esenciales de cuidados de salud mental de las poblaciones); 6 – participación comunitaria (principio: las personas con trastornos mentales deben ser involucradas en el planeamiento y desarrollo de los servicios de los cuales se benefician. Los familiares de personas con trastornos mentales deben ser considerados como coadjutores importantes en la prestación de los cuidados de salud mental. Para ello, deben ser estimuladas a participar y recibir el entrenamiento necesario); 7 – protección de los grupos especialmente vulnerables (nombradamente niños, adolescentes, mujeres, personas mayores y con discapacidades); 8 – accesibilidad y equidad (principio: accesibilidad a los servicios independientemente de su local de residencia, situación social, económica, género o etnia); 9 – recuperación (principio: favorecer y crear las condiciones para el auto-cuidado personal).

2. 4. El modelo Cubano de salud

El modelo cubano de salud está más avanzado que el de Brasil, Portugal y España en lo que concierne a estructuración y organización de los niveles de salud. El avance aquí referido se justifica en primer lugar, porque está el psicólogo presente en todos los niveles de atención de salud y, en segundo lugar, por el modelo teórico adoptado para dirigir las asistencias de salud. Tal modelo considera la salud en su totalidad, es decir, la salud mental no es apartada de los demás aspectos de la salud global. La persona es tratada de forma integral física y mentalmente.

De acuerdo con Averasture (1985) Cuba fue el único país de Latino América quizás del mundo que ha logrado integrar plenamente la práctica psicológica a los servicios de salud, en todos los niveles de atención. La creación del Plan Nacional de Actividades de Psicología para el Policlínico, en el año 1968, inauguró la incorporación oficial de los psicólogos a los equipos de salud.

De acuerdo con Lovelle (2003), la primera aparición de la psicología de la salud en un contexto institucional en Cuba ha sido en los finales de los años sesenta, a partir de la creación del grupo de trabajo de Psicología de la Salud denominado “Grupo Nacional de Psicología”, en el Ministerio de Salud Pública de Cuba. Tal Grupo se equiparaba a otros grupos de especialidades médicas y tenía como función regir las prácticas profesionales de psicólogos. La actividad psicológica en los marcos del sistema de salud cubano se centra en los niveles de atención primario, secundario y terciario; y en los centros docentes y de investigación que forman parte del Sistema Nacional de Salud de Cuba. Lo novedoso en la psicología de la salud cubana es su inserción en la atención primaria de salud y su articulación con el sistema de médicos de la familia.

Estas asistencias son realizadas en los Policlínicos. En cada policlínico del país existen un número de equipos básicos de trabajo. Cada equipo es formado por médicos y un equipo de profesores de las especialidades fundamentales (un clínico internista, un pediatra, un obstetra y un psicólogo). De modo que, cada policlínico tiene de dos hasta cuatro psicólogos, con lo cual, de forma general, la plantilla de psicólogos es básicamente suficiente para cubrir las necesidades de la Isla.

Las funciones que los psicólogos ejercen en atención primaria son: impartir entrenamiento de psicología a los médicos de familia de su equipo básico y eventualmente a otros profesionales de la salud como a las enfermeras, por ejemplo; asesoramiento en los problemas psicosociales que no pueden resolver por si mismos; y dar consejo psicológico y ocasionalmente psicoterapia de apoyo a los pacientes que son remitidos por los médicos de

familia o a los que se dirijan por petición propia al servicio de psicología del policlínico.

La atención secundaria de salud es realizada en los hospitales clínicos-quirúrgicos. Para tal, todos ellos poseen un servicio de psicología que cubre a todos los departamentos asistenciales, es decir, no solamente la psiquiatría. Los psicólogos atienden pacientes en sala (fundamentalmente apoyo psicológico), y realizan consultas externas a la población inscrita en la Institución. También forman parte de este nivel de atención algunas actividades investigadoras. Según Lovelle (2003), en algunos de estos hospitales se han desarrollado líneas de investigación dedicadas prioritariamente a la regulación de la personalidad en enfermedades somáticas específicas.

El nivel terciario de salud está ligado a los institutos de investigaciones, en los cuales se hacen los servicios más especializados. A estos, pertenece el personal más cualificado y la parte avanzada de las investigaciones en psicología de la salud.

La formación de cuadros del sistema de salud es el área en que la psicología se presenta indispensable. En la composición de currículos de medicina, licenciatura en enfermería y en los cursos de nivel técnico (enfermería, trabajo social etc.), las asignaturas de contenido psicológico están involucradas en la formación de todos ellos. Se privilegia el carácter psicosocial de las enfermedades. Los casos clínicos son discutidos desde el punto de vista epidemiológico y psicológico.

Después de la graduación y durante la residencia médica, la psicología sigue teniendo una gran relevancia en la formación de este profesional. Así que, el médico de medicina general integral recibe un curso bien extenso de psicología, lo cual, después de terminado, le permite hacer otra opción de una especialidad mas estrecha, si lo desea.

El Sistema Sanitario cubano tiene la figura del psicólogo incluida en sus cuadros, pero esto no significa que no haya problemas en la práctica. Lovelle

(2003) advierte sobre las dificultades de sedimentar la inclusión de la psicología en el sistema de salud cubano. Llama la atención de lo novedoso que es tal inclusión y apunta los principales problemas de ello:

- dificultad en adscribir la intervención del psicólogo a alguna Escuela de Psicología, como por ejemplo: Psicoanálisis, Neobehaviorismo, Escuela Soviética etc. ya que ninguna de estas Escuelas clásicas podría cubrir de forma satisfactoria a todos los aspectos que se propone la psicología de la salud. El autor afirma que la psicología comunitaria, a pesar de su desarrollo incipiente, puede ser un avance en cuanto a la aplicación de la psicología de la salud;
- dificultad histórica de las facultades de psicología en la preparación de los profesionales de psicología hacia la actuación en el Sistema de salud pública. Por ello también, tampoco se pudo organizar, en el propio Sistema, una especialización en psicología de la salud;
- por último, la dificultad en la adaptación del trabajo del psicólogo al modelo del médico de la familia, lo cual cambia el eje de la atención primaria del policlínico, obligando a una reorientación de las intervenciones psicológicas no sólo en APS sino también en los otros niveles de atención.

3. Contextos y des-contextos de la psicología de la salud. Surgimiento y desarrollo en el entorno de la medicina conductual, psicología clínica, social y comunitaria

La labor del psicólogo está involucrada con diversas áreas de actuación las cuales atraviesan la salud-enfermedad, la educación, la vida en sociedad y el trabajo. La actuación del psicólogo en el ámbito de la salud viene movilizandando la necesidad de aclarar términos, conceptos y, principalmente, las intervenciones propias de su labor en cada sector. Cuestiones como: lo que es la psicología clínica; lo que es la psicología de la salud; las diferencias entre la primera y la segunda; los límites de cada una y, relacionando una a la otra, cuál es la más antigua o la más tradicional; si hay una relación de pertenencia o derivación, entre ellas por ejemplo, tienen una importancia vital para la praxis del psicólogo y carecen de una explicación más didáctica.

Aunque se reconozca la amplitud del tema y sin ánimo de exhaustividad, la construcción de este capítulo se dedica a diferenciar los campos de aplicación de la psicología clínica y psicología de la salud en el contexto de la psicología comunitaria y la medicina conductual. Objetiva deshacer equívocos en cuanto a términos que a veces son utilizados como sinónimos ya que todas estas áreas de aplicación de la psicología o bien se dedican a la construcción de la salud, o bien están relacionadas con la salud sea de los individuos o de los colectivos sociales.

Enfatizaremos las prácticas del psicólogo en APS porque partimos del presupuesto de que la psicología de la salud tiene en la APS su campo de acción prioritario.

3.1. Psicología Clínica

En este apartado se pretende hacer una demarcación de la psicología clínica. Para eso se parte del principio de que este campo de aplicación de la psicología posee puntos de vista epistemológicos y prácticos, específicamente delimitados.

Santacreu (1991), reafirma una diferencia tanto de objetivos como de los modelos de intervención entre la psicología clínica y la psicología de la salud. Él afirma que la psicología clínica tiene como objetivo general la enfermedad, señalada en la clínica de un paciente frente a su demanda de auxilio para afrontar sus problemas. Refiere el modelo cognitivo-conductual para la psicología clínica y el biopsicosocial para la psicología de la salud.

La psicología clínica se caracteriza por ser una disciplina bien sedimentada a lo largo de sus más de cien años de existencia y con una gran tradición en sus actuaciones a un nivel especializado de salud.

Godoy (1999) dice que la “psicología clínica debe entenderse como el conjunto de posibles actuaciones (comprensión, explicación, diagnóstico, evaluación, prevención, tratamiento y rehabilitación) sobre sujetos que presentan problemas o trastornos psicológicos. Su principal característica será, pues, el establecimiento de una relación entre el psicólogo y su paciente con una dimensión de apoyo y ayuda (operativizada en la comprensión de los problemas de su cliente y el aprendizaje por parte de éste de estrategias apropiadas para resolverlos y, así, funcionar más eficazmente), a través de los conocimientos y la actuación psicológica” (p. 47).

La psicología clínica se basa en el diagnóstico y en el tratamiento de las enfermedades a través de la utilización de su principal instrumento de intervención: las psicoterapias. Su objetivo primordial es asistir a los problemas de salud mental.

Serra (2004) define las psicoterapias como un área profesional encaminada a la aplicación de procedimientos psicológicos, derivados de modelos que integran ciencia, teoría y práctica fundamentados en aspectos cognitivos, emocionales, comportamentales, biológicos, psicológicos y sociales del funcionamiento humano, desde una perspectiva etiológica y según modelos de desarrollo que aportan factores transculturales, sociales y económicos, con la finalidad de explicar, prever y aliviar trastornos, deficiencias y angustias, así como promover el desarrollo integral y el equilibrio personal de individuos, a través de métodos y técnicas de valoración, planeamiento e intervención.

La aplicabilidad de este instrumento a los eventos personales de conducta y a los trastornos mentales es de veras significativo en la concretización de la salud mental. Aunque esté bien sedimentada, la psicoterapia, sin embargo, se enfrenta a algunas críticas. Se trata de críticas que se originan en agencias de seguro tanto públicas como privadas, que provienen de la media en general, de consumidores etc, las cuales demandan informaciones fiables seguras sobre: quién necesita o debe someterse a la psicoterapia; cómo diferenciar los varios enfoques teóricos utilizados; cuáles son los casos en que las psicoterapias deben ser aplicadas; cuándo comenzar y terminar una psicoterapia; cuánto debe durar etc, etc.

Quizás, esto ocurra por la falta de una buena orientación didáctica que responda de forma adecuada a lo que es la psicoterapia y cómo y cuándo utilizarla. La cuestión del uso de las psicoterapias remite al problema de que la inserción del psicólogo a los servicios públicos y privados de salud todavía permanece vinculada a las prácticas de intervención clínicas que tiene, en las psicoterapias, su principal y más conocido instrumento de labor profesional. De acuerdo con Serra (2004), el favoritismo del área clínica en detrimento de las demás refleja la presencia en el imaginario cultural de las comunidades, sean estas cultas o no, la falsa idea de una correspondencia entre ser psicólogo y ser psicólogo clínico o psicoterapeuta. Hecho que insinúa la falta de claridad acerca de las labores del psicólogo.

Así que, hace falta aclarar los ámbitos de la psicoterapia dentro de los demás campos de aplicación de la psicología. O sea, delimitar el campo de las psicoterapias como conjunto de acciones pertenecientes a la atención secundaria de la salud.

Aclarar el lugar del psicólogo clínico ayuda a comprender que los usuarios que acuden primariamente a los centros de salud, no deberán ser asistidos por los psicólogos clínicos sino por los psicólogos de la salud. Ya que supuestamente estos últimos son los que tienen la preparación para actuar en los aspectos de salud general. Son también los que van a derivar a los usuarios hacia los servicios especializados cuando fuere necesario, como a la psicoterapia, por ejemplo.

Es necesario aclarar y diseminar tales ideas entre los medios profesionales, ya que todavía se encuentra, en publicaciones recientes y de gran prestigio entre los psicólogos, opiniones como las de Hanns (2004), que sale en defensa de la aplicación de la psicoterapia en el servicio público de atención primaria de salud.

Hanns argumenta que la adopción de ésta no debe ser considerada como un lujo, sino como una necesidad social. Afirma que algunos de los seguros privados de salud, en Brasil, ya lo adoptaron; sin embargo, con algunas restricciones relativas al número de sesiones hechas al año. Al defender la adopción de la psicoterapia por la red de salud pública, Hanns utiliza el discurso contrario al de los gestores: que el acceso de la comunidad a las psicoterapias disminuye los gastos para el gobierno porque reducirá el número de ingresos en hospitales.

Los argumentos de Hanns no están del todo equivocados. Su equivoco mayor reside en la ubicación de la asistencia psicoterápica. Es decir, según él, la psicoterapia debe estar disponible a los usuarios en la puerta de entrada de los servicios públicos de salud, o sea, en APS.

Lo defendido aquí es que la psicoterapia, en cuanto asistencia especializada de salud, debe ser ofrecida a los usuarios en segundo nivel de atención a la salud.

La perspectiva de Hanns refuerza los mismos argumentos utilizados para fundamentar la visión de las psicoterapias como instrumento de mayor valor entre la diversidad de herramientas de la psicología, también como principal en la preparación de los psicólogos para la actuación en el ámbito de la salud pública.

Avanzando en esa discusión, es posible afirmar que el uso de las psicoterapias en atención primaria no ha dado buenos resultados en el contexto de la salud pública, de modo que los argumentos utilizados por Hanns no son válidos para justificar la relación: uso de las psicoterapias y la reducción de gastos para la salud pública. Tal idea va en la dirección contraria de las reformas sanitarias observadas a nivel mundial en lo que concierne a la salud mental. Esas reformas se orientan a la retirada de los enfermos mentales de las instituciones hospitalarias y al cierre de los hospitales psiquiátricos. En esa dirección, no se puede decir que la psicoterapia es preferible a la hospitalización. Al contrario, hay que avanzar en la ampliación y diversificación de las asistencias que el psicólogo puede y debe brindar a las comunidades. Incluso, la inversión en la elaboración de programas de promoción de salud y de prevención de enfermedades.

Así que ampliar la asistencia de la psicoterapia a un mayor número de personas no garantiza una mejor calidad a nivel de salud mental de los colectivos sociales ni tampoco implica un ahorro de dinero para las arcas públicas, como argumenta Hanns.

3.2. Psicología de la salud: justificativas de su surgimiento

El surgimiento de la psicología de la salud ha provocado, además de polémicas en el plano teórico, la necesidad de su justificación como disciplina necesaria para la consecución de la salud de las comunidades y no como

forma de creación de empleos en un tiempo en que éstos son cada vez más escasos.

Ruiperez (1997), argumentando a favor del desarrollo de la psicología de la salud como una especialidad de la psicología, afirma que a pesar de la confusión a que puede llevar la creación de una nueva especialidad, el surgimiento de esta disciplina no se justifica por la existencia de puestos de trabajo, sino porque es necesario para dar respuestas a unas necesidades surgidas en la sociedad. Al igual que la psiquiatría es una especialidad de la medicina, sería defendible reconocer algunas especialidades psicológicas de la salud. De cara a ello, habría que hacer una revisión de las mismas desde una reflexión teórica y desde uno modelo de salud pública.

Ruiperez (1997), defiende que (...) “la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud no son exclusivas de ninguna disciplina sino que es un derecho y por lo tanto patrimonio de los ciudadanos; ambas deberían estar implícitas en el quehacer de cada una de las disciplinas y de sus especialidades ¿o no debe hacer prevención y promoción de la salud la cardiología, o la neurología? y ¿no deben cada una de ellas conocer e incidir en el sistema social y político donde se van a aplicar? Así pues, cada disciplina, desde sus modelos y técnicas más usuales, debe dar respuesta a las necesidades derivadas de la nueva concepción de salud y puesto que la realidad es tan compleja y diversa sería aconsejable la existencia de diferentes modelos y maneras de entenderla desde cada una de las distintas parcelas de la realidad científica” (p.328).

3.3. El surgimiento y desarrollo de la Psicología de la Salud

Para entender el surgimiento de la psicología de la salud es importante conocer y acompañar la evolución que tuvieron los conceptos de salud-enfermedad, provocada por los cambios sucedidos en los sectores socio-ambientales de las sociedades.

De acuerdo con Carroble (1993), en el mundo occidental se ha dado un gran énfasis a la salud. Dicho énfasis se ve reflejado en los múltiples niveles e instancias sociales desde el sistema sanitario o sistema de salud hasta las instancias populares, todos asumiendo el papel de valedores de la salud (por ejemplo; el Estado, medios de comunicación, instituciones sociales etc.). En esa perspectiva el autor señala que la salud es entendida en su sentido más amplio, o sea, como (...) “el estado integral de bienestar al que todos aspiramos y no sólo a la salud física con la que el término salud ha estado tradicionalmente identificado. La salud también incluye, indudablemente, el sentirse bien, tanto consigo mismo como en las relaciones y papeles que desempeñamos en nuestro trato con los demás y con el medio ambiente que nos rodea. La salud, en definitiva, es bienestar o vida en las tres dimensiones o áreas básicas que constituyen la naturaleza humana: la biológica, la psicológica y la social, y cuyo disfrute, combinada o integradamente, constituye la principal aspiración del ser humano y el ideal o prototipo de felicidad de nuestro tiempo” (p. 15).

Bajo esta perspectiva de la salud, o sea, la salud entendida como una realidad total e integrada, es posible encontrar de acuerdo con Carroble (op. cit.) el origen y desarrollo del nuevo campo aplicado de la psicología de la salud. Dicho campo, a su vez, tiene en las dos disciplinas: psicología y medicina, la cuna hacia el desarrollo de la “medicina conductual”, la cual es entendida como (...) “el campo interdisciplinar integrado de la ciencia biomédica y de la psicología, ciencia de la conducta, y la aplicación de los conocimientos y técnicas derivadas de las mismas para la comprensión y el tratamiento de la enfermedad, su prevención y la potenciación de la salud” (p. 16).

Para Godoy (1999) la característica principal de la medicina conductual es la interdisciplinaridad. Que lo define como “conjunto integrado de conocimientos biopsicosociales relacionado con la salud y la enfermedad físicas” (p.51). Este mismo autor admite no existir un concepto consensual sobre la referida disciplina, pero la define como “el campo resultante de la aplicación de los conocimientos procedentes de la psicología experimental a la

práctica médica, esto es, la aplicación de las técnicas de terapia y modificación de conducta en la prevención y tratamiento de la enfermedad física, de tal suerte que quedan fuera tanto técnicas no conductuales, como problemas de naturaleza no física” (p.51).

Godoy concluye, a partir de sus definiciones, que la medicina conductual representó el primero intento de incorporar la psicología al abordaje de la enfermedad física, hecho que contribuyó a la ampliación del modelo biomédico con el aporte biopsicosocial de la salud-enfermedad.

Carroboles (1993) comenta que el desarrollo del modelo bio-psico-social integrado aplicado a los problemas de salud ha estado impulsado por los cambios observados en las últimas décadas en los patrones característicos de las enfermedades en el mundo occidental, por el cual, las infecciones fueron en su mayoría controladas y en su lugar apareció un nuevo modo de enfermar: las enfermedades crónicas o funcionales, no producidas por agentes patógenos específicos.

Ese nuevo patrón de enfermar se explica por causas múltiples y de naturaleza no exclusivamente orgánica, quedando evidenciados los factores psicológicos, sociales, culturales y medioambientales en la configuración de las dolencias ahora ya entendidas sin la distinción entre lo físico de lo psicológico.

El cambio en la forma de enfermar y la posición adoptada frente a la multicausalidad en la génesis de las enfermedades, favoreció al reconocimiento del medio socio-ambiental y la conducta personal de los individuos como los principales determinantes de esas enfermedades. Tal hecho amplió la importancia del papel de las ciencias de la conducta, a ejemplo de la psicología y también cambió la asistencia a las enfermedades que pasa de un enfoque exclusivamente rehabilitador o terapéutico a un enfoque preventivo.

Un enfoque más preventivo que curativo fue también impulsado por la OMS desde su Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud en

Alma-Ata (1978), cuyo objetivo principal ha sido proteger y promover la salud en lugar de solamente tratar o rehabilitar al enfermo.

Carrobles (1993) comenta que el énfasis en la prevención y la promoción de la salud fue progresivamente transformando la medicina conductual en la actual psicología de la salud. La primera centrada en el tratamiento y en la rehabilitación y la segunda centrada en la prevención y la modificación de los hábitos y estilos de vida inadecuados de los individuos, así como de su medio social y ambiental.

En esta dirección, la psicología de la salud es considerada por algunos como “psicología social de la salud”, por su dimensión social o comunitaria que se va ocupando cada vez más tanto de la investigación como de las intervenciones en la psicología de la salud.

Según Simón (1999), los cambios sucedidos en el campo del cuidado de la salud y de todas las ciencias relacionadas directa o indirectamente con ella han experimentado grandes modificaciones, principalmente en sus planteamientos teóricos. El autor explica que estos cambios han contribuido al surgimiento de la psicología de la salud y destaca (...) “la nueva conceptualización de la salud-enfermedad, el desarrollo del llamado Estado de Bienestar, los cambios en los patrones epidemiológicos, la constatación del papel de las variables psicológicas y sociales en la determinación de los estados de salud/enfermedad, y la caracterización de la atención primaria de salud como integral y basada en el trabajo en equipo” (...) (Simón, p.27), entre otros, como fenómenos contribuyentes para el desarrollo de este campo.

Ese mismo autor argumenta que el más reciente desarrollo de procedimientos y técnicas para la modificación del comportamiento, ha dado a la psicología mayor reconocimiento y consideración en el ámbito de las ciencias de la salud, hecho que aumenta los (...) “pronunciamientos acerca de una incorporación efectiva de ésta en el entorno sanitario, más allá de los límites de la tradicionalmente denominada “salud mental” (op. cit. p.27).

El surgimiento del término psicología de la salud, a nivel mundial, resulta difícil demarcar, pero dos hechos importantes merecen destacarse en ese contexto: la creación del Programa de Doctorado con el título: “Health-Care Psychology”, por la Universidad de Minesota, en 1974; y la elaboración de un documento interno, en el ámbito de la Universidad de California, con el afán de proponer un nuevo currículo en psicología, el cual alude específicamente a ‘Health Psychology’.

Así que, para Simón (1999), el término y denominación psicología de la salud surge en el seno de la American Psychological Association (APA), resultante de una serie de acontecimientos, además de los arriba citados, como por ejemplo: el estudio de William Schofield en 1976, sobre la investigación en salud que utilizó como material de análisis los resúmenes publicados en los Psychological Abstracts, entre los años 1966 a 1973. Los resultados mostraron que hasta aquella fecha los psicólogos de Norte América no estaban muy atraídos por los problemas de salud y enfermedad como áreas de interés para la investigación básica o aplicada. Estos psicólogos tampoco percibían los beneficios que entraña para su labor, a la hora de conseguir mejoras en el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y el sistema de prestación de cuidados.

Tal hecho originó la formación de grupos, asociaciones y reuniones científicas cuyo objetivo fue, entre otros, promover la psicología como disciplina interesada en la comprensión de la salud y de la enfermedad a través de la investigación básica y clínica, y promover la formación de profesionales y la creación de servicios especializados en psicología de la salud. Todo eso repercutió sobre la producción de libros, artículos científicos etc.

Así que, de acuerdo con Simón (1999), ese conjunto de hechos fueron los comienzos de la psicología de la salud en los Estados Unidos y datan de los finales de la década de los setenta.

En Europa también se han organizado secciones de psicología en casi todas las Sociedades y Asociaciones de Psicología (Sociedad Británica,

Sociedad Portuguesa, Federación Europea de Asociaciones de Profesionales de Psicología (EFPPA), Colegio Oficial de Psicólogos).

En España, a partir de los años setenta hasta nuestros días, también se observó un gran desarrollo de la medicina conductual inicialmente y de la psicología de la salud, posteriormente, ya que lo primero condujo a lo segundo. Según Ruiperez (1997) las últimas dos décadas en España se observa un crecimiento significativo de la psicología de la salud. Tal hecho es merecedor de registro porque los acercamientos anteriores de la psicología al campo de la salud habían quedado reducidos a los problemas de salud mental. La forma en que se hacía tal planteamiento conllevaba una visión dicotómica de la salud “mental y física”, hecho que a su vez privaba a la psicología de una aproximación integral a la salud. Dicho desarrollo se verifica en las investigaciones y aplicaciones prácticas muy variadas y plasmadas en publicaciones, eventos científicos etc.

En Portugal, de acuerdo con Teixeira (2007), la psicología de la salud comenzó a ser practicada en las maternidades y hospitales. En seguida, fue implementada en los centros de salud. A pesar del gran cuantitativo de psicólogos en Portugal los servicios de psicología de la salud todavía no fueron debidamente aprovechados, ni a nivel de los sectores privados, tampoco a nivel social del SNS.

Según Teixeira (2007) los psicólogos de la salud en Portugal participan en las asistencias de salud general, en los cuidados primarios, en las unidades de hospitalización, en los servicios de salud mental, en las unidades del dolor, en los servicios de oncología, en la sanidad pública⁸, en los servicios de salud ocupacional etc.

⁸ En Portugal la intervención en la sanidad pública, realizada por los médicos de ‘saúde pública’, remite a unas intervenciones en programas epidemiológicos relacionados con los tratamientos de aguas, vacunación, epidemias etc. En Brasil es mismo término remite a las estrategias poblacionales de salud (uso de preservativos, uso de bebida alcohólica y conducción temeraria etc.

De acuerdo con Trindade y Teixeira (2007) desde los últimos cinco años se constata un aumento creciente de intervenciones de psicólogos en los centros de salud, sobre todo, en las Regiones de Lisboa y Braga. Tal hecho está relacionado al desarrollo de la psicología de la salud en los últimos diez años en Portugal.

La intervención en los cuidados primarios de salud es, hoy en día, algo más reconocido y recomendado por técnicos de salud y en particular por los clínicos generales/médicos de familia. Tal reconocimiento se debe a la comprensión de la influencia positiva que ejerce las intervenciones psicológicas en la atención de salud, en la mejora de la calidad de los cuidados y en la humanización de los servicios.

Aún para los referidos autores, los diversos estudios realizados en muchos países enmarcaron las contribuciones específicas de la psicología en la APS, cuya acción es especialmente centrada en la promoción de salud y en la prevención de enfermedades.

En un ámbito mas global, Spink (1992) muestra que existen datos de la evolución en las actuaciones del psicólogo en Inglaterra y en Cuba; los cambios incluyen medidas como: aumento del número de profesionales de la psicología en los servicios de salud; intervenciones en los niveles primario, secundario y terciario de salud; disminución del uso de intervenciones fijadas exclusivamente en los procesos psicológicos y psicopatológicos, que caracterizan la psicología clínica; inclusión de los conocimientos socio-psicológicos en el mantenimiento de la salud; valoración de la relación médico-paciente; observancia de la satisfacción de la población con los servicios; y las formas de utilización de esos servicios, entre otros.

Todos los avances hablados hasta ahora en el entorno de esta disciplina son muy significativos; sin embargo, no han alcanzado la claridad suficiente para que se sepa con seguridad cuáles son sus métodos e instrumentos y sobre todo, apuntado hacia su casi exclusiva vinculación a las prácticas de APS. De modo que, se continua observando una cierta confusión conceptual

respecto a la misma, principalmente en lo que se refiere a: (...) “el continuar o no incluyendo en su ámbito y con qué extensión las actividades de tratamiento y rehabilitación o, por el contrario, el reducir la misma únicamente a las intervenciones o actividades preventivas; la relación entre los psicólogos, los principales promotores y practicantes de la psicología de la salud, y los otros profesionales de las disciplinas afines incluidas en su ámbito, especialmente los profesionales médicos; la relación que cabe establecer, igualmente, entre la psicología de la salud y la clásica disciplina de la psicología clínica, con diferencias tan notables entre ellas, además de su origen, como los distintos problemas que aborda (mentales versus orgánicos) y, sobre todo, los distintos modelos o teorías psicológicas en que suelen fundamentarse; o las diferentes propuestas en cuanto a la relación entre las disciplinas más específicamente sociales (como la psicología social o la sociología) y la propia psicología de la salud, con claros intentos desde estas disciplinas de reducirla a una mera disciplina social, ignorando su origen y su habitual práctica clínica” (Ruipérez, 1997, 17).

Por esta cita queda clara, además de la pertinente preocupación del autor con respecto a la definición del campo teórico etc., una cierta preocupación en relación a la mera reducción de la psicología de la salud a la psicología social. Es importante aclarar, también que las preocupaciones de Ruipérez, aunque hayan cumplido diez años de su publicación, siguen todavía hoy actuales y carentes de respuestas.

La recurrencia del debate sobre adónde anclarse, desde un punto de vista teórico, la psicología de la salud, enseña la dimensión y densidad de esta discusión y destaca la perspectiva interdisciplinaria de esta disciplina.

Como se ha visto en otros apartados de este capítulo algunos autores vinculan la psicología de la salud al modelo de la psicología social y comunitaria (Spink et al. 2007; Lovelle, 2003), mientras otros como Yamamoto y Cunha (1998) la vincula a la psicología clínica indicando, incluso, el abordaje psicoanalítico como teoría de base. Tales posicionamientos indican las

dificultades en se establecer un discurso consensual sobre la base epistemológica y práctica sobre la cual la psicología de la salud deba reposar.

La perspectiva teórica asumida a nivel de esta investigación es la de que la psicología de la salud no deberá estar vinculada a una relación de pertenencia ni a la psicología clínica ni tampoco a la psicología social. Como ya no lo está en relación a la medicina conductual. Aunque no se pueda reivindicar su pureza teórica. Por el contrario, la mirada será dirigida hacia la comprensión de la psicología de la salud como una disciplina autónoma, pero esencialmente interdisciplinaria. Tal argumento aunque parezca paradójico encuentra en los estudios sobre la disciplinaridad e interdisciplinaridad, un ancla que lo sostiene.

Los estudios sobre la disciplinaridad e interdisciplinaridad, desarrollados en las últimas décadas, dan claridad suficiente para superar los discursos antagónicos entre las dos metodologías citadas a cima. Tales discursos señalaron la disciplinaridad como método educacional enfermizo porque compartimenta de modo exagerado, el conocimiento (Japiassú, 1976; Demo, 1998; Fazenda, 1997; Siepierski, 1998). Razón por la cual el método debería ser superado por el aporte interdisciplinario. Estos dos aportes teóricos que a principio se enfrentaron en una perspectiva de superación del uno por el otro, permiten la reflexión que conducirá a una nueva visión acerca de los dos métodos. De ahí que la compartimentación provocada por la disciplinaridad del conocimiento pierde su carácter de amenaza ya que ha sido repensada y re-dirigida hacia una comprensión del conocimiento más integrado por la perspectiva multi e interdisciplinaria (Veiga Neto, 1996; Jantsch y Bianchetti, 1997).

Tal perspectiva es utilizada en el ámbito de esta investigación para proponer que la psicología de la salud, considerada como campo de saberes y de prácticas en construcción se desarrolla sobre una base multi-interdisciplinaria ya que se articula entre los saberes y prácticas originados de múltiples disciplinas, como: la psicología clínica, psicología social, psicología comunitaria, salud comunitaria/pública, epidemiología, antropología, sociología,

medicina conductual entre otras. Los conocimientos producidos en todas estas disciplinas, relacionados directamente o no a la salud, dan acceso a la investigación y explicación del proceso salud-enfermedad-vida-muerte, además de permitir los recursos técnicos para una actuación en el referido proceso.

Así que, la psicología de la salud tiene en la construcción de su base teórica el conocimiento producido por estas disciplinas. Para poder actuar con tal diversidad se recomienda la superación de las visiones extremas. Por ende, reconocer la construcción del conocimiento como un proceso dinámico - porque no para de desarrollarse y cambiar -, y flexible – porque entiende que no hay nada de esencialmente nuevo -, sino que todo saber es construido a partir de otros saberes ya establecidos (sean ellos científicos o populares).

En defensa de este argumento se acude a Veiga Neto (1996) para decir que tanto la disciplinaridad como la interdisciplinaridad son partícipes del mismo proceso histórico educacional. Que la interdisciplinaridad no es capaz en si misma de desvendar la realidad objetiva de forma inequívoca. Sin embargo, la adopción de una postura interdisciplinaria promueve el trabajo conjunto de varias disciplinas en dirección al mismo objeto de investigación, con el propósito de acercarlo cada vez más a la realidad objetiva.

3.4. Conceptos de la psicología de la salud

El contexto de la psicología de la salud discutido hasta ahora enseña su coyuntura compleja. Lovelle (2003) alerta que el concepto de psicología de la salud presenta una historia muy corta y todavía se encuentra en un periodo embrionario de su desarrollo.

El campo de las concepciones de la psicología de la salud también demanda discusiones. Igual preocupación se nota cuando el propio Ruiperez (1997) define la psicología de la salud como la (...) “ciencia que estudia el comportamiento en el campo de la salud/enfermedad” (p.27). Para él esta disciplina (...) “se refiere a cualquier aspecto de la psicología que tenga que ver con la experiencia de la salud y de la enfermedad, así como el

comportamiento que interviene en la determinación y explicación de la salud. De esta forma, la psicología de la salud representa la aplicación de la teoría y de las prácticas psicológicas a los problemas y cuestiones fundamentales del sistema de salud” (op. cit. p.33). De acuerdo a esta cita, el autor impulsa la psicología de la salud como disciplina, aunque no proponga una definición clara que pueda deslindar la novedad que es la práctica psicológica en APS. Así que, por las ideas de este autor, queda clara la dificultad de hacer la transición necesaria entre las acciones clínicas y las acciones primarias de salud pública, en psicología.

Santacreu (1991) afirma ser el objetivo de la psicología de la salud el estudiar la salud e intervenir en la prevención de la enfermedad.

En la definición de la American Psychological Association (APA) “La psicología de la salud es la suma de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la identificación de la etiología y el diagnóstico de los factores asociados a la salud, la enfermedad u otras disfunciones asociadas, así como al análisis y ayuda al sistema de salud y la formación de la política de salud” (apud Lovelle, 2003).

Carrobles (1993) a pesar de también reconocer la dificultad para delimitar el concepto de psicología de la salud, pero hablando con seguridad sobre la Psicología de la Salud como disciplina, propone el siguiente concepto: “La psicología de la salud es el campo de especialización de la psicología que centra su interés e el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad” (p. 17).

Tanto la perspectiva de la APA como la de Carrobles son demasiado genéricas y entrañan la idea de una psicología de la salud apta a ser practicada en los diversos niveles de asistencia.

Rodríguez – Marín (1999) argumenta que la psicología de la salud, a nivel conceptual, no está todavía muy explicada. Además de la confusión respecto al concepto, algunas veces se confunde la psicología de la salud con la psicología clínica, con terapia conductual y por último con medicina conductual. El autor insiste en que aunque las relaciones entre todas ellas son innegables, es muy importante y necesario establecer las diferencias entre ellas.

Para Simón (1993) la psicología de la salud es la “confluencia de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico (psicología clínica, psicología básica, psicología social, psicobiología), tanto a la promoción y mantenimiento de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad” (p. 19).

En esta definición Simón destaca la diversidad teórica de la psicología de la salud, pero hay que aclarar que la diversidad defendida por Simón está restringida a los ámbitos de la psicología. O sea, no amplía su propuesta de modo que indique a la composición del campo de la psicología de la salud como esencialmente interdisciplinario.

Algunas veces, se hace necesario ponerla en comparación con otras disciplinas para poder clarificarla. Como ejemplo de eso, Pérez (1991) establece una diferenciación entre la psicología de la salud y la psicología clínica. La primera se dedica a los asuntos psicológicos que están en las bases de los problemas fisiológicos, y la segunda, se ocupa de los problemas psicológicos por si mismos.

Rodríguez-Marín (1999) comparte la opinión de Pérez y amplía la parte correspondiente a la psicología de la salud. Dice que la psicología de la salud

(...) “se ocupa en las consecuencias psicológicas que puedan tener problemas fisiológicos incluyendo en ellos los comportamientos y la interacción con el sistema de provisión de cuidados sanitarios” (p. 180).

El mismo autor sigue afirmando que la psicología de la salud tiene que ver con los aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales asociados a la salud-enfermedad física. Se trata de una aplicación de la psicología al campo de la salud-enfermedad físicas que tiene como una de las principales características el sistema sanitario como entorno de trabajo. “Así, la psicología de la salud no sólo dirige su atención al individuo cuya salud está en cuestión, sino al conjunto complejo de instituciones y fuerzas dentro de las cuales se persigue la salud” (p.181).

Aún con Rodríguez-Marín (1999), (...) “la psicología de la salud constituye una disciplina sustitutiva que se nutre de una amplia gama de teorías y métodos de muchas otras disciplinas psicológicas básicas, y delimita un área de práctica profesional, comprometida con los problemas del campo de la salud, y su conocimiento de las personas, contextos y problemas del sistema sanitario” (p.180).

Rodríguez-Marín (op.cit.) distingue los campos de la psicología de la salud y psicología y salud. El primero es más restringido, más reciente y sesgado por su orientación hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, físicas. El segundo, es más amplio y antiguo, sesgado por una atención preferente a la enfermedad mental.

Las definiciones presentadas a cima son demasiado genéricas y mezclan concepciones oriundas desde la psicología clínica (tratamientos curativos) hasta las de psicología de la salud (promoción de salud y prevención de enfermedades).

Mediante la consideración de la psicología de la salud como disciplina matizada por varios conceptos, es posible ver que hay mucho que hacer para sedimentarla y darla un carácter de especialidad de la psicología. Lo principal

parece ser la delimitación del cuerpo teórico a que se accederá para reglar las actuaciones de los profesionales en ese campo. Podemos afirmar que no es adecuado recurrir a los mismos conceptos de la psicología clínica para actuar en psicología de la salud, hay que trabajar en el desarrollo de un nuevo marco teórico que pueda dar soporte a estas prácticas emergentes.

Para empezar es importante reconocer las áreas y las intervenciones del profesional dedicado a este campo. Conocer bien la salud pública/comunitaria y las formas de intervenir en los niveles de atención de salud (primario, secundario y terciario).

En definitiva, la psicología de la salud, es un campo autónomo de aplicación de la psicología. Recién delimitado en comparación al de la clínica, en el ámbito de las disciplinas de la salud, se dedica a las prácticas de promoción de salud y de prevención de enfermedades y tiene en la APS su campo de aplicación prioritario. Se orienta a la salud general y a los problemas físicos y su vinculación a los factores psicosociales, de los colectivos comunitarios aunque su objetivo mayor es la salud de los individuos en sus medios sociales. Es llevada a cabo a través de programas institucionales cuya base de su elaboración deberá ser el conocimiento epidemiológico de la población interesada.

3. 5. Avances de la Psicología rumbo a la Psicología de la Salud

En el plan de la psicología institucional en Brasil, los primeros programas que van a cambiar el semblante de esa psicología son detectados en São Paulo (Spink,1992). Tales programas asumen una política explícita, por parte de la Consejería de Salud, de deshospitalización y de extensión de los servicios de salud mental a la red básica (propuesta basada en el trabajo de Franco Basaglia), constituyéndose la intervención psicológica en una red de servicios teóricamente integrados con actuación en los niveles primario, secundario y terciario.

Estas nuevas propuestas conllevan cuestiones acerca de cómo actuar con la comunidad, con los usuarios y con los otros profesionales de salud. Permite cuestionarse acerca del mantenimiento del papel tradicional del psicodiagnóstico y de las terapias individual y grupal. Tal cuestionamiento todavía no representa el salto cualitativo hacia una práctica efectivamente comunitaria; sin embargo, es un inicio de ese pensamiento.

En este proceso aún en construcción, se encuentra, por ejemplo, el trabajo de Lima (2001), el cual parte de una crítica al modelo de intervención tradicional, para presentar una adaptación del discurso psicológico al de la clase trabajadora y así dar un carácter social al proceso psicoterapéutico tradicionalmente individualista y subjetivista. Para eso, apunta como posibilidad de adaptación, una escucha culturalmente sensible de las quejas y demandas psicológicas de los usuarios, partiendo de la utilización de la hermenéutica antropológica, para viabilizar una lectura culturalmente sensible de la acción social.

En ese sentido, el referido trabajo ofrece una contribución innovadora al enfoque teórico para la escucha psicológica fundamentada en la visión no individualista de la persona, apuntando alternativas más adecuadas a la comprensión de las personas a partir de una hermenéutica que permite concebir el individuo en su contexto más amplio. Sin duda eso es un avance, pero es importante hacer notar que el enfoque de ese trabajo cambia solamente la técnica de atención psicológica y no la práctica general del psicólogo en APS. O sea, cambia el sentido de la escucha a medida en que su aportación teórica se fundamenta en otra dirección, menos subjetivista y más antropológica.

Lima (2005) madurando su preocupación por el tema y partiendo de una concepción de salud-enfermedad-cuidado, habla sobre la actuación psicológica comunitaria (APC), que la define como la labor del psicólogo dedicado a la atención primaria de salud. (APS)

En su tesis doctoral ha entrevistado a psicólogos en ejercicio en las unidades básicas de salud (UBS), (en la ciudad de Salvador, Bahia – Brasil), buscando saber cómo desarrollan su labor en este sector. Los resultados de su investigación le permiten concluir sobre la existencia de una inadecuación en el trabajo clínico del psicólogo (que en su mayoría brinda a la comunidad asistida en APS, con la teoría psicoanalítica), cuando se aplica a APS. Quedó claro que la trayectoria de los psicólogos, en razón de la inadecuación de su labor en el servicio público de salud, se caracteriza por: **conflicto** (porque tiende al ocio profesional); **reproducción** (porque lleva al aislamiento de la asistencia en el ambulatorio); y **construcción** (porque lleva a la apertura de nuevas prácticas más allá de la clínica tradicional).

Además de estos indicativos, la investigación de Lima apunta que los profesionales entrevistados reconocen que los usuarios por ellos atendidos no permanecen en el tratamiento que ellos proponen; hecho que, en la mirada de Lima, justifica el ocio de estos profesionales en APS.

Lo que llama la atención es que los psicólogos entrevistados no tienen un discernimiento claro sobre la razón de la no permanencia de los usuarios en el servicio; tampoco ligan este hecho a la inadecuación de la práctica ofrecida a éstos, ni perciben la incompatibilidad entre la demanda psicológica y la naturaleza del trabajo ofrecido.

Alves et al. (2003), en una investigación sobre las psicoterapias brindadas a adolescentes usuarios de los servicios públicos de salud (en la ciudad de Campina Grande, Paraíba – Brasil), encuentra resultados semejantes en el que concierne a la no permanencia de los adolescentes en tal servicio. Los psicólogos entrevistados también reconocen que se están tornando ociosos, pero culpan a la falta de incentivo de la familia y el aislamiento del adolescente en relación a la búsqueda de una atención psicológica, como responsables del fenómeno.

Las conclusiones de estas dos investigaciones confirman la dificultad de los psicólogos, sujetos de los estudios, a hacer la autocrítica de modo que se

perciba la inadecuación y limitación del trabajo que insisten en ofrecer a la comunidad que busca sus servicios.

Queda clara la existencia de una crisis de identidad de estos profesionales respecto a la asistencia primaria a la salud. Tal crisis cumple una función muy importante pues deberá apuntar hacia un cambio y principalmente hacia una ampliación de los servicios brindados por los psicólogos a la comunidad en APS.

A través de lo expuesto, es posible identificar la existencia de nuevas demandas en el campo social que claman por prácticas profesionales enfocadas a la salud más adecuadas, capaces de ayudar a las personas en sus contextos sociales actuales, partiendo de la comprensión de las subjetividades constituidas más allá del contexto individual. Esas demandas justifican la urgencia de una renovación conceptual y epistemológica en el campo de las intervenciones individuales y, más específicamente, en el dominio de la psicología en su aplicación a APS.

Será necesario apuntar, sin embargo, que el enfoque sobre la salud-enfermedad, utilizado en los dominios de las psicoterapias independientemente de su vinculación teórica, tendrá que ser redefinido a partir de la contribución de las disciplinas que componen el campo de saberes y prácticas de la salud comunitaria (antropología, sociología, etnografía, salud colectiva, psicología social etc.). Será también necesario tener como base para tal construcción la visión del sujeto como una subjetividad socialmente construida.

Para enfrentar tal reto hay que tener muy claras las nuevas dimensiones que se pide a los psicólogos en el desempeño de su labor en los tres niveles de atención a salud (primario, secundario y terciario). Esto va exigir un cambio en términos de mentalidad de los psicólogos, así como de los que gestionan las unidades formadoras de éstos, en lo que se refiere a: asumir que la intervención clínica tradicional no se aplica a la salud comunitaria en atención primaria y, por tanto, es necesario desarrollar intervenciones más adecuadas a esta nueva demanda; asumir la necesidad de hacer cambios en su formación

académica; asumir que hacen falta propuestas teóricas que alcancen tal demanda.

Este proceso es complejo porque exige un nuevo diseño de las prácticas de psicólogos en acciones comunitarias de salud y va a implicar tanto a los profesionales de salud mental como a las unidades de formación de éstos e incluso a otros profesionales comprometidos con las acciones de salud comunitaria.

4. La inserción del psicólogo en la salud pública/comunitaria: dificultades, avances y propuesta de formación para la actuación en el campo

Este capítulo pretende, en su primero punto, aportar unas informaciones históricas útiles a la comprensión del proceso de incorporación del psicólogo en los servicios de salud pública/comunitaria. A continuación, presentar unas informaciones sobre la formación universitaria de psicólogos de Brasil, de España y de Portugal. Después proponer algunas líneas generales a partir de las cuales se deberá articular un plan de formación universitaria para psicólogos de la salud, como forma de contribuir a la preparación del psicólogo para enfrentarse a las prácticas en el campo de la psicología de la salud.

4. 1. Hechos históricos asociados a la incorporación del psicólogo al campo de la salud pública/comunitaria

Para alcanzar los objetivos aquí establecidos se parte de que la psicología, en su intervención en el campo de la salud, estuvo históricamente anclada al modelo clínico. Es decir, una psicología especializada, basada en la psicoterapia y, como tal, enfocada a la atención secundaria de la salud.

Actualmente, a partir de los avances y reformas observadas en el campo tanto conceptual como práctico de la salud, ha surgido una nueva demanda de actuación de los psicólogos, desde luego en la atención primaria. Tal hecho exige una nueva aportación teórica al proceso salud/enfermedad, el desarrollo de trabajo en equipo interdisciplinario, y, sobre todo, el abordaje del individuo en un contexto menos individual y más social.

La incorporación de los psicólogos al campo de atención primaria de salud se relaciona con algunos hechos, entre los más importantes se destacan:

- la evolución del concepto de salud-enfermedad-vida-muerte⁹, que cambió y amplió la comprensión del referido proceso, tomando el factor psicológico como un elemento importante del proceso salud-enfermedad, no solamente en el plano mental sino también en el de salud general de los individuos;
- la idea de que es más importante, para mejorar la salud de todos, invertir en la promoción de salud, en la prevención de enfermedades, actuar más en educación para la salud, que tratar la dolencia ya instalada. Este hecho evidencia la importancia de la formación de los profesionales para la intervención en el nivel primario; los campos de actuación de estos profesionales, antes ubicados principalmente en la atención secundaria o terciaria de salud, hoy en día están siendo adaptados para valorar más la atención primaria para la salud;
- las reformas sucedidas en los planeamientos institucionales de salud observadas como un fenómeno actual en algunos países, las cuales, además de enfatizar la atención primaria de la salud (APS) como instrumento de intervención preventiva, empezaron a exigir la presencia de los psicólogos en el referido campo. Tales reformas en los programas institucionales, consecuencia también de la globalización, ha hecho que estos programas se asemejen. O sea, a pesar de las diferencias económicas, políticas y sociales entre los pueblos, las preocupaciones sobre la salud, y la organización política y gestora de los programas institucionales son muy parecidas en sus aportaciones teóricas y también prácticas. En esa dirección, el paralelismo observado en los programas de salud, principalmente en lo que se refiere a la atención primaria, no sólo se concentra en el concepto sino

⁹ En el capítulo primero se puede encontrar una revisión conceptual más profundizada a cerca del referido proceso.

también en la propia composición de los equipos y hasta en la nomenclatura de algunos cargos;

- la discusión e implantación en varios países de la reforma psiquiátrica; es decir, los cambios en la atención a los enfermos mentales, los cuales, en un giro muy rápido, podría decirse que salieron de una exclusión social total (proporcionada por las cadenas o representada en el 'Navío de los Locos', de acuerdo con Foucault, 1978), a los tratamientos más humanizados fuera de los sanatorios.

La Reforma Psiquiátrica, aunque tardía e incompleta, es un fenómeno mundial. De un modo general, significa principalmente la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos, la implantación de las asistencias sustitutivas y el cierre de los manicomios (Brasil, 2001; Brasil, 1992; Brasil, 1987; Medeiros y Guimarães, 2002).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978) los trastornos mentales afectan a unos 450 millones de personas en todo el mundo y constituyen una de las principales causas de mala salud y discapacidad en el planeta. Estos datos muestran la alta prevalencia de las enfermedades mentales a nivel mundial. A pesar de ello, y en contra de lo que ocurre con otras enfermedades, las enfermedades mentales siguen siendo olvidadas en los sistemas sanitarios de muchos países.

El sentido tabú de las enfermedades mentales está asociado a que, a pesar de existir tratamientos efectivos que controlan los síntomas de la mayor parte de estas dolencias, dos terceras partes de las personas que sufren un trastorno mental en todo el planeta no acuden nunca a un profesional de la salud.

De acuerdo con Gema (2006) los enormes costes de los tratamientos de los trastornos mentales, los impactos epidemiológicos de los mismos y las deficiencias de los servicios sanitarios, además de enseñar la gravedad de la situación, ponen de manifiesto que la salud mental

comienza a ser considerada como una de las prioridades en el ámbito mundial.

Todo ese contexto exigió una nueva forma de organización además de la elaboración de los programas de salud. Se transformó en un reto la preparación de los profesionales de salud para la intervención en ese nuevo modelo. En ese contexto se ha despertado una discusión sobre los marcos teóricos de formación de estos profesionales, así como de sus prácticas profesionales ya que se tornó evidente la inadecuación de su habitual forma de intervenir, la forma clínica, y lo que se pide de su actuación en la actualidad, en el campo de la salud pública/comunitaria. Todo esto lleva asociada la crítica sobre la formación académica de estos profesionales que todavía se sustenta sobre enfoques teóricos clínicos tradicionales.

4.2. Análisis crítico de la formación universitaria de los psicólogos para sus actuaciones en la salud pública/comunitaria

4.2.1 Consideraciones sobre las prácticas y enseñanza de la psicología de la salud en Brasil

Desde los inicios de la década pasada (años 90) se registran en Brasil unas críticas a la formación académica de los psicólogos. La crítica va dirigida a su carácter conservador de las tradiciones clínicas de la psicología y al desprestigio de las prácticas de salud pública/comunitaria (Spink, 1992; Peter Spink, 1992; Silva, 1992; Boarine, 1996; Yamamoto y Cunha, 1998; Alves et al, 2003; Lovelle, 2003). El fundamento de la crítica a la formación tradicional es que la formación no sigue la lógica de la demanda del trabajo del psicólogo en la salud pública/comunitaria y tiende a aplicar las intervenciones de la psicología clínica (lo que es adecuado a las consultas privadas y a las prácticas de segundo nivel de salud) al referido campo. Así que se observa una falta de habilidad de las agencias formadoras para afrontar las exigencias del sector de la sanidad pública.

En esa dirección se han producido trabajos dedicados al debate sobre la necesidad de reflexionar acerca de las prácticas clínicas de profesionales de la salud en general y en particular de psicólogos clínicos, cuestionando la intervención tradicionalmente amparada en el modelo clínico/subjetivista/individual. Tal argumento se basa en el hecho de que la Psicología se entiende como ciencia heredera del modelo clínico y, como tal, ciencia del individuo.

Los trabajos llevados a cabo allí traen la preocupación con el tema de la necesidad de ampliar la formación profesional del psicólogo, hacia unas prácticas más comunitarias.

En los discursos producidos en Brasil a cerca del tema de la formación la clínica es frecuentemente confrontada al trabajo desarrollado en psicología de la salud. Es decir, la discusión es dirigida por la visión de que un campo debe ser superado por el otro para poder avanzar. La crítica acentúa un cierto repudio al que es clínico para en contra poner un elogio a la psicología de la salud.

Peter Spink (1992), como psicólogo crítico con la psicología, convencido de que debe avanzar hacia una psicología de la salud, afirma que esta disciplina comienza a reconocer la necesidad del debate interdisciplinario, aunque no se consigue trabajar en esta dirección. Para él, a pesar de que los estudios deban continuar, es necesario reconocer el débito de la acción que la profesión tiene para con la sociedad. Afirma que la dificultad de la psicología para contribuir a un plan de atención comunitaria se relaciona con la “[...] dificultad de operar con una práctica de medio alcance, entre los niveles macro y micro de actuación” (p. 94).

A nivel de la actuación macro, se estudia el sujeto como categoría. Ese campo es el terreno clásico del estudio epidemiológico, en el que se busca entender los contrastes entre los contextos y sus efectos interactivos en la incidencia de las enfermedades en las poblaciones en estudio.

A nivel de actuación micro, la psicología clínica muestra que corresponde al psicólogo o al psiquiatra ayudar a la persona a convivir con su mundo y a ajustarse a él. Esta es la práctica tradicionalmente realizada, sea en la consulta privada o en la pública, sea individual o grupal. El propio terapeuta es una referencia para garantizar la existencia de otro origen de datos, más allá de los presentados por el paciente.

En esta línea de pensamiento, Spink (1992) constata la inauguración en Brasil de un discurso sobre la psicología de la salud, inserto en los cambios sucedidos en las formas de intervención de los psicólogos y en la apertura de nuevos campos de actuación que vienen transformando las intervenciones por la introducción de nuevas perspectivas teóricas. A pesar de ese avance, la autora afirma que la psicología entra dentro de las profesiones consideradas de salud desde el punto de vista técnico, derivado del modelo clínico, sin, todavía, haberse hecho los cuestionamientos necesarios sobre la transformación de las técnicas de una esfera a la otra (desde la esfera clínica a la comunitaria).

Para Spink (op. cit.), la psicología llega tardíamente a este campo, después de la sociología de la salud, de la antropología de la salud, de la economía de la salud, todas con campos delimitados y producción científica vasta. Esta autora afirma que la intervención en psicología, hasta hace poco tiempo, se realizaba solamente por medio de consultas privadas, cuya restricción a las personas de menor poder adquisitivo, indicaba una actividad autónoma y no inserta en los servicios de salud pública. En esa intervención, puesto que se hacía en hospitales y ambulatorios, además de seguir el modelo individual, aún permanece subordinada a los paradigmas de la psiquiatría de internación/medicación.

La tradición de las ciencias Psi (psicología, psiquiatría y psicoanálisis) en cuanto a la concepción de subjetividad y al modelo de intervención centrado en el individuo, compromete el avance de nuevas intervenciones fuera del modelo clínico/tradicional.

La formación académica de los profesionales Psi no favorece su preparación para la actuación en el campo comunitario. Según Silva (1992) ha aumentado la tendencia a la prestación de los servicios en instituciones de salud, por diversas categorías de profesionales, sin que los programas de formación profesional de estas categorías consigan acompañar este proceso. El caso de la psicología es más serio debido al hecho de que las enseñanzas regladas se encaminan al ejercicio autónomo de la profesión, priorizando un único modelo de asistencia, el individual.

Con esa formación académica, las propuestas de trabajo clínico del psicólogo favorecen a los patrones de la clase media, sirviendo de base para reforzar sus instrumentos, métodos, técnicas, vocabulario y valores en general, o sea, el trabajo del psicólogo se apoya en valores bien distintos de aquellos de las poblaciones que atienden las instituciones públicas de salud.

Spink (1992), observando la formación académica de esos profesionales, afirma que las bases existentes para el desarrollo de un marco teórico adecuado a la psicología de la salud se enfrentan con algunos problemas: el predominio del modelo psicodinámico en la enseñanza de grado de la psicología, donde se da mayor énfasis al aspecto clínico; la total ausencia de las temáticas relacionadas con la salud pública/comunitaria; el predominio del enfoque del sujeto tratado como ser abstracto y a-histórico, desvinculado de su contexto social; la hegemonía del modelo médico en la definición del objeto de investigación; la ausencia de paradigmas verdaderamente psicológicos para el estudio del proceso salud-enfermedad.

Estos problemas, indicados por la autora, dificultan y retrasan el avance de los cambios que se hacen necesarios para actualizar los programas de formación a las necesidades emergentes en salud pública/comunitaria.

Lima (2001), haciendo referencia a la formación en psicología y la cultura psicológica, cuestiona las formas de psicologismo de las sociedades modernas. Para llegar a esa conclusión hace una lectura de varios autores, como Russo, 1987 y Figueira, 1987 (apud Lima, op. cit.), entre otros, para

mostrar que existe un anclaje en el individualismo para la comprensión de las subjetividades humanas, lo cual limita tal comprensión.

La puesta en evidencia de esa problemática y el inicio del debate, marcado por los cuestionamientos de los referenciales clásicos, insinúan que el momento ahora es de transición en los campos epistemológico y de praxis. En ese sentido, algunos avances pueden ser detectados en el dominio de las ciencias psicológicas como un todo y también en el de la psicología de la salud. Sin embargo, se observa mayor actividad en el ámbito teórico/epistemológico, hecho que favorece el campo de la comprensión y explicación de los fenómenos de salud-enfermedad, quedando el campo de las intervenciones, sobre todo aquellas de la atención primaria (Spink, 1992), carente de nuevos modelos y actuaciones profesionales más adecuadas.

En el plano científico y en relación a los avances, es posible detectar el trabajo de investigadores interesados en la construcción de una nueva perspectiva tanto teórica como práctica, con la intención de adecuar los conocimientos y prácticas de la psicología a las necesidades surgidas en la actualidad, buscando ampliar los servicios de salud a todas las personas que lo necesiten. El desarrollo de esta tesis es un ejemplo de eso.

La búsqueda de caminos y respuestas a las demandas de actuación del psicólogo en el campo de la salud pública /comunitaria es generada en una tensión epistemológica. La falta de consenso forma una coyuntura en la que las diversas teorías son confrontadas.

Spink (1992) afirma que, poco a poco, la psicología de la salud se va estructurando alrededor de una noción de salud que se articula, se explica y se comprende contextualizada en la interfaz entre lo individual y lo social, configurándose, así, como área de especialización de la psicología social. La psicología inaugura este campo buscando definir su contribución teórica “ [...] y las formas de incorporación de lo biológico y de lo social al hecho psicológico,

procurando abandonar los enfoques centrados en un individuo abstracto y a-histórico tan frecuentes en la psicología clínica tradicional” (p.12).

Yamamoto y Cunha (1998) en dirección contraria a lo afirmado por Spink (2003) localizan la psicología de la salud en la psicología clínica y refieren el psicoanálisis como la teoría de base para las intervenciones en psicología de la salud.

Parece haber un equivoco en esa relación de fuerzas. Hay que aclarar que la crítica no puede ir dirigida a la clínica. Sin duda, clínica y psicología de la salud van dirigidas hacia a la construcción de la salud de las personas. Lo que merece destacar y lo que deberá ser aclarado es a quienes van dirigidas las intervenciones de uno y de otro modelo.

El modelo clínico, mucho más estricto y especializado, y el modelo de la psicología de la salud, más amplio volcado a varios tipos de intervenciones. Aunque parezcan antagónicos, estos dos campos de saberes y de prácticas tienen una raíz común. La psicología de la salud, en su aplicación al campo de APS necesita aportar el conocimiento de la clínica y de sus instrumentos ya que en sus atribuciones están incluidas algunas de actividades pertinentes a la clínica, sobre todo aquellas que requieren baja complejidad.

Hay iniciativas en algunas universidades de la creación de prácticas curriculares en psicología de la salud. Silva, Oliveira y Franco (1998) desarrollaron un programa de intervención en psicología de la salud. Tal programa, en el cual estaban involucrados estudiantes de Licenciatura en psicología, tuvo como objetivo principal experimentar las prácticas de la psicología en los contextos y demandas de la atención primaria de salud. Así que, en la experiencia citada, los estudiantes actuaron en equipos multidisciplinarios con profesionales de salud de los centros de atención primaria, de un barrio de baja renta de la ciudad de Salvador de Bahía (en Brasil), y tuvo como sujetos participantes del programa, adolescentes de las comunidades usuarias de los servicios brindados por estos centros. El trabajo desarrollado estaba en la búsqueda de estrategias de prevención de

enfermedades desde la discusión de temas como: el sida, la familia, la sexualidad, y de otras demandas traídas por los propios adolescentes. Tal proyecto representa un intento de normalizar unas prácticas curriculares propias al ejercicio de la profesión del psicólogo en APS.

Tanto la discusión teórica como las iniciativas aquí presentadas todavía no alcanzaron oficialmente los currículos de formación en psicología de modo a preparar los profesionales para la actuación en el campo.

4.2.2 La enseñanza de la psicología de la salud en España

En España el Colegio Oficial de Psicólogos (2007) adopta una comprensión de los haceres de los psicólogos consonante a la psicología clínica de la salud.

De acuerdo con Rodríguez-Marín (1999) la enseñanza de la psicología de la salud en nivel de la licenciatura, no ha logrado estar en los departamentos universitarios españoles. Los cursos de psicología de la salud, allá de la licenciatura, están repartidos entre los niveles de pre grado y de post grado.

En nivel de post grado se nota la proliferación de cursos master, los cuales pueden durar entre uno o dos años, que dependen de la universidad. Existen también unos cursos master que a pesar de no llevar la denominación específica de psicología de la salud, poseen contenidos bien coincidentes. Hay también cursos de especialización en el campo.

Algunas universidades ofrecen programas de doctorado en psicología de la salud, pero hay que resaltar que la característica básica de estos cursos es formar investigadores y no psicólogos para que actúen en el campo de la salud pública, ya que la competencia para la formación práctica de los profesionales queda restringida a la licenciatura. Así que, igualmente a Brasil, a nivel de formación profesional esta área está algo desfavorecida.

Aunque incipiente y carente de más incentivos, el desarrollo de la psicología de la salud en España está creciendo. Tal crecimiento se debe a: la aplicación progresiva de la Ley General de la Sanidad (LGS, 1986), por su énfasis en la salud pública, en la promoción de la salud y en la educación sanitaria y en el trabajo de investigación realizado en los departamentos universitarios.

El reciente crecimiento se confronta una vez más con el problema de la formación académica. Actualmente en España, de acuerdo con informaciones del Colegio Oficial de psicólogos (Infocoponline, 2006), la licenciatura en psicología forma profesionales polivalentes. Así que, si la formación es polivalente los profesionales pueden trabajar en cualquier sector de la psicología, incluso la sanidad pública.

El surgimiento de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) reglamentó que solo los psicólogos clínicos son profesionales sanitarios. El argumento que sostiene la Ley es que la licenciatura en psicología es polivalente y, en razón de ello, la preparación para la actuación en la sanidad mediante las actividades clínicas, no es brindada en la formación. La Ley también apunta los caminos legales a los que quieran volverse psicólogos clínicos. Así que, para ser psicólogos clínicos es obligatorio hacer una especialización de tres años en régimen de residencia en un Programa denominado Psicólogos Internos Residentes (PIR).

Este contexto, enmarca por un lado: la formación profesional polivalente que estimula la inserción de todos los psicólogos en la sanidad pública y, por otro, la LOPS, que restringe la entrada a los clínicos, porque afirma que sólo los psicólogos clínicos son profesionales sanitarios -, generó una crisis en el seno de la comunidad psicológica protagonizada por los psicólogos clínicos o no, estudiantes de psicología, ANPIR y Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. El debate que moviliza la crisis reúne por un lado las opiniones de los estudiantes y psicólogos no clínicos bajo la reivindicación de un cambio en la LOPS para garantizar que todos los psicólogos sean considerados clínicos, ya que su labor es directamente ligada a la salud.

Del otro lado, están los psicólogos clínicos y la ANPIR (Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes) que defienden la LOPS en su forma original. Y sostienen que en la sanidad sólo podrán estar los clínicos, ya que la psicología es una disciplina amplia y se dedica a innúmeros temas no necesariamente relacionados a la sanidad. La residencia sí que les podrá rehacerlos aptos a la labor en la sanidad.

4.2.3. La enseñanza en Portugal

En Portugal los psicólogos que actúan en el SNS son nombrados por “psicólogos clínicos”. La ley que orienta tales funciones considera que la acción del psicólogo se extiende para allá del dominio de la salud mental y de las enfermedades mentales. O sea, de acuerdo con Ribeiro (2007) apunta para la perspectiva de la psicología clínica de la salud, y su respectivo acercamiento a la psicología clínica tradicional.

La psicología de la salud es un campo vasto y requiere sub-especializaciones volviéndose difícil el dominio de toda la diversidad de intervención. Frente a esa dificultad en Portugal se consensuó que la formación básica debe ser genérica y la sub-especialización deberá ser realizada tras el término de la licenciatura.

En Portugal la psicología de la salud no se diferencia formalmente de la psicología clínica. Aunque de un modo general sean considerados campos epistemológicos diferentes: porque el primero remite al tratamiento de las enfermedades físicas y el segundo, al de las mentales.

Aun con Ribeiro (2007) la psicología clínica en Portugal no separa el físico del mental. Por eso, Ribeiro considera la legislación portuguesa más clara que la de otros países, que siguen intentando superar la dicotomía en los dos campos.

En cuanto a carrera de psicólogos en el contexto del SNS, hasta los inicios de los años 1990, no existía a nivel de la legislación portuguesa, la figura del psicólogo clínico, aunque los psicólogos estuvieran ahí desde mucho antes. Sin embargo, eran considerados técnicos superiores, sin especialidad funcional. Fue en 1994 a través del Decreto-Lei 241/94, que los profesionales pasaron a ser considerados técnicos superiores de salud. El decreto define con claridad las funciones, la formación y la progresión de la carrera.

En razón del período histórico en que surgió la referida Ley la formación universitaria es consonante con la psicología de la salud, de la corriente portuguesa.

La carrera del psicólogo en el campo de la salud exige unas prácticas de tres años, tras el término de la licenciatura (Decreto Lei 241/94 y Portaria 1109/95). Para accederlas hay que aprobarse en oposición. Tales prácticas deberán llevarse a cabo en servicios de salud general y no solamente en servicios de salud mental.

4.3. La práctica asistencial en atención primaria: desafío para los diversos profesionales de la salud

Las intervenciones en atención primaria de salud son objeto de la preocupación no solamente de psicólogos sino de todos los profesionales que actúan en ese campo. Históricamente en varios países (Alves et Al, 2003; Dimenstein, 2003; Lovelle, 2003; Dimenstein, 2001; Dimenstein, 1998a; Boarine, 1996; Silva, 1992; Spink, 1992; Peter Spink, 1992) los planes de formación de los profesionales de salud en general tienen como metas preparar a los profesionales para el trabajo especializado, o sea para el trabajo en atención secundaria y terciaria en salud.

El enfoque de las prácticas de esos profesionales no pretende descalificar la forma de organización de sus planes de formación, ya que para alcanzar la salud de todos hay que invertir de todas las formas y en todos los niveles de salud; lo pretendido aquí es enfatizar la necesidad de incorporar a

estos planes las prácticas en APS de modo que se prepare mejor a los profesionales para la actuación en el referido campo. Hecho que irá a mejorar la calidad del servicio que se debe brindar a las poblaciones a nivel primario.

Para Rodríguez (1999) el médico tiende a la especialización de sus conocimientos. Esto genera unos especialistas que estudian parcelas cada vez más reducidas del hombre, lo cual provoca por un lado una visión muy exhaustiva del hombre pero por otro lado se hace perder la visión integral del mismo y de su respectivo tratamiento. El médico de APS debe tener claro que el ser humano no puede dividirse en parcelas y la enfermedad debe ser afrontada igualmente. Además de eso, la evolución de cualquier enfermedad física está modulada por los problemas psicológicos del paciente y por su adaptación a la enfermedad.

De entre todas las problemáticas por las cuales un médico en APS es consultado, (...) “los problemas psíquicos son especialmente importantes en relación al sufrimiento y alteración que provocan, bien a quién los padece o bien a sus familiares, grupo social en que viven o circuito laboral donde desempeñan su actividad profesional” (Rodríguez, 1999, p. 18). Ese mismo autor, comenta que el médico de APS se queja de tener dificultades en el tratamiento de estos trastornos por varias razones, por ejemplo: no poseer conocimientos suficientes, tener dificultades en el abordaje, desconocer las actitudes que debe tomar. Clasifica estos problemas en las siguientes categorías: (...) “problemas de formación; problemas en el análisis y afrontamiento del propio objeto de estudio; problemas de identificación de los trastornos no debidos a la falta de formación; y problemas en el afrontamiento no debidos a la falta de formación” (p.20).

En APS sólo el 50% de los trastornos mentales son identificados. Rodríguez (1999), explica el por qué de la siguiente manera: en relación a la falta de formación - el bagaje teórico en salud mental recibido durante la formación es insuficiente para la práctica clínica diaria; los médicos no están familiarizados con los trastornos del comportamiento; los pacientes no refieren los síntomas psicológicos, sino las quejas somáticas. En relación a los

problemas en el análisis y determinación del propio objeto de estudio – siendo el análisis del problema temporal y situacional - puede que el análisis de los hechos en diferentes momentos y en ambientes distintos lleve a conclusiones diferentes; en el tratamiento del trastorno se usan técnicas e intervenciones no similares.

Aparte, los médicos refieren tener dificultades en aplicar pautas terapéuticas adecuadas más o menos universales a todos los pacientes. Por ejemplo:

- en relación a los problemas no debidos a la formación (o sea, de actitud por parte del médico o del paciente) se incluyen los casos en que el paciente no admite la existencia del trastorno y los casos en que los médicos no afrontan el problema por miedo a la complejidad del caso clínico;
- en relación al cómo actuar con pacientes que molestan en la consulta. Se observa la tendencia a la derivación del paciente y a la utilización de la práctica del entorpecimiento mediante el uso de psicofármacos, como forma de apartar el problema;
- en relación a la tendencia de los médicos al tratamiento únicamente medicamentoso; psicopatologización, por problemas mínimos que sean, la conversión de la tristeza en depresión, ansiedad temporal en trastorno etc. De eso resulta que, a veces el médico da excesivos mensajes de cronificación. Quizás se deba a la idea de que el enfermo mental es incurable. Dicha actitud puede generar un sufrimiento más ya que intensifica la cronificación y sostiene el mito del fármaco para toda la vida.

Todo este contexto evidencia que el marco tanto teórico como práctico de la intervención en el nivel primario de salud no está únicamente en el dominio de la preocupación de los psicólogos; por el contrario, se extiende a los otros profesionales de los equipos de salud primaria.

Este contexto también conlleva la cuestión sobre de quién es la responsabilidad del cuidado sobre la salud mental en la atención primaria. O sea, si pertenece a la labor del médico o del psicólogo.

Tradicionalmente, el campo de acciones del psicólogo estuvo asociado a la salud mental. Sin duda, la actuación del psicólogo clínico está directamente ligada a ésta; sin embargo, la labor del psicólogo de la salud debe estar encaminada hacia la salud en general o mejor dicho, a la salud total de las personas. Además de eso, es importante apuntar que el campo de salud mental es objeto de las asistencias de todos los niveles de atención para la salud (primario, secundario y terciario) como cualquier otra enfermedad. Pero, es importante aclarar que las asistencias especializadas de salud mental, serán hechas en los niveles segundo y tercero.

El psicólogo que interviene en la APS, más allá de actuar en la organización de los servicios de salud, necesita tener un lugar y una mirada distinta sobre su función ya que no tendrá como base para su intervención los tratamientos de los problemas estructurales de personalidad, sino que actuará en la puerta de entrada de un sistema que interviene en las acciones de promoción de salud, preventivas de enfermedades y/o paliativas de salud de baja complejidad.

Así que, la salud mental será abordada de forma interdisciplinaria en los varios niveles de salud, pero será en los niveles secundario y terciario donde será tratada de forma más profunda.

Las dificultades de actuación profesional no están únicamente no campo de dominio de las actuaciones de psicólogos tampoco de psicólogos en APS. Guedes (2006) en su relato de experiencia como supervisora de prácticas en psicología hospitalaria en Brasil, afirma la existencia de muchas dificultades en las actuaciones de alumnos de psicología, en formación. Ella apunta la inserción en el contexto hospitalario, el contacto con el paciente, la actuación junto a los familiares y las relaciones de trabajo con lo equipo de salud, como los principales retos a enfrentarse.

La entrada del psicólogo en el contexto hospitalario representa el primer choque para el alumno o psicólogo, ya que estos se deparan con una realidad de salud pública desconocida y ajena a su formación académica. La pobreza, las grandes colas en la espera de las asistencias, el sufrimiento físico del doliente, el contacto con el dolor, la sangre, la muerte y los malos olores decorrientes de la enfermedad (Chiattonne, 2000), son hechos muy poco abordados en las prácticas de su formación. Según Guedes (op. cit.) tales hechos dificultan la adaptación de los alumnos y el establecimiento del vínculo con la institución, con lo cual observase una gran desistencia (alrededor del 54%) de esta formación.

El segundo problema, el contacto con el paciente, remite al establecimiento de otro modelo diferente de aquél de la clínica tradicional. El espacio institucional no permite la privacidad preconizada en el modelo clínico, tampoco las asistencias duraderas. Además, la demanda de quienes va al hospital general no es de sufrimiento psíquico, pero físico (Angerami-Camon, 2001; Chiattonne, 2000).

Para Guedes (2006) el trabajo de la Psicología en el hospital general requiere un patrón de asistencia específico y diferente del modelo clínico tradicional. Es necesario romper con las referencias clásicas de espacio y temporalidad. Hay que pensar la actuación contextualizada en una institución con características particulares y objetivos propios. En contrario, la experiencia puede ser marcada por la frustración, lo que quizás sea una de las causas del abandono de las prácticas.

La asistencia a los familiares es el tercero problema, apuntado por Guedes (op. cit.), enfrentado por Psicólogos en su actuación hospitalaria. La familia, frente a una noticia de dolencia o hospitalización de uno de sus parientes puede que se desequilibre, incluso desarrollar un tipo de patología en consecuencia del estrese.

De acuerdo con Romano (1999) el trastorno familiar es tan grande que a veces ésta no consigue comprender los procedimientos del hospital y del tratamiento del familiar. En estos casos el psicólogo deberá estar atento a esas dinámicas ayudándoles a la familia y al equipo médico incluso indicar cual la persona de la familia que se presenta más centrada para recibir las instrucciones diagnósticas y terapéuticas.

Las relaciones con el equipo de salud es el cuarto aspecto generador de problemas. A depender de la institución, observase una falta de conocimiento o un desprestigio de la labor del psicólogo, con lo cual los equipos interdisciplinarios funcionan mal. Los equipos mantienen una estructura de funcionamiento centrada en una jerarquía anclada en el criterio del medico y del poder que representa su saber en las actuaciones del equipo interdisciplinario, o como lo ratifica Almeida (2000) y Valdivia Onega (2003), por ejemplo. Hecho que dificulta el establecimiento de una comunicación más fluida no solo en relación al psicólogo, pero a los demás profesionales del equipo de salud.

4.4. Indicativos para la elaboración de un plan de formación universitaria en Psicología de la Salud

El objetivo de este apartado es reflexionar sobre los fundamentos para el diseño de un plan de formación a nivel universitario para psicólogos destinados a actuar en la salud pública/comunitaria.

Durante la presentación de la revisión bibliográfica del presente estudio, realizamos un corte histórico crítico sobre la trayectoria profesional do psicólogo enfocando principalmente su labor tradicional en la clínica y su incorporación a las nuevas demandas de trabajo en salud pública/comunitaria.

Lo pretendido no es presentar un plan de formación conclusivo a ser implementado, ya que tenemos claro que tal plan deberá ser elaborado colectivamente y en un proceso de construcción gradual, de idas y vueltas,

aciertos y errores, hasta que se llegue a una manera más propia y eficaz de la acción de los psicólogos para el campo.

Respetando y reconociendo tales dificultades iniciales, también tomando como referencia unos pocos trabajos que se encaminan en esa dirección, presentaremos algunas líneas generales sobre lo que se debe tener en cuenta para desarrollar una propuesta de trabajo para el psicólogo en este campo.

En primer lugar, **adoptar una posición epistemológica para localizar la psicología de la salud.** La cual deberá ser comprendida como una disciplina autónoma, con campo teórico y práctico definido. Fundada en una perspectiva interdisciplinaria porque recurre a los demás campos de aplicación tanto de la psicología como de las disciplinas afines, para desarrollar sus acciones.

La intervención deberá ser volcada, prioritariamente a la APS. Su filosofía deberá ser la de la superación del discurso mono teórico de los abordajes clínicos para avanzar hacia la formación básica, anclada en los conocimientos de: Psicología general y clínica; salud pública/comunitaria; epidemiología, planificación sanitaria, entre otros. Y especializada: psicología de la salud, antropología de la salud, educación para la salud, sociología de la salud, prácticas en las instituciones de salud, entre otras.

En segundo lugar, la propuesta de trabajo deberá ser liderada por el **compromiso social y ético de la psicología con la sociedad.** Tal compromiso debe estar avalado por los objetivos establecidos por las macro políticas que orientan los modelos de asistencia de salud general y mental.

En tercero lugar, el programa deberá estar enfocado hacia las definiciones de las actividades de los psicólogos en los diversos niveles de salud: nivel primero, segundo y tercero. La formación de estos profesionales deberá estar enfocada a la aplicación de los conocimientos de salud pública/comunitaria a su labor en los servicios públicos de atención a la salud, cuya prioridad deberá ser la APS.

En cuarto lugar organizar un plan de **formación generalista** para los psicólogos. La idea de formación generalista viene siendo difundida por los Colegios Oficiales de Psicología en Brasil (Conselho Federal de Psicologia – CFP -, y respectivos Conselhos Regionais – CRP, y Conselho Nacional de Educação/Câmara de Formação Superior (Brasil, 1995). Tal sugerencia enfoca los planes de formación de profesionales de psicología de manera que se aparta la idea de formar especialistas para, en cambio, formar generalistas. Esta formación académica tiene como principio orientar y distribuir de forma equitativa los contenidos teóricos y las prácticas esenciales para formación general, de modo que se garantice que los alumnos tengan una visión global de todas las áreas de actuación dentro de la psicología.

En quinto lugar, los planes de formación deben favorecer la **familiarización con el lenguaje institucional contenidas en los programas estatales de salud**. Es decir, que el conocimiento, la discusión y la crítica de los programas gubernamentales de salud deben formar parte efectiva de los contenidos curriculares, además de estar permanentemente actualizados. Eso se explica por una razón muy sencilla: para una intervención eficaz es condición 'sine qua non' conocer los principios generales y específicos que van a dirigir la actuación del psicólogo en el campo.

El sexto planteamiento habla del **conocimiento de los problemas epidemiológicos** tanto a nivel nacional como, principalmente, a nivel local. Estos datos darán el soporte adecuado a la intervención, toda vez que partirá de la idea de que el psicólogo es un profesional de salud general, no solamente de salud mental, y, además, aunque esté actuando específicamente en programas de salud mental, deberá partir de una comprensión de salud-enfermedad-cuidado (Lima, 2005), para sustentar su intervención. Así que, habrá que conocer los Programas institucionales existentes, como: de vacunación, de prevención de dolencias sexualmente transmisibles (DST, SIDA), de prevención de la mortalidad infantil, embarazo en la adolescencia, prevención de cataratas, prenatal, Programa de salud de la familia (PSF),

Programas de agentes comunitarios (PACs), Programas de prevención al uso de drogas.

El séptimo planteamiento se refiere, además de tener claros los programas arriba citados, al profundo **conocimiento de las intervenciones en el campo de salud mental**. Para ello se embarcará en las luchas para la superación del modelo de asilos¹⁰, en la organización y producción de la red de los servicios sustitutivos para los enfermos mentales, conforme prevé la Terceira Conferência Nacional de saúde Mental (Brasil, 2001), en Brasil; Plano Nacional de Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007); y del PISMA (2007), en España.

Un octavo planteamiento dice respecto a la **creación e institucionalización en Brasil de la Residencia Interna para psicólogas**, en la que el profesional pueda pasar por todos los servicios públicos dedicados a salud con el objetivo de conocer y poner en práctica el aprendizaje teórico. Tal residencia implicará la formulación de convenios entre las instituciones de salud y las unidades formadoras, de cara a garantizar la supervisión de alumnos en los servicios. Este modelo de residencia ya es practicado en Portugal y en España.

¹⁰ conforme la ley brasileña nº 3.657/89 (Brasil, 1989), los manicomios deberán ser cerrados y en su lugar deberán por en marcha los programas sustitutivos. La nueva propuesta sigue, todavía enfrentando gran resistencia a la superación de las prácticas asilares por parte de los dueños de los manicomios. Tratase de una lucha que imbrica ideologías y poderes económicos que se ponen como resistencia a los avances necesarios al cumplimiento de la ley. De modo que, los poderes económicos siguen buscando mantener el 'status quo', en razón de lo que pueden ganar por los tratamientos tradicionales mantenidos por la permanencia de los enfermos mentales en los hospitales.

5. El abordaje teórico-metodológico

Este trabajo fundado en la antropología aplicada a la salud es un estudio científico, comparativo, de campo, en el cual fueron investigadas tres muestras de tres ciudades, en distintos países: Brasil, Portugal y España.

En la búsqueda de responder a los objetivos establecidos para esta investigación unimos el aporte de la antropología aplicada a la salud a la teoría de las prácticas discursivas (que explicamos más adelante), ya que las dos son compatibles con nuestro objeto de estudio. Todo ello, con la intención de aportar luz al conjunto de datos y proposiciones aquí diseñadas.

Se intenta comparar similitudes y diferencias entre las distintas muestras ya que éstas pueden ser deslindadas a través de una base común de comparación. En esta línea, Malinowski (1967) afirma que el método comparativo debe de ser la base de las generalizaciones, principios teóricos o ley universal, aplicada a cualquier tema investigado.

Radcliff-Brown (1957) argumenta que el método de la ciencia se fundamenta en el análisis por analogía. Es decir, en la identificación de las semejanzas y de las diferencias en una comparación.

Ortiz (2008) explicando el que es el enfoque aplicado de la antropología, argumenta que éste se refiere a la administración de la teoría y los métodos antropológicos para resolver problemas sanitarios: clínicos, de seguimiento de tratamiento, de salud pública, de diseño de políticas sanitarias, de desarrollo de programas, intervenciones, entre otros.

La antropología es esencialmente una ciencia interdisciplinaria con áreas de aplicación específicas y amplias. Nuestro estudio se localiza en la antropología de la salud, definida por Raynaut (2006) como una rama de la antropología social y cultural que estudia los sistemas médicos y las dimensiones culturales de la enfermedad. La antropología aplicada también se dedica o bien auxilia a los estudios sobre los conceptos de salud-enfermedad.

A través de su método comparativo orienta la realización del trabajo de campo con el traslado del investigador hasta la sociedad o el grupo que le interesa estudiar.

Cluade Lévi-Strauss, citado por Loux (1990), explica las tres fases de una investigación antropológica. La primera, la Etnografía se refiere a la permanencia del investigador en el campo para recogida de los datos. La segunda, la Etnología, trata del análisis de los datos y de la valoración de la especificidad cultural y de coherencia interna del material. Y, la tercera, la Antropología se dedica a la investigación de los universales. Que sería, parafraseando Abdelmalek y Gérard (1999), alejarse de las idiosincrasias o particularidades para poder acceder a los agrupamientos de sentidos.

5.1. Aporte cuantitativo y cualitativo

La elección del diseño metodológico de una investigación es un reto, sobre todo cuando se tiene un objeto de estudio complejo, que conjuga discursos, tensiones e intenciones, perspectivas de trabajo, expectativas personales etc. La elección de las técnicas de investigación es, sin duda, una de las etapas más difíciles y, por ello, es indispensable seguir algunos pasos para garantizar que haya coherencia entre las técnicas usadas para la toma y el análisis de los datos; que tales técnicas estén en adecuación con los principios teóricos que fundamentan la investigación, y que todo ese conjunto de técnicas, en su dinámica de utilización, sean actuales y modernas.

Así que, unir tales características en un mismo estudio, implica tener en cuenta la necesidad de articular los fundamentos de la perspectiva multi

metodológica o triangulación (Denzin, 1978; Feyrabend, 1989; Cantor, 2002), en la investigación. Tal perspectiva es utilizada cuando es posible agrupar técnicas cuantitativas y cualitativas, buscando aproximar el conocimiento de los hechos objetivos y subjetivos del objeto de estudio. Conforme afirma Bilella (2008) es posible encontrar diversas denominaciones para este abordaje: eclecticismo metodológico, convergencia metodológica, multimétodos y triangulación.

Así, en el ámbito de este estudio, decidimos por tener una postura contraria al monismo metodológico de Pooper (1957), que propone el uso de un sólo método científico para todas las ciencias teóricas o generalizantes, (hecho que no implica negar las diferencias entre las ciencias de la naturaleza y de la sociedad, pero implica aplicar a todas el mismo concepto de ciencia), y asumir una postura de articulación entre instrumentos cuantitativos y cualitativos.

Alves (2001a) defiende la rotura de la dicotomía entre las metodologías cuantitativas y cualitativas ya que las dos, cuando son sumadas en un estudio, pueden complementar e intercambiar los conocimientos en áreas en que la perspectiva multidisciplinar es necesaria para una mayor comprensión del fenómeno en evidencia.

En esta línea, utilizamos un cuestionario mixto y una entrevista abierta o en profundidad. Usamos también un diario de campo para el registro de las observaciones asistemáticas y de los fenómenos intersubjetivos que estuvieron alrededor de la investigación pero no podían ser capturados por el cuestionario y la entrevista.

La validación del cuestionario fue llevada a cabo mediante prueba piloto en Granada, con psicólogos clínicos de consultas privadas y en la ciudad de Campina Grande, con psicólogos actuantes en el “Plano Nacional de Atendimento Integral à Família” (2007), más conocido por “Programa Casa da

Familia”¹¹. Así, realizamos el pretest en los dos idiomas para chequear las idiosincrasias idiomáticas y terminológicas.

5.2. Descripción de los instrumentos y procedimientos técnicos utilizados en la recogida y análisis de los datos

5.2.1. El cuestionario

El cuestionario es un instrumento de toma de datos oriundo de los abordajes cuantitativos. Según Martín Arribas (2004), el cuestionario junto con las entrevistas es la técnica de toma de datos más utilizada en la investigación, por el hecho de ser menos costosa, permitir alcanzar a un número mayor de participantes y facilitar el análisis. Esta autora define el cuestionario “como un instrumento utilizado para la recogida de información, diseñado para poder cuantificar y universalizar la información y estandarizar el procedimiento de la entrevista. Su finalidad es conseguir la comparabilidad de la información” (p.23).

Para la elaboración del cuestionario seguimos las orientaciones de Martín Arribas (op.cit.) respecto a los pasos que deben ser contemplados para evitar los sesgos y facilitar el análisis. Y, respecto a la forma seguimos las instrucciones de La Escala WHOQOL-100 (2008), propuesta por la OMS y ampliamente utilizada en investigaciones llevadas a cabo en diversos países.

Además de recoger las informaciones cuantitativas quisimos tener también informaciones cualitativas de todas las muestras, ya que la entrevista en profundidad sólo fue aplicada a los psicólogos de Brasil y de Portugal, pertenecientes a los servicios de APS. Así, introdujimos algunas preguntas abiertas al cuestionario que se volvió mixto (Jiménez, Sánchez y Aguilar, (2006). Tal procedimiento tuvo como objetivo complementar los otros datos cualitativos adquiridos mediante las entrevistas.

¹¹ Es un centro de referencia para la atención de grupos familiares vulnerables en función de la pobreza y de otros factores de riesgo y de exclusión social

Atendiendo la cualidad de ser mixto, el cuestionario fue diseñado a partir de veintiséis (26) cuestiones de las cuales diecinueve (19) son cerradas, para dar a conocer los parámetros socio demográficos de las muestras y siete (7) son abiertas. Las últimas versan sobre la formación profesional, la valoración profesional, las poblaciones asistidas por los profesionales y las acciones/intervenciones desarrolladas en los servicios, en los tres niveles de atención de salud. (Véase modelo del cuestionario en el anexo 1).

Hemos desarrollado un sólo cuestionario para las tres muestras: para las de Campina Grande – Brasil y del Concelho de Coimbra – Portugal, una versión en portugués. Para la de la Provincia de Granada – España, una versión en castellano.

Salvo unas pocas excepciones, el cuestionario fue autocumplimentado en presencia de la investigadora.

En la muestra de Campina Grande el cuestionario fue administrado por la investigadora con la ayuda de dos (2) alumnas de la Licenciatura en Psicología del Departamento de Psicología de la ‘Universidade Estadual da Paraíba’. Tales alumnas forman parte del PIBIC ‘Programa de Bolsas de Iniciação científica’. Este programa, a su vez, pertenece al CNPq¹². Las referidas alumnas recibieron un entrenamiento de la investigadora y trabajaron bajo su dirección.

A las muestras de la Provincia de Granada y del Concelho de Coimbra, el cuestionario fue administrado únicamente por la investigadora.

El cuestionario ha sido administrado a todos los sujetos participantes de las tres muestras, mediante la utilización de la misma lógica en la aplicación: primero una breve charla explicativa de la investigación y sus objetivos, la recogida de la firma del consentimiento libre y esclarecido, y a continuación la

¹² ‘Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico’. Subsidia el Ministerio de la Educación y Cultura en la formulación de las políticas de postgrado y financia investigaciones en los niveles de grado y de postgrado <http://www.cnpq.br/>

presentación del cuestionario seguido de las explicaciones pertinentes a su relleno. Algunos psicólogos solicitaron entregárselo en otro día ya que no disponían de tiempo para rellenarlo en aquel momento. La solicitud fue aceptada. En seguida, quedamos un día y una hora convenientes al participante.

5.2.2. La entrevista abierta o en profundidad

Considerando la complejidad de este estudio que reúne tres muestras en países distintos, el uso de la entrevista se suma a los demás instrumentos de forma combinada, para ampliar la comprensión del fenómeno estudiado.

Optamos por el uso de las entrevistas abiertas o en profundidad¹³ porque a través de ellas se puede profundizar en el conocimiento de las prácticas de los psicólogos, ampliar la comprensión de las informaciones más subjetivas y garantizar el carácter cualitativo de la investigación.

La utilización de este instrumento requiere la observación de los aspectos sociales y psicológicos de entrevistados y entrevistador, de modo que garantice el mejor encaminamiento e interpretación de las informaciones. Exige también una escucha de calidad, que consiste en una escucha en dos planos. El primero, basado en el discurso del entrevistado, destaca las posibles inferencias relativas a las diferencias de vocabulario, status social, relaciones de poder, motivaciones políticas, interés por el tema investigado etc. El segundo, centrado en los objetivos de la investigación, focaliza las cuestiones más estructurales del proyecto. O sea, enfoca la atención sobre las ideas centrales que regulan la dirección de la entrevista y la pertinencia al tema estudiado.

De La Cruz et al. (2002) argumentó que “las entrevistas abiertas (o en profundidad) son, sin duda, una técnica adecuada para conocer los puntos de vista de los actores, sobre todo porque posibilitan grabar el habla y, por

¹³ La taxonomía de las entrevista es diversa. Véase para más informaciones Alves, 2002.

consiguiente, un análisis pormenorizado de estos puntos de vista sin tener que depender de la memoria del investigador para retener con exactitud las palabras dichas. No obstante, el uso de las entrevistas abiertas debe hacerse teniendo presentes ciertas consideraciones” (p.106). Según esta autora la entrevista abierta es apropiada para estudiar discursos en torno a un tema, pero no tanto las conductas y los acontecimientos a los que los discursos se refieren. Expresado de otra manera, son más idóneas para investigar “hechos subjetivos” que “hechos objetivos”. Por esta razón, utilizamos en este estudio la combinación de la entrevista con el cuestionario. Buscando, en la unión de los dos instrumentos, acercarnos a los temas objetivos y subjetivos de la práctica profesional de los actores investigados.

En la entrevista abierta, aún con De la Cruz et al., la descripción está mediada por la memoria, los intereses, los valores, los presupuestos de los entrevistados y no del investigador. “El investigador no puede olvidar que los discursos son interpretaciones correspondientes a personas que ocupan posiciones sociales, y que son producidos en contextos estructurales e interaccionales específicos; todo lo cual deja su huella no sólo en las perspectivas desde las cuales hablan, sino asimismo en el tipo de información que pueden dar, ya que – por ejemplo – esas posiciones condicionan lo que logran saber y de qué manera (de primera mano, de oídas...), de la misma forma que los contextos influyen en lo que se dice y no se dice” (p. 106/107).

De acuerdo con Chizzotti (1998) la entrevista en profundidad constituye un valioso instrumento de toma de datos porque considera al informante competente para expresar con claridad sus experiencias y comunicar las representaciones y análisis decurrentes de estas; conceder informaciones más fieles; “manifestar en sus acciones el significado que tienen en el contexto en el cual se realizan, revelando tanto la singularidad como la historicidad de los actos, concepciones e ideas” (p. 93).

Las entrevistas fueron aplicadas sólo a los psicólogos actuantes en APS de la ciudad de Campina Grande, Brasil y del Concelho de Coimbra, Portugal. A estos psicólogos añadimos las informaciones sobre la administración de la

entrevista y después de seguir los pasos descritos más arriba en cuanto a aplicación del cuestionario, la iniciamos.

Las entrevistas fueron grabadas en MP3 y transcritas íntegramente. La administración de las entrevistas, dada la importancia y el grado de dificultad que exige la técnica, fue realizada exclusivamente por la investigadora. Los sujetos fueron entrevistados en sus locales de trabajo, inmediatamente después de terminar de rellenar el cuestionario. No presentamos un tema generador para iniciar los discursos. La propia dinámica del proceso fue utilizado como hilo generador de éstos. Por eso, empezaron siempre de manera diferente una de la otra, y su inicio dependió del tema con el cual se cerraba el cuestionario.

El tiempo de duración de las entrevistas varió entre los once (11) minutos hasta treinta y cinco (35) minutos. Y para su finalización nos guiamos por el criterio de saturación definido por Sá (1998), Turato (2003), Bauer y Gaskell (2002) que explican que tal criterio es utilizado en la construcción de un corpus utilizado para seleccionar entrevistados o textos. Auxilia a delimitar el número de participantes o bien el tiempo de duración de una entrevista. Posibilita al investigador interrumpir la entrevista cuando está claro que esfuerzos adicionales no irán aportar ninguna novedad/variedad al corpus a ser analizado.

5.2.3. Diario de campo

El diario de campo es un instrumento destinado al registro sistemático de los datos. De la Cruz et al. (2002) lo define como (...) “un lugar para describir sobre la conducta y los sentimientos que el etnógrafo experimenta durante el proceso de la investigación” (...) (p. 112). “El diario de campo, por tanto, se presenta como un instrumento de registro en el que se puede combinar diversos tipos de información, siempre y cuando se diferencie adecuadamente entre la naturaleza de cada uno de ellos, ya sea situándolos en distintos apartados del diario o mediante el uso de indicadores lingüísticos que lo dejen claro” (p. 112).

Alves (2001b) lo definió como un accesorio de investigación que auxilia a mantener viva la memoria de los hechos, ya que su lectura en cualquier fase posterior a la toma de datos permite vislumbrar la diversidad de los fenómenos ocurridos entre los participantes, el objeto de estudio y el campo fenomenológico en el cual sucedió el proceso de la investigación. Es, por tanto, un registro general de todo lo que dice respecto al conjunto de instrumentos en uso, y también, de todo lo que ocurre en el campo intersubjetivo de la investigación.

El diario de campo es definido por Sampaio (1998) como un instrumento de investigación. En nuestra experiencia en campo, percibimos con su utilización que la principal función es proporcionar la articulación de las técnicas y procedimientos utilizados en la investigación.

Lo registramos a través de grabación en mp3, inmediatamente después de cada sesión de trabajo, y lo transcribimos en seguida. Tal procedimiento permitió registrar las experiencias del investigador acerca de las dudas generadas, tanto a nivel teórico, como en relación a los procedimientos. El diario también fue útil en la etapa final de la investigación, durante la lectura e interpretación de los resultados.

5.2.4. Tratamiento de los datos.

El cuestionario fue analizado mediante el uso de dos técnicas, una cuantitativa para las preguntas cerradas y otra cualitativa, para las abiertas.

Para el análisis de las cuestiones cerradas utilizamos el programa estadístico SPSS versión 14. Y los resultados fueron interpretados según la estadística descriptiva y demostrados a través de tablas y cuadros.

Para el análisis de las cuestiones abiertas utilizamos la técnica “análisis de la enunciación”, basada en Bardin, (1977). Esta técnica pertenece al dominio del análisis del contenido, y tiene como característica principal, aproximar lo que es dicho a través del discurso libre y su significado. Para Bardin esa

técnica constituye un instrumento para el análisis de las comunicaciones y es caracterizada por el estudio de cada discurso como una producción organizada y singular. Se trata de un estudio de casos donde la dinámica de cada producción es analizada y los distintos indicadores se adaptan a la irreductibilidad de cada actor.

Para dar visibilidad al proceso de interpretación y garantizar el rigor del análisis, utilizamos dos técnicas originarias de las Prácticas Discursivas propuestas por Spink y Lima (1999): el árbol de asociación de sentidos y los mapas de asociación de ideas.

“Los árboles de asociación constituyen más un recurso para entender cómo un determinado argumento es construido en el afán de producir sentido en un contexto dialógico. Permiten visualizar el flujo de las asociaciones de las ideas inaugurado por la pregunta del entrevistador y encerrado con sus síntesis, con las afirmaciones conclusivas del entrevistado o aún con la formulación de una nueva pregunta. Posibilitan entender las singularidades de la producción de sentidos, ligadas tanto a la historia de cada uno como a la dialéctica intrínseca del proceso de entrevista” (Spink y Lima, 1999, pp. 114-115).

Los mapas de asociación de ideas sirven según Spink y Lima (op. cit.) “para sistematizar el proceso de análisis de las prácticas discursivas en la búsqueda de los aspectos formales de la construcción lingüística, de los repertorios utilizados en esta construcción, y de la dialéctica implícita en la producción de sentidos” (p.107).

Tanto los árboles como los mapas, cada uno en su función específica (el primero actúa en lo semántico y el segundo, en lo lingüístico), proveen los subsidios para los análisis y también para la demostración de los resultados. Ya que una buena interpretación de los datos no es suficiente si su demostración no atiende al criterio de claridad, necesario al proceso de comprensión del todo.

La interpretación según el criterio de las prácticas discursivas es concebida como un proceso de producción de sentidos. El sentido es el medio y el fin de la tarea de investigación.

El enfoque de las prácticas discursivas y producción de sentidos es un instrumento muy útil para dar visibilidad al análisis de los discursos, ya que establece como base para el análisis una articulación entre la historia, la Antropología, la Psicología Social y las teorías de lenguaje.

La construcción de los mapas se inició por las definiciones de las categorías generales de orden temáticas que reflejan los objetivos de la investigación. Organizamos los contenidos a partir de las categorías, pero preservando la secuencia de las charlas (hablas), para evitar descontextualizar los contenidos e identificar los procesos de interanimación dialógica, a partir de la esquematización del discurso como un todo. Así, el diálogo fue mantenido sin fragmentación, apenas los contenidos fueron desplazados para las columnas previamente definidas en función de la lógica discursiva de la categoría.

Los pasos del análisis (interpretación) del cuestionario

- creación del banco de datos a partir del registro de todos los datos relativos a las cuestiones cerradas de los cuestionarios, en el Programa estadístico SPSS, versión 14;
- lectura de las cuestiones abiertas;
- escansión exhaustiva de los sentidos de los discursos;
- registro íntegro de los sentidos en diferentes apartados;
- categorización de los sentidos;
- elaboración de un árbol de asociación para cada categoría. Tales árboles reflejan las síntesis de los discursos en cada categoría.

Hechos los árboles y los mapas, ha sido posible hacer los análisis y llegar a las categorías finales, que están demostradas en el cuerpo del trabajo.

Para el análisis de las entrevistas recurrimos también a la “Produção de sentidos no cotidiano”, como abordaje teórico-metodológico, para los análisis de las prácticas discursivas (Spink y Medrado, 1999). Éstos autores definen las prácticas discursivas como “lenguaje en acción, o sea, como modos a partir de los cuales las personas producen sentidos y se posicionan en las relaciones sociales cotidianas. Las prácticas discursivas tienen como elementos constitutivos: la dinámica, o sea, los enunciados orientados por las voces; las formas, que son los speech genres (géneros de habla); y los contenidos, que son los repertorios interpretativos” (p.45). Estos autores definieron los repertorios interpretativos como componentes fundamentales para el estudio de las prácticas discursivas, ya que por su intermedio podemos entender tanto la estabilidad como la dinámica y variabilidad de las producciones lingüísticas humanas.

En este abordaje el lenguaje verbal es central. Sin embargo, los autores consideran también relevante lo no verbal, como las expresiones faciales, gestos, posturas, silencios etc., en la dinámica de las prácticas discursivas.

Este enfoque pautado en el contexto del sentido, es un emprendimiento socio-histórico lo que exige un esfuerzo trans-disciplinario de acercamiento al contexto cultural y social en que se inscribe un determinado fenómeno social.

Para dar visibilidad a los análisis de las entrevistas en profundidad elegimos utilizar los árboles de asociación de sentidos, ya explicados en el apartado anterior.

Los pasos para los análisis de las entrevistas fueron:

a – Análisis vertical:

- lectura exhaustiva de cada entrevista, considerada como un discurso particular;
- escansión del texto a partir de los sentidos semánticos;
- realización de un árbol para cada entrevista. Aquí se ha considerado el resumen de cada discurso particular.

b – Análisis horizontal

- lectura exhaustiva de cada árbol;
- registro de los discursos/sentidos recurrentes de los árboles;
- categorización de los discursos a partir de los discursos recurrentes;
- elaboración de nuevos árboles correspondientes a las categorías de análisis, formadas a partir de los discursos recurrentes de cada árbol particular.

5.3. Sujetos de la investigación: Localizando los actores de las muestras y criterios de inclusión

La definición del número de participantes y del criterio de inclusión al estudio fue decidido inicialmente para atender a uno de los objetivos del proyecto, que era, estudiar y comparar las intervenciones de psicólogos de APS, actuantes en Campina Grande y en Granada. Por la razón de no existir psicólogos en la APS de Granada, hemos decidido ampliar el estudio de modo que se incorporaran los demás psicólogos actuantes en los tres niveles de atención de salud.

Como consecuencia de la reestructuración del proyecto y de la decisión de la investigadora de realizar el Doctorado Europeo, elegimos ampliar aun más la muestra, con la inclusión de una categoría de psicólogos perteneciente a otro país de Europa. En este caso, Portugal. La elección de Portugal fue en primer lugar, porque allí había psicólogos en APS, con lo cual podíamos hacer unas comparaciones entre los profesionales de APS entre Brasil y Portugal, y, en segundo lugar, podríamos ampliar aún más la muestra para todos los niveles de atención.

Como único criterio de inclusión al muestreo establecemos que el psicólogo debería actuar oficialmente en la sanidad pública, en cualquier nivel de atención de la salud, de la ciudad de Campina Grande, Brasil; de la Provincia de Granada, y del Concelho de Coimbra, Portugal. Para consultar los

detalles acerca de centros investigados y tamaño de las muestras, véase en los anexos los cuadros: 7.2.3, 7.2.4 y 7.2.5.

5.3.1. Muestra de la ciudad de Campina Grande - Brasil

La muestra de Campina Grande fue compuesta por todos psicólogos actuantes en los tres niveles de atención de salud, de los servicios públicos de salud (n=51).

Para localizar estos profesionales acudimos a la Consejería Municipal de Salud del ayuntamiento de la ciudad de Campina Grande – Paraíba.

Para acceder a éstos fue necesario tener una autorización del Ministerio de Salud de Brasil. Para conseguirla tuvimos de registrar el proyecto de tesis, traducido al portugués y esperar el consentimiento del Comité de Ética. Una vez con la autorización, nos dirigimos a cada jefe de los centros de salud, CAPS y hospitales, donde estaban los psicólogos, para pedirles cita con los mismos.

Aparte de los tiempos perdidos en los trámites burocráticos, no tuvimos ninguna dificultad en el contacto con los profesionales. Todos han colaborado, de buena gana, con la investigación.

5.3.2. Muestra de la Provincia de Granada

La muestra de Granada fue compuesta por 23 de los 26 psicólogos existentes en aquel momento en la Provincia (n=23).

En el caso de Granada tuvimos algunas dificultades para acceder a los actores. Por esta razón, han sido necesarias algunas gestiones:

Realización de una consulta en la página Web del Colegio Oficial de psicólogos de Andalucía Oriental (2006), cuya finalidad fue buscar

informaciones sobre cómo localizar a los psicólogos que trabajaban en salud pública en la ciudad de Granada.

La consulta nos ha permitido acceder a los listados de psicólogos registrados en el Colegio, y a sus respectivas direcciones electrónicas. A partir de ahí, hemos enviado un correo electrónico a todos, presentando el proyecto de investigación y solicitando el apoyo y la participación en él. Solamente unos pocos han contestado al correo, manifestándose de acuerdo en participar en el proyecto.

También enviamos un correo electrónico al Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental solicitando también el apoyo al proyecto y cita para obtención de más informaciones sobre cómo acceder a la muestra. El dato más importante en ese momento era saber cuántos eran los psicólogos clínicos en actuación en la sanidad pública de la Provincia de Granada.

La directora del referido Colegio ha contestado por teléfono para informar que no tenía las informaciones solicitadas. Sugirió que contactáramos con la Delegación de Salud de la Junta de Andalucía, para la obtención de tales informaciones.

Todo este camino, que duró algunos meses, ha sido importante para el reconocimiento del campo, pero de nada ha servido para contactar con los participantes del muestreo.

Lo efectivo para contactar con la muestra ha sido la intervención de unas amigas, ya que a estas alturas, la investigadora ya tenía una red de conocimientos con personas ligadas a la salud pública de la ciudad. Este procedimiento es reconocido desde el punto de vista metodológico como “información en cadena” (Alves, 2001b). Es decir que el investigador charlando informalmente sobre la investigación descubre a uno de su medio que conoce a otro, que tiene el perfil compatible con lo que es establecido para la participación en la investigación. A través del primer contacto, hecho con una enfermera que trabajaba en salud mental y que conocía a todos los psicólogos

de la Red, hemos podido adentrarnos en el campo y empezar los primeros contactos con los participantes.

A partir de entonces la información en cadena se procesó con fluidez, ya que los psicólogos contactaban con sus colegas para hablarles de la investigación e, incluso, pedirles el apoyo y la participación. De ahí, todo fue volviéndose fácil y el proceso siguió hasta que toda la muestra fue contactada y entrevistada.

Así que, en este caso todos los intentos de acceder a los actores antes de que alguien se presentase como referencia, fueron inútiles. Sólo después del primer contacto hecho por la persona de referencia es que las citas para las sesiones de trabajo fueron acordadas. Y todos los contactos hechos a continuación siguieron la misma lógica.

5.3.3 Muestra del Concelho de Coimbra – Portugal

La muestra de Coimbra fue compuesta por treinta y tres (33) de los treinta y cinco (35) psicólogos existentes en el Concelho de Coimbra, en el momento de la recogida de datos (n=33). De los dos que no participaron, uno estaba de baja laboral y el otro de vacaciones.

La trayectoria para encontrar los psicólogos en Coimbra fue relativamente costosa. Pero por la razón de haber sido el último país de toma de datos, las experiencias anteriores fueron muy útiles para facilitar las iniciativas.

Todo el contacto fue realizado por vía institucional, a través del Departamento de Antropología de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Coimbra. En Coimbra la investigadora no tenía ninguna referencia personal, tampoco contacto profesional con los psicólogos. Toda la información fue obtenida por Intermedio de la profesora que coordinaba la parte del proyecto, en Portugal.

Los primeros contactos fueron realizados por teléfono y por fax con el objetivo de pedir cita a los jefes de los centros de salud y hospitales para solicitar la autorización y realizar la recogida de datos. En seguida, la investigadora fue personalmente a todos los centros y hospitales con la documentación exigida en cada sector.

Las autorizaciones en Coimbra fueron concedidas por los jefes de los sectores clínicos de cada centro u hospital, tras el examen sobre la idoneidad del los objetivos e instrumentos de investigación.

Después de conseguidas las autorizaciones tampoco tuvimos problemas para acceder a los profesionales.

6. Resultados cuantitativos de las tres muestras: ciudad de Campina Grande, Brasil; Provincia de Granada, España y Concelho de Coimbra, Portugal

Este capítulo se dedica a mostrar y explicar los resultados obtenidos a través de los cuestionarios en lo que se refiere a los datos cuantitativos relativos a las tres muestras, en los tres niveles de asistencia de salud. La cantidad de datos obtenidos a través de los instrumentos utilizados es muy larga, por lo que hemos seleccionado los ítems más significativos respecto a la formulación de los objetivos, para hacer su análisis y discusión.

6.1. Parámetros socio demográficos de las muestras

La tabla 6.1, p. 115, nos muestra que en los tres países investigados los psicólogos que están en la sanidad pública son mayoritariamente mujeres (83,17%). En Brasil ha sido donde encontramos la mayor tasa (96,1%) de mujeres. Dimenstein (1998b) hace referencia al predominio de mujeres en la profesión de psicólogos. Afirma que la Psicología fue quedándose marcada como una profesión de mujeres hecho que influye sobre la repercusión de su valor social y de los espacios ocupados en el mercado de trabajo.

La edad media es 42,31 años y se encuentra en Brasil el colectivo de menor media de edad 39,23 años.

El estado civil predominante es casada/o (49,53 %). En España es donde figura el mayor colectivo de casadas/os (69,6%). Sin embargo, se encuentra en Portugal las mayores tasas de viudas/os (28,1%), solteras/os (28,1%) y separadas/os (18,8%). Mediante aplicación del test de Chi-Cuadrado ($\chi^2 = 24,495$; $P = 0,0004$) verificamos que en Portugal (Coimbra) hay menos

casados y muchos más viudos de lo que es de esperar (hay 9 viudos frente a 1 y 0 respectivamente en Brasil y España).

Tabla 6.1. Perfil socio demográfico de las muestras - octubre de 2007 a diciembre de 2008

	SEXO		EDAD MEDIA	ESTADO CIVIL				Total
	n	%		n	%	n	%	
	FEMEN	MASC	ANOS	CASADO	VIUDO	SOLTERO	SEPARADO	
Brasil	49 96,1%	2 3,9 %	39,23	29 56,9%	1 2,0 %	14 27,5 %	7 13,7%	51 100%
España	14 60,9%	9 39,1%	44,17	16 69,6%	0 0,0 %	5 21,7 %	2 8,7 %	23 10 %
Portugal	26 78,8%	7 21,2%	43,54	8 25,0 %	9 28,1%	9 28,1 %	6 18,8%	33 100%
Total	8 83,17%	18 16,82%	42,31	53 49,53%	10 9,34%	28 26,16 %	15 4,01%	n=107

En la tabla 6.2 cruzamos las informaciones sobre la realización de Post-Grado. El resultado del test Chi-Cuadrado es significativo ($P= 0,018$) concluyendo que los psicólogos de Brasil son los que más han realizado tales cursos (82,4%), seguidamente viene Portugal (69,7%) y, por fin viene España (50,0%) donde la realización de post-grado está por debajo de lo esperado. No nos fue posible precisar la información respecto al nivel del Post Grado (Experto, Master o Doctorado) ya que el cuestionario ha sido auto rellenado de modo que unos han informado acerca del nivel de la formación realizada y otros no. Sin embargo, es posible afirmar que hay una mayor concentración en la realización de Expertos, seguido por los masteres y por último, con poquísimos casos, doctorados.

Tabla 6.2. Lugar y Realización de Postgrado

Tabla de contingencia

			Realización		Total
			Sí	No	
Lugar	Brasil	Recuento	42	9	51
		% de Lugar	82,4%	17,6%	100,0%
		% de Realización	55,3%	30,0%	48,1%
		Residuos corregidos	2,3	-2,3	
	Portugal	Recuento	23	10	33
		% de Lugar	69,7%	30,3%	100,0%
		% de Realización	30,3%	33,3%	31,1%
		Residuos corregidos	-,3	,3	
	España	Recuento	11	11	22
		% de Lugar	50,0%	50,0%	100,0%
		% de Realización	14,5%	36,7%	20,8%
		Residuos corregidos	-2,5	2,5	
Total	Recuento	76	30	106	
	% de Lugar	71,7%	28,3%	100,0%	
	% de Realización	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,023(a)	2	,018
Razón de verosimilitudes	7,790	2	,020
Asociación lineal por lineal	7,817	1	,005
N de casos válidos	106		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,23.

La tabla 6.3 nos habla sobre el área en la cual se realizó la formación. En este caso, el país que presentó mayor concentración de cursos en Psicología ha sido Portugal (91,3%), seguido por España (81,8%), y por último Brasil (68,3%), aunque el resultado del test no llega a dar significativo ($P= 0,10$).

Lo bueno de esta alta frecuencia de profesionales interesados en la adquisición de nuevos conocimientos es que puede indicar una preocupación por el avance hacia nuevos aportes teóricos y técnicos de la psicología. Lo malo está en que los cursos realizados están concentrados en el área de la psicología clínica. Sobre todo en las muestras de Portugal y España. En Brasil hemos encontrado entre los más jóvenes, tanto en términos de edad como de tiempo en el servicio, más preocupación con la realización de cursos en el área de la Salud Pública/Comunitaria. Lo que esperamos se refleje, en un futuro cercano, en unas acciones más apropiadas al servicio de Salud Pública.

Si comparamos tal panorama con los discursos de los psicólogos que están en APS inferimos que se trata de una incoherencia con las críticas de éstos profesionales respecto a su formación académica. O sea, si reclaman que su formación universitaria fue débil en cuanto a la preparación para sus actuaciones en la salud pública/comunitaria, sobre todo cuando fue llevada a cabo en APS, entonces ¿por qué insisten en la realización de cursos de post grado en psicología clínica?

Creemos que habrían de invertir justamente en lo que tienen más problemático, que es la falta de preparación para la actuación en la sanidad pública (en el capítulo 4 encontramos más comentarios sobre esta contradicción).

Tabla 6.3. Lugar y Área de realización postgrado

Tabla de contingencia

			Área		Total
			Psicología	Otras	
Lugar	Brasil	Recuento	28	13	41
		% de Lugar	68,3%	31,7%	100,0%
		% de Área	48,3%	76,5%	54,7%
		Residuos corregidos	-2,1	2,1	
	Portugal	Recuento	21	2	23
		% de Lugar	91,3%	8,7%	100,0%
		% de Área	36,2%	11,8%	30,7%
		Residuos corregidos	1,9	-1,9	
	España	Recuento	9	2	11
		% de Lugar	81,8%	18,2%	100,0%
		% de Área	15,5%	11,8%	14,7%
		Residuos corregidos	,4	-,4	
Total	Recuento	58	17	75	
	% de Lugar	77,3%	22,7%	100,0%	
	% de Área	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,599(a)	2	,100
Razón de verosimilitudes	5,041	2	,080
Asociación lineal por lineal	2,482	1	,115
N de casos válidos	75		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,49.

A continuación pasamos a comentar los resultados en cuanto a las medias de las variables tiempo de trabajo, carga horaria semanal, y sueldos cobrados mensualmente, que figuran en la Tabla 6.4.

Tabla 6.4 Tiempo de trabajo, carga horaria semanal y sueldo en Brasil, Portugal y España - octubre de 2007 / diciembre de 2008

Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						L. Inf. Sup.	L.		
Tiempo trabajo	Brasil	51	4,67	5,402	,756	3,15	6,19	1	27
	Portugal	31	13,79	8,946	1,607	10,51	17,07	1	26
	España	23	15,51	7,157	1,492	12,42	18,61	1	24
	Total	105	9,74	8,535	,833	8,09	11,39	1	27
Carga horaria	Brasil	51	29,06	9,586	1,342	26,36	31,76	12	48
	Portugal	33	35,70	1,649	,287	35,11	36,28	35	40
	España	22	35,41	1,182	,252	34,89	35,93	35	40
	Total	106	32,44	7,457	,724	31,01	33,88	12	48
Sueldo	Brasil reales	50	1021,10	479,872	67,864	884,72	1157,48	250	2500
	Portugal	28	1452,75	305,908	57,811	1334,13	1571,37	1145	2550
	España	21	2295,14	360,712	78,714	2130,95	2459,34	1658	3500
	Total	99	1413,43	642,680	64,592	1285,25	1541,61	250	3500
Gana Hora	Brasil reales	50	9,0683	3,41595	,48309	8,0975	10,0391	3,17	20,42
	Portugal	28	10,2213	2,25906	,42692	9,3453	11,0973	7,16	18,21
	España	21	16,2671	2,67388	,58349	15,0500	17,4843	11,84	25,00
	Total	99	10,9214	4,08842	,41090	10,1060	11,7368	3,17	25,00

Las variables tiempo de trabajo y carga horaria semanal entre España (15,51 años, y 35,41 horas semanales, respectivamente) y Portugal (13,79 años, y 35,70 horas semanales, respectivamente) son muy similares. Pero en términos de lo que cobran hay una gran disparidad. Los psicólogos españoles ganan 2.295,14 €/mes, de media. Los portugueses para desempeñar lo mismo en una misma cantidad de horas ganan 1.452,75€/mes, de media. O sea, 842,39 €/mes menos. Es un dato relevante ya que el coste de vida entre los dos países está muy cercano.

Hecho que confirma los discursos de psicólogos portugueses sobre la existencia de una crisis en el sector de la sanidad pública, de aquel país (sobre eso véase el capítulo 7).

Respecto a Brasil la situación es bastante diferente. La tabla 6.4, indica una baja media en términos de tiempo de trabajo (4,67 años), y una carga horaria semanal también menor (29,06 h/semanales), todo ello en comparación a las dos otras muestras. Eso no sería importante si hubiese compatibilidad con el cobro del sueldo. Los brasileños ganan en media 1.021,10 reales/mes. Pero hay que informar que cada real vale 0,36 céntimos de euro. O sea, un tercio de euro.

Para comprender y tener un parámetro en términos más concretos hicimos una tabla 6.5 en la cual buscamos el valor de cada hora trabajada en euros, en las tres muestras. Los resultados son chocantes ya que los psicólogos de Brasil ganan diez veces menos que los de Portugal y dieciséis menos que los de España. Ahora bien, el conocimiento que tenemos de las realidades de cada país investigado, nos permite afirmar que la calidad de vida de los psicólogos brasileños no está muy por debajo de la de los portugueses y españoles. Eso quizás se explique por las diferencias entre los costes de vida entre Brasil y los otros dos países. O bien porque en Brasil los psicólogos tienen más de un empleo lo que les garantiza un incremento en sus sueldos. Cien por cien de los entrevistados tenían en aquella ocasión uno y hasta dos empleos más, con lo cual se podría doblar o hasta triplicar el sueldo.

Tabla 6.5 Valor de la hora trabajada en Euros en Brasil, Portugal y España

Descriptivos gana euros

	n	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					L. Inf.	L. Sup.		
Brasil	50	1,2469	,46969	,06642	1,1134	1,3804	,44	2,81
Portugal	28	10,2213	2,25906	,42692	9,3453	11,0973	7,16	18,21
España	21	16,2671	2,67388	,58349	15,0500	17,4843	11,84	25,00
Total	99	6,9712	6,42099	,64533	5,6906	8,2519	,44	25,00

Pasamos a hablar de la satisfacción de los profesionales en relación a los sueldos cobrados. Los resultados demostrados en la tabla 6.6 reflejan la relación entre sueldos cobrados y calidad de vida personal y familiar, desde la perspectiva de los profesionales. Esta tabla nos confirma los datos descritos en la categoría anterior. El test Chi-cuadrado nos da un resultado altamente significativo: ($P < 0,001$). Los españoles han sido los que indican mayor grado de satisfacción con lo que ganan. Los demás psicólogos no han marcado la opción Muy satisfecho.

Los españoles siguen en la delantera en cuanto al ítem satisfecho, 60,9% en contra de Portugal con un 30,3% y de Brasil con un 13,7%. Por ende, los españoles están dos veces más satisfechos que los portugueses y casi cinco veces más satisfechos que los brasileños.

TABLA 6.6 Tabla de contingencia Lugar * Calidad de vida

		Calidad vida						Total	
		Sin opinión	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho		
Lugar	Brasil	Recuento	5	15	24	0	7	0	51
		% de Lugar	9,8%	29,4%	47,1%	,0%	13,7%	,0%	100,0%
		% de Calidad de vida	100,0%	71,4%	58,5%	,0%	22,6%	,0%	47,7%
		Residuos corregidos	2,4	2,4	1,8	-2,6	-3,3	-1,4	
	Portugal	Recuento	0	5	16	2	10	0	33
		% de Lugar	,0%	15,2%	48,5%	6,1%	30,3%	,0%	100,0%
		% de Calidad de vida	,0%	23,8%	39,0%	28,6%	32,3%	,0%	30,8%
		Residuos corregidos	-1,5	-,8	1,4	-,1	,2	-1,0	
	España	Recuento	0	1	1	5	14	2	23
% de Lugar		,0%	4,3%	4,3%	21,7%	60,9%	8,7%	100,0%	
% de Calidad de vida		,0%	4,8%	2,4%	71,4%	45,2%	100,0%	21,5%	
	Residuos corregidos	-1,2	-2,1	-3,8	3,3	3,8	2,7		
Total	Recuento	5	21	41	7	31	2	107	
	% de Lugar	4,7%	19,6%	38,3%	6,5%	29,0%	1,9%	100,0%	
	% de Calidad de vida	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	50,846(a)	10	,000
Razón de verosimilitudes	56,064	10	,000
Asociación lineal por lineal	33,867	1	,000
N de casos válidos	107		

En la tabla 6.7 acerca de la relación satisfacción con el que hace en su trabajo las respuestas NO son homogéneas (Test Chi-Cuadrado $P < 0,001$). En España se da mayor frecuencia de “regularmente satisfecho” de lo esperado. La mayoría de respuestas están concentradas sobre la categoría “estoy satisfecho con lo que hago”, respectivamente tenemos: Brasil 62,0%, Portugal 54,5% y España 52,2%.

Tabla 6.7 Lugar * Satisfacción con el trabajo

		Satisfacción en el trabajo						Total
		Sin opinión	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho	
Brasil	Recuento	1	0	2	0	31	16	50
	% de Lugar	2,0%	1,0%	4,0%	,0%	62,0%	32,0%	100,0%
	% de Satisfacción trabajo	100,0%	,0%	40,0%	,0%	50,8%	53,3%	47,2%
Lugar Portugal	Residuos corregidos	1,1	-1,3	-,3	-2,6	,9	,8	
	Recuento	0	2	3	0	18	10	33
	% de Lugar	,0%	6,1%	9,1%	,0%	54,5%	30,3%	100,0%
España	% de Satisfacción trabajo	,0%	100,0%	60,0%	,0%	29,5%	33,3%	31,1%
	Residuos corregidos	-,7	2,1	1,4	-1,8	-,4	,3	
	Recuento	0	0	0	7	12	4	23
Total	% de Lugar	,0%	,0%	,0%	30,4%	52,2%	17,4%	100,0%
	% de Satisfacción trabajo	,0%	,0%	,0%	100,0%	19,7%	13,3%	21,7%
	Residuos corregidos	-,5	-,8	-1,2	5,2	-,6	-1,3	
Total	Recuento	1	2	5	7	61	30	106
	% de Lugar	,9%	1,9%	4,7%	6,6%	57,5%	28,3%	100,0%
	% de Satisfacción trabajo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,878(a)	10	,000
Razón de verosimilitudes	32,579	10	,000
Asociación lineal por lineal	1,830	1	,176
N de casos válidos	106		

Si sumamos los ítems satisfecho con muy satisfecho tendremos para Brasil un percentil de 94% de satisfacción con el trabajo, un 84,8% para Portugal y un 69,6% para España. Los datos nos muestran una relación inversa entre los países respecto a las dos variables: satisfacción con el sueldo y satisfacción con lo que desempeña en el trabajo. Así, concluimos que son los españoles los más satisfechos con sus sueldos, lo que se refleja en su calidad de vida, pero, a la vez son los más insatisfechos con lo que realizan en su labor cotidiana.

Por otra parte, son los brasileños los menos satisfechos con sus sueldos, al mismo tiempo, los más satisfechos con sus haceres cotidianos. Quizás se pueda explicarlo por las muchas y recientes contrataciones de psicólogos, incluso sin oposición (véanse los capítulos 7 y 8, para más informaciones). Hecho que, desde nuestra perspectiva, puede ser interpretado como la necesidad de enseñar la pericia y la idoneidad respecto al desempeño de su labor, una vez que muchos no tienen segura su plaza.

La toma de datos y el registro de los mismos en diario de campo nos ha permitido ver que las condiciones generales para el buen desempeño de las actividades de estos profesionales no son nada apropiadas. Desde las condiciones físicas de las consultas y ambiente de trabajo hasta la falta de comunicación entre los profesionales, tema ya comentado también en otro apartado de este trabajo.

La tabla 6.8 que muestran las unidades de salud donde se encuentran los psicólogos nos dice que, respecto a la APS, el Brasil (N=15, 29,4%) está

por delante de Portugal (N=2, 6,1%) y de España (N=0) (Test Chi-Cuadrado P= 0,001). Los datos muestran también que en números absolutos Brasil sigue en ventaja. Sin embargo, si relacionamos estos datos con los números presentados en el cuadro 7.2.2, capítulo 7, sobre la relación número de psicólogos por habitante veremos que Brasil pierde la ventaja que tenía sobre Portugal (1 psicólogo para cada 4.242), y se cae al segundo lugar con un psicólogo para cada 7.275 habitantes.

El caso más grave es el de España ya que no tiene ningún psicólogo en APS y el cuantitativo de habitantes para cada psicólogo es 32.862.

Para afrontar y contrarrestar tal situación urge una modificación en las políticas de sanidad públicas en España de cara a institucionalizar la presencia del profesional de psicología en el primer nivel de atención de salud y, también aumentar el cuantitativo general de psicólogos a través de la creación de nuevos puestos de trabajo para asistir a los tres niveles de atención de salud.

Cabe aquí una sugerencia en cuanto a posibilidad de la creación de puestos de trabajo para psicólogos en España para atender la APS. O sea, es recomendable que el perfil de este profesional no sea el del clínico, como lo es para actuar en los otros niveles de atención, sino que sea un perfil volcado a las intervenciones en salud comunitaria (véanse sugerencias en los capítulos 4 y 9, de esta tesis).

6.8 Lugar * Unidades de atención de salud

Tabla de contingencia

			Unidades			Total
			APS	ASS	ATS	
Lugar	Brasil	Recuento	15	19	17	51
		% de Lugar	29,4%	37,3%	33,3%	100,0%
		Residuos corregidos	3,7	,6	-3,2	
	Portugal	Recuento	2	8	23	33
		% de Lugar	6,1%	24,2%	69,7%	100,0%
		Residuos corregidos	-1,9	-1,5	2,8	
	España	Recuento	0	10	13	23
		% de Lugar	,0%	43,5%	56,5%	100,0%
		Residuos corregidos	-2,4	1,0	,8	
Total	Recuento	17	37	53	107	
	% de Lugar	15,9%	34,6%	49,5%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,821(a)	4	,001
Razón de verosimilitudes	22,025	4	,000
Asociación lineal por lineal	11,453	1	,001
N de casos válidos	107		

a 1 casillas (11,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,65.

7. Análisis cuantitativo y cualitativo de las cuestiones abiertas del cuestionario administrado a las muestras en todos los niveles de atención de salud: en Brasil, Portugal y España

Este capítulo está dedicado a presentar y discutir las categorías a las que llegamos tras los análisis de las cuestiones abiertas del cuestionario, aplicado a los psicólogos de Brasil, España y Portugal, actuantes en los tres niveles de asistencia de salud.

Como ya explicamos anteriormente, en el capítulo de la metodología, el cuestionario incluyó en las cuestiones abiertas, una opción de respuesta cuantitativa donde el encuestado debería primero responder sí o no, y en seguida, proceder a la justificación de su respuesta (véase el cuestionario en el anexo 1). Tal procedimiento nos permitió obtener al mismo tiempo en cada una de estas respuestas los resultados cuantitativos y cualitativos, ya que éstos se complementan hacia una mejor comprensión del objeto de estudio investigado.

La gran similitud de las respuestas tanto cuantitativas como cualitativas nos avala la coherencia entre los dos datos. También nos ha posibilitado llegar a unas mismas categorías de análisis para las tres muestras. Las que presentaremos a continuación.

7.1. Reconocimiento de la importancia de la labor del psicólogo por los gestores de salud

Esta categoría derivó del análisis de la pregunta: “¿la administración del centro donde trabaja usted reconoce su trabajo como importante o esencial?”. Para demostrar sus resultados elaboramos la tabla 7.1 (p. 127) y el árbol de asociación de sentidos 7.1 (p. 128).

La primera, ayudará en la comprensión de los elementos cuantitativos de los discursos y el segundo, el árbol, expondrá el flujo discursivo de las asociaciones, o sea, los elementos cualitativos de la categoría.

Tabla nº 7.1 Respuestas cuantitativas respecto al reconocimiento del trabajo del psicólogo por la administración del centro u hospital

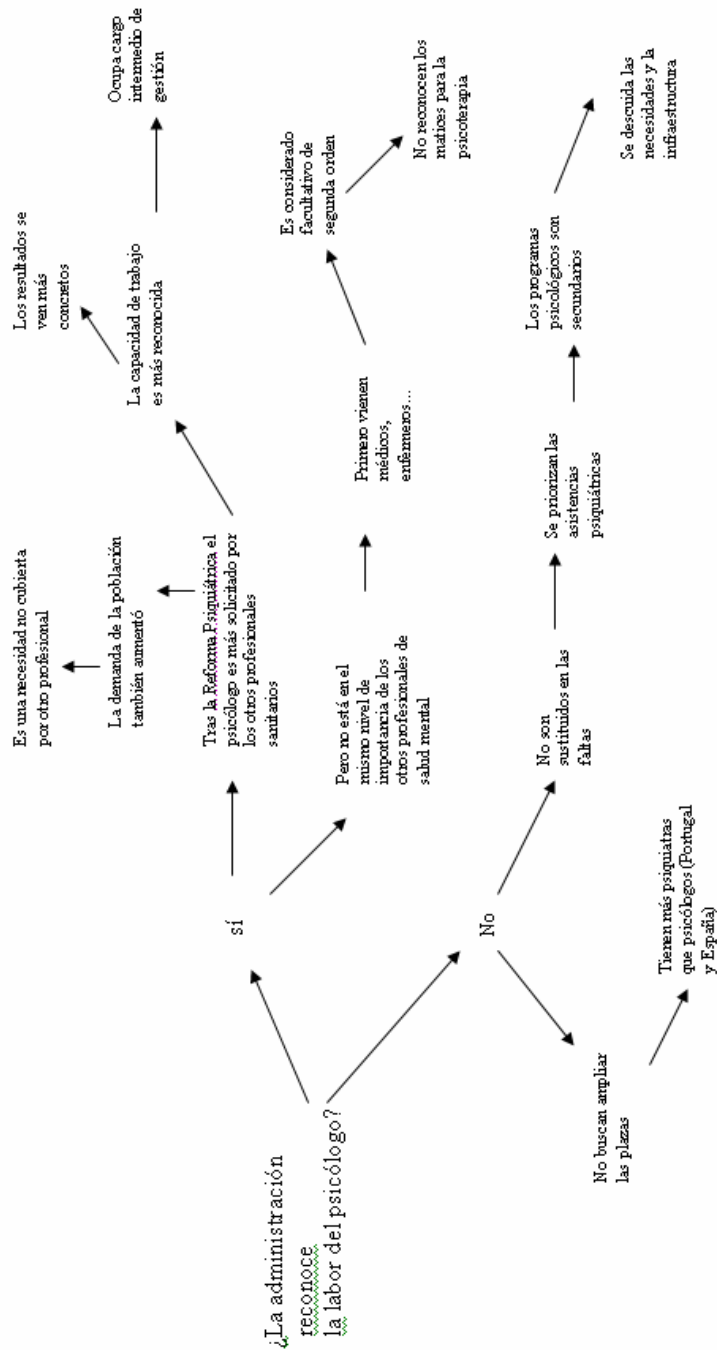
	Sí		No		No Contestó		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	46	90,19	5	9,81			51	100
España	16	69,56	7	30,44			23	100
Portugal	14	42,42	7	20,00	12	36,36	33	100
Total	76	71,02	19	17,43	12	11,21	107	100

Como se puede ver, de modo general, el Sí (**71,02%**) ha prevalecido sobre el NO. Indica claramente que los psicólogos están seguros de que su trabajo es importante para los gestores de los servicios investigados. Los que dijeron NO (**17,43%**) están igualmente seguros del contrario. Sólo los portugueses se abstuvieron de contestar (36,36%). Para explicar tal hecho recurrimos al diario de campo en el cual nos fue posible registrar una baja en la motivación y en la autoestima de los portugueses, respecto al ejercicio de la profesión. Las reclamaciones de los portugueses en cuanto a la privatización de la salud pública, los bajos sueldos cobrados y las precarias condiciones de trabajo, podrían explicar la falta de estímulo para llevar a cabo la colaboración con la investigación.

El árbol 7.1 (128) resume el discurso de los actores mostrando las contradicciones entre el sí y el no, aunque esté claro que la mayoría acredita ser valorado positivamente. El argumento elaborado para explicar el reconocimiento, está marcado por el proceso de la Reforma Psiquiátrica observado a nivel mundial. Para los psicólogos, tal proceso contribuyó para deslindar la importancia de estos profesionales para la concretización de la salud mental comunitaria.

Árbol de asociación de sentidos 7.1

¿La administración del centro reconoce la importancia de la labor del psicólogo?



Sin embargo, aunque exista tal reconocimiento por parte de los que son responsables de la sanidad pública, el psicólogo o sus intervenciones, no son considerados en el mismo nivel de importancia e igualdad de los otros profesionales de salud. O sea, que primero vienen los médicos y en seguida los enfermeros.

Por medio de estos elementos los psicólogos afirman que son considerados facultativos de segunda orden, ya que los matices de su profesión, no son comprendidos.

Los profesionales que están en APS afirmaron que a este nivel el problema es todavía más serio, ya que las intervenciones especializadas son más valoradas que las de primer nivel. Perfilándose una jerarquización interna en la profesión.

Los psicólogos afirman que también pueden ser reconocidos como capaces de ejercer un cargo de gestión administrativa, lo que, de hecho, es considerado un avance, pero hay que registrar que en aquel momento tanto en la provincia de Granada como en el Concelho de Coimbra sólo hemos detectado un psicólogo por muestra, ejerciendo un cargo intermedio de gestión. En Brasil, quizás por la baja cantidad de psiquiatras en la ciudad de Campina Grande, la mayor parte de los servicios de salud mental son coordinados por psicólogos. En segundo lugar, vienen los trabajadores sociales.

Los psicólogos hablan de un reconocimiento creciente observado en las demandas tanto institucionales como de la población en general. El psicólogo es cada vez más solicitado en las diversas situaciones cotidianas y de emergencias, como en los cataclismos, accidentes, violencia doméstica, por ejemplo. Ahora bien, aunque se constate tal realidad, los profesionales creen que falta mucho para que la profesión y los profesionales estén en el mismo nivel de importancia de los otros profesionales sanitarios.

Los actores fundamentaron sus reclamaciones en que nunca son sustituidos cuando necesitan faltar por baja laboral o para las vacaciones. Tal

hecho delinea el carácter secundario de sus intervenciones y muestra que los programas psicológicos son considerados menos importantes que las intervenciones psiquiátricas, una vez que estas últimas son siempre priorizadas.

En definitiva, la línea discursiva de los actores, fue construida en un contexto de ambigüedad. Por un lado, hay reconocimiento de la institución y, por otro lado, la misma institución no le reconoce, o no le reconoce como debería. Tal dicotomía encuentra aún más fuerza cuando se detecta una insuficiencia de psicólogos en cuanto a la elevada demanda de la población y en el descuido de la infraestructura necesaria al desarrollo de su trabajo.

Para los psicólogos no hay ninguna duda sobre el reconocimiento de su trabajo por parte de los usuarios. El aumento de las demandas de asistencias y el crecimiento de las listas de espera comprueban tal hecho. Este contexto se afronta con el descuido, por parte de los gestores más importantes (gobernantes como alcaldes o concejales de sanidad), respecto a la infraestructura y la insuficiencia de psicólogos para asistir a la demanda. En esta línea, los portugueses denuncian que en Portugal la salud pública está siendo privatizada por el gobierno, lo que implica la falta de puestos de trabajo, falta de estructura física para desarrollar un buen trabajo, aparte de que sus sueldos están muy por debajo de los de algunos Estados de Europa etc.

7.2. Creación de puestos de trabajo en respuesta al desarrollo de las actividades de los psicólogos

Esta categoría resultó de la pregunta ¿el trabajo del psicólogo estimula la creación de más plazas de trabajo? Analizando en primero lugar la estadística de la categoría (tabla 7.2.1, p. 131) vemos que la gran parte de los sujetos de las muestras (79,82%) creen que el desarrollo de sus actividades estimula la creación de nuevos puestos de trabajo para psicólogos en la sanidad pública. Otra vez, han sido los portugueses los que se abstuvieron de contestar (10,09%). Aparte de lo explicado arriba, creemos que la competencia entre los que están en la universidad con sus tradiciones en investigación

respecto a los que están en la sanidad pública, menos involucrados en el tema, haya influenciado a que hubiera una resistencia en dimensionar la importancia de una participación más efectiva en la investigación. Quizás no valoraron la posibilidad de que sus posturas pudieran llevar a unos sesgos de investigación, perjudiciales a los resultados concernientes a su propia muestra.

Tabla nº 7.2.1 El desarrollo de la labor de los psicólogos como estímulo a la creación de puestos de trabajo

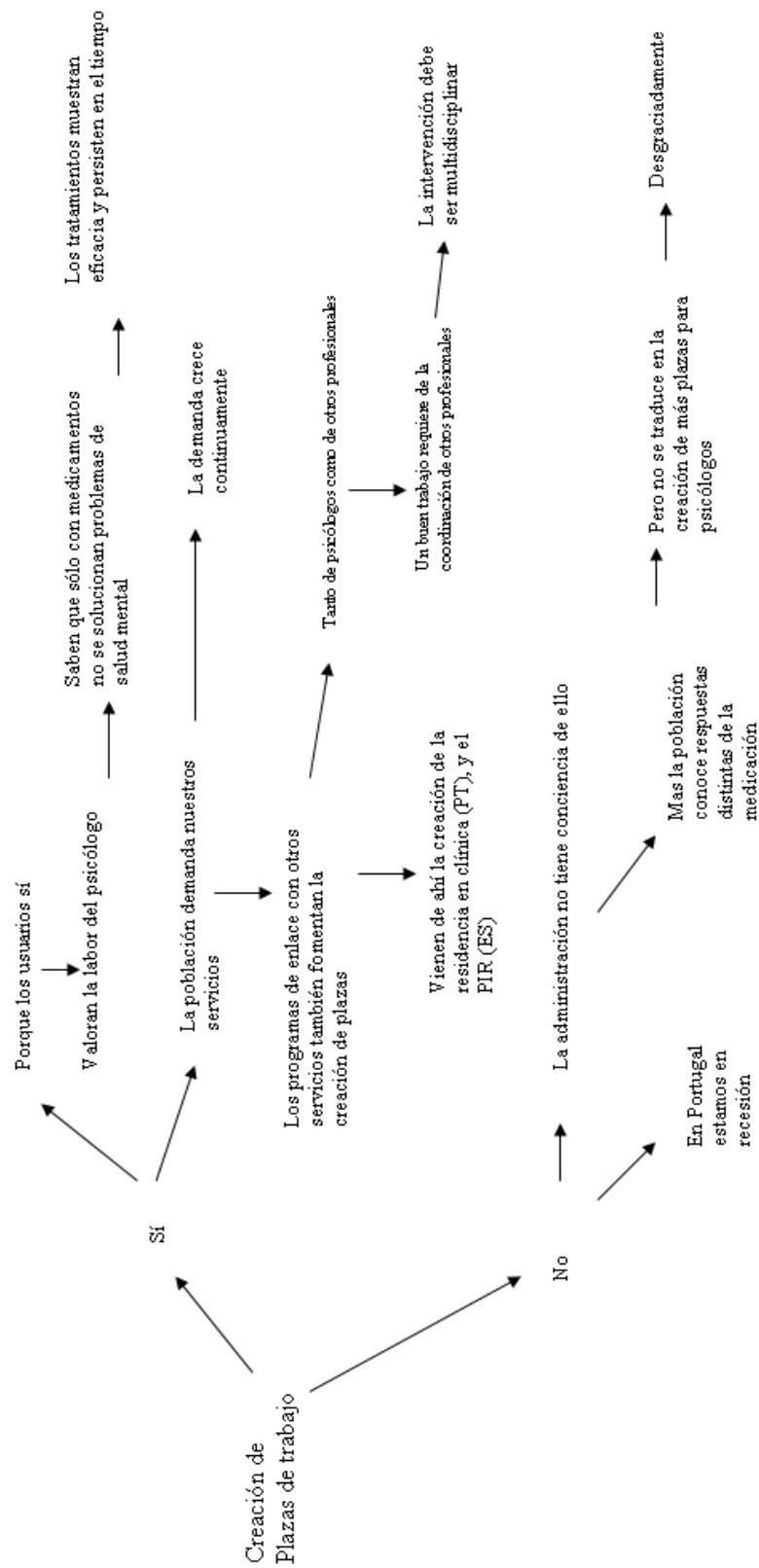
	Sí		No		No contestó		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	48	94,11	3	5,89			51	100
España	19	82,60	4	17,40			23	100
Portugal	18	55,00	4	12,50	11	32,50	33	100
Total	85	79,82	11	10,09	11	10,09	107	100

El árbol 7.2 (132) demuestra el flujo discursivo construido por los psicólogos respecto al tema. Los psicólogos hablaron no solamente de la creación de plazas de trabajo para si, pero han tocado la cuestión de los demás profesionales de salud. Apoyaron sus discursos sobre dos premisas. En la primera, los psicólogos hablan por la población a la cual asisten, o sea, explican lo que piensa el usuario del trabajo desarrollado por el psicólogo en la sanidad pública. Queda claro para los psicólogos que los usuarios valoran positivamente las intervenciones psicológicas; que tienen conciencia de que no es posible solucionar todos los problemas de salud mental exclusivamente con medicamentos; que perciben que los tratamientos brindados por los psicólogos son eficaces y duraderos etc.

En la segunda, el psicólogo habla por si mismo, resaltando sus sentimientos de gratificación y de frustración de ver que aunque la población reconozca su trabajo como esencial a la salud mental, tal hecho no alcanza a los gestores de modo a sensibilizarlos hacia a la creación de más puestos de trabajo para los psicólogos, en la sanidad pública.

Árbol de asociación de sentidos 7.2

¿El trabajo del psicólogo estimula la creación de más plazas de trabajo?



En esta línea, fueron los portugueses los que más protestaron por la falta de oposiciones para los profesionales de salud, en consecuencia de la recesión económica vivida en estos momentos, en aquel país.

Los psicólogos, sobre todo los de España, llaman la atención sobre el carácter multidisciplinario de la labor en la salud mental y explican que tienen una participación muy efectiva en varios programas de enlace con otros servicios de salud (endocrino, obesidad mórbida, trastornos alimentarios, enfermedades infecciosas y sistémicas etc.), y que tal realidad pone en evidencia tanto la importancia del trabajo del psicólogo para la salud general de las personas como también del trabajo en coordinación con otros profesionales.

De modo que, el trabajo del psicólogo hecho en coordinación multidisciplinaria aporta estímulo a la creación de puestos de trabajo de otros profesionales de las distintas especialidades sanitarias (enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, psiquiatras, terapeutas ocupacionales). Tal tendencia es, según nuestros interlocutores, lo que justifica la creación de los Programas de Residencia en Psicología Clínica (Portugal) y Psicólogo Interno Residente (PIR, España), para acceder a los puestos de trabajo en la sanidad pública de estos países.

En Brasil la implementación de los programas sustitutos para acoger a los pacientes egresados de los hospitales psiquiátricos (Brasil, 2002, Portaria 336/GM), tras su cierre, como: los CAPS, las Residencias Terapéuticas entre otros, fueron los mayores impulsores de la creación de las últimas plazas de trabajo.

A pesar de ello, los psicólogos reconocen la importancia de su trabajo para el contexto de la salud, pero creen que los que establecen los criterios para la salud no terminan de comprender la importancia de sus intervenciones para la concretización de la salud de las poblaciones. De tal modo que la creación de puestos de trabajo no acompaña la necesidad de la demanda.

El discurso de los psicólogos se comprueba cuando analizamos el número de psicólogos en actuación en la sanidad pública de las muestras estudiadas (cuadro 7.2.2). La Provincia de Granada es donde se encuentra la situación más extremada. Toda la Provincia cuenta con 26 profesionales para atender a sus 845.419 habitantes, lo que resulta en 3,04 psicólogos para cada 100.000hab. Es un número muy bajo tanto en relación a las dos muestras estudiadas, como a otras referencias de otros países.

Cuadro 7.2.2

Distribución de psicólogos por habitante en Brasil, España y Portugal

	Ciudad de Campina Grande Brasil	Provincia de Granada España	Concelho de Coimbra Portugal
Total de habitantes	371.060*	854.419**	148.474***
Total de psicólogos actuantes en los 3 niveles de asistencia	51	26	35
Total de psicólogos actuantes en APS	15	0	2
Total de habitantes por psicólogo en los 3 niveles	7.275	32.862	4.242
Total de habitante por psicólogo en APS	24.737	0	74.237
	13,74	3,04	23,57
Cantidad de psicólogos por cada 100.000 habitantes			

* Fuente IBGE (2008)

** Fuente INE (2007)

*** Fuente WIKEPEDIA (2001)

En cuanto a la dotación de personal en Andalucía es oportuno destacar que el PISMA (2007) no prevé el número de psicólogos para asistir a la ésta población sino que establece como referencia la existencia de 6 facultativos para cada 100.000 habitantes. El propio Plan registra que todavía no ha alcanzado a nivel de Andalucía el número suficiente de facultativos para asistir bien a la población.

En España, de acuerdo con Reimundez (2006), “persiste una notable insuficiencia de recursos humanos y materiales para atender la demanda en materia de salud mental. Este déficit se acentúa en lo que se refiere a dispositivos comunitarios sanitarios y sociales y en la atención a sectores de la población especialmente vulnerables como las personas mayores, los adolescentes, los inmigrantes y los penados” (p. 204). En todo el Estado español conforme el Informe SESPAS (2002) existen **2,7** psicólogos para cada 100.000 habitantes, frente a los **11** para cada 100.000 habitantes recomendados.

En algunos Estados de Estados Unidos de acuerdo con la APA Online (2008) hay 10 psicólogos para cada 100.000 habitantes. En Arizona, según el HRSA (2008), son 20 psicólogos para cada 100.000 habitantes.

Portugal es donde se encuentra la situación más favorable en términos del cuantitativo de psicólogos. Son 23,57 para cada 100.000 habitantes.

Con el objetivo de aportar una comprensión más precisa a los datos aquí presentados, hemos organizado tres cuadros (Se pueden consultar en anexos los cuadros 7.2.3; 7.2.4 y el 7.2.5) conteniendo informaciones relativas a los países investigados y sus respectivos centros donde fueron encontrados los psicólogos en actividad en aquel momento.

Es oportuno destacar que en Portugal, según nuestros interlocutores, es muy difícil conseguir una plaza de trabajo en los servicios públicos de salud, de

modo que, para éstos el número de profesionales es insuficiente no sólo en Coimbra sino en todo el Estado portugués. Tal hecho, lleva a que algunos psicólogos ingresen en los servicios públicos de salud investigados en las siguientes condiciones: o bien como voluntarios, o sea, sin cobrar, en la expectativa de ser contratado; o bien realizando las prácticas obligatorias del “Estágio da Especialidade”. Estas prácticas se hacen después de concluida la licenciatura. Sólo es obligatorio para los psicólogos clínicos que quieran actuar en los servicios públicos de salud. Para acceder a estas prácticas y ser considerados residentes, necesitan someterse a una oposición. Durante las prácticas de tres años y medio cobran un pequeño sueldo, sin embargo cuando las acaban, no tienen ninguna garantía de seguir en alguno de los servicios por los cuales pasaron. Habrá que someterse a otra oposición y aprobar para poder actuar en la salud pública portuguesa.

De un modo general la cantidad de psicólogos en Brasil (13,74/100.000) y en Portugal (23,57/100.000) no dista mucho de las mejores referencias de otros países. Sin embargo, hay que considerar las protestas de los profesionales en cuanto a una demanda creciente y la sobrecarga de trabajo diario.

7.3. Distribución del tiempo durante la jornada de trabajo

En cuanto a la forma de distribución del tiempo durante la jornada de trabajo, la tabla 7.3 muestra que el 79,43% de los psicólogos no tienen ningún tiempo libre. Tal resultado contradice algunos estudios realizados en Brasil (Alves et al, 2003; Campos y Guarido, 2007; Bezerra, 1987) que afirman que les sobra tiempo a los psicólogos por la falta de adhesión de los pacientes a la psicoterapia, ya que es la psicoterapia la principal asistencia llevada a cabo por ellos en los servicios de salud pública.

El argumento construido para explicar tal escasez (véase el árbol 7.3, pagina 138), se basa en la sobrecarga de actividades psicoterápicas. El tiempo reivindicado es para desarrollar otras actividades pertinentes a su labor que por la sobrecarga de asistencias se quedan fuera de su rol de trabajo.

Tabla 7.3 Tiempo libre durante la jornada de trabajo

	Sí		No		No contestó		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	2	3,92	49	96,08			51	100
España	4	17,40	19	82,60			23	100
Portugal	8	24,24	17	51,52	8	24,24	33	100
Total	14	13,09	85	79,43	8	7,48	107	100

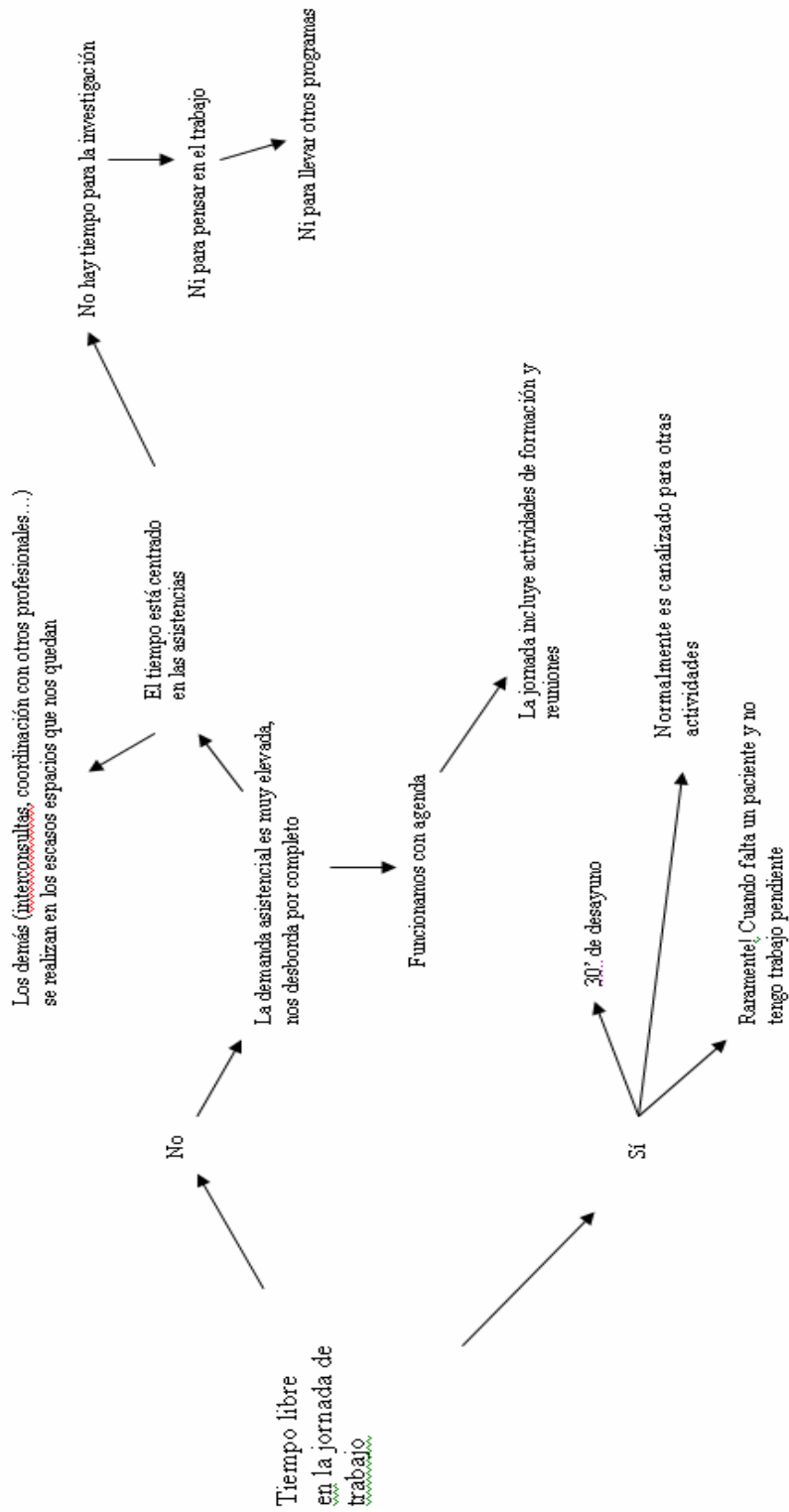
La insuficiencia de espacios para realizar tareas importantes es explicada porque la distribución del tiempo está centrada en las asistencias individuales. El carácter prioritario de éstas se enfrenta con la demanda de la población de tales asistencias, que es cada vez más creciente. Este contexto choca a la vez con un número insuficiente de psicólogos en actividad en los servicios.

Los psicólogos de Granada, esencialmente dedicados a los 2º y 3º niveles de atención de salud, además de reconocer que su labor en la sanidad pública no debe de estar fijada prioritariamente en las asistencias individuales, afirman que sus roles de trabajo son determinados por el PISMA y que ni las tareas determinadas por el referido Plan son llevadas a cabo en su totalidad. Quedan fuera por ejemplo: las actividades de investigación, las reflexiones sobre el trabajo, las evaluaciones, y las actividades de coordinación con otros profesionales de la sanidad, de los servicios sociales, de la educación; que solamente son realizadas en los escasos ratos que quedan. Algunos trabajos son hechos en casa.

A ese respecto el PISMA (2007) propone unos objetivos y unas líneas de acción volcadas hacia a la potenciación de la atención comunitaria y la promoción de la salud mental orientada a la reducción de riesgo en la enfermedad mental.

Arbol 7.3

¿Tiene usted tiempo libre durante su jornada de trabajo?



Para alcanzar tales objetivos y líneas de acción el referido Plan (2007) recomienda unas actuaciones como: información a la población sobre estilos de vida que reducen la incidencia de la enfermedad, información a los afectados y cuidadores de cara a lograr un mayor conocimiento del problema y seguimiento del tratamiento (prevención secundaria y terciaria), elaboración de un plan de comunicación para los afectados y sus familiares (psicoeducación).

Todas estas intervenciones propuestas por el Plan muestran que la labor del psicólogo en la sanidad pública no está resumida al tratamiento de las enfermedades, ahora bien preconiza que para la prevención de la enfermedad mental habrá que trabajar en conjunto con los profesionales y las políticas de atención primaria de salud. Además, tal proceso se guiará hacia el desarrollo de la atención comunitaria y la promoción de salud mental. Los entornos familiar, laboral, escolar, también deberán ser considerados en la elaboración de los programas volcados a mejorar la salud de las personas.

De un modo general, en las tres muestras, se observa que la dedicación a las asistencias individuales (la psicoterapia) es casi total. O sea, en los niveles 1º y 3º de asistencia hacen básicamente lo mismo que en el 2º. Les falta el conocimiento de qué hacer en los diversos niveles de actuación y una organización en el reparto de las intervenciones en sus niveles apropiados. Quizás si adoptasen tal actitud pudiesen minimizar la sobrecarga de trabajo.

7.4. Desarrollo de actividades propuestas para el trabajo

Esta categoría resultó de la pregunta ¿consigue usted desarrollar todas las actividades propuestas para su trabajo cotidiano? En primer lugar, mirando los números de la categoría (tabla 7.4, p. 140), nos llamó la atención el hecho de que la muestra de Brasil se haya distinguido de forma muy notoria de las otras dos. Obsérvese que el sí recibió la mayoría de las respuestas (70,58%). Quizás se pueda explicar porque la pregunta fue dirigida al cuantitativo de las actividades y no al cualitativo de las mismas. Así, una vez que éstos centralizan sus actividades en el desarrollo de la psicoterapia, y si tal asistencia se les

desborda todo el tiempo, conforme lo comprobamos en la categoría anterior, sus respuestas no son muy extrañas. Pero, si miramos el árbol 7.4. (p.141), que resume los discursos de la categoría, veremos que quedó clara la insatisfacción de los profesionales mediante la imposibilidad de realizar todas las tareas pertinentes a su labor.

Tabla 7.4 Cuantitativo de las actividades desarrolladas en el trabajo

	Sí		No		No contestó		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	36	70,58	15	29,42			51	100
España	7	30,43	16	69,57			23	100
Portugal	4	12,12	22	66,66	7	21,22	33	100
Total	47	43,92	53	49,53	7	6,55	107	100

Aunque algunos profesionales dijeron sí, que realizan todo lo que se proponen hacer durante su jornada de trabajo, ya que para eso lo único que hace falta es saber organizar bien las tareas del día, y poner empeño personal.

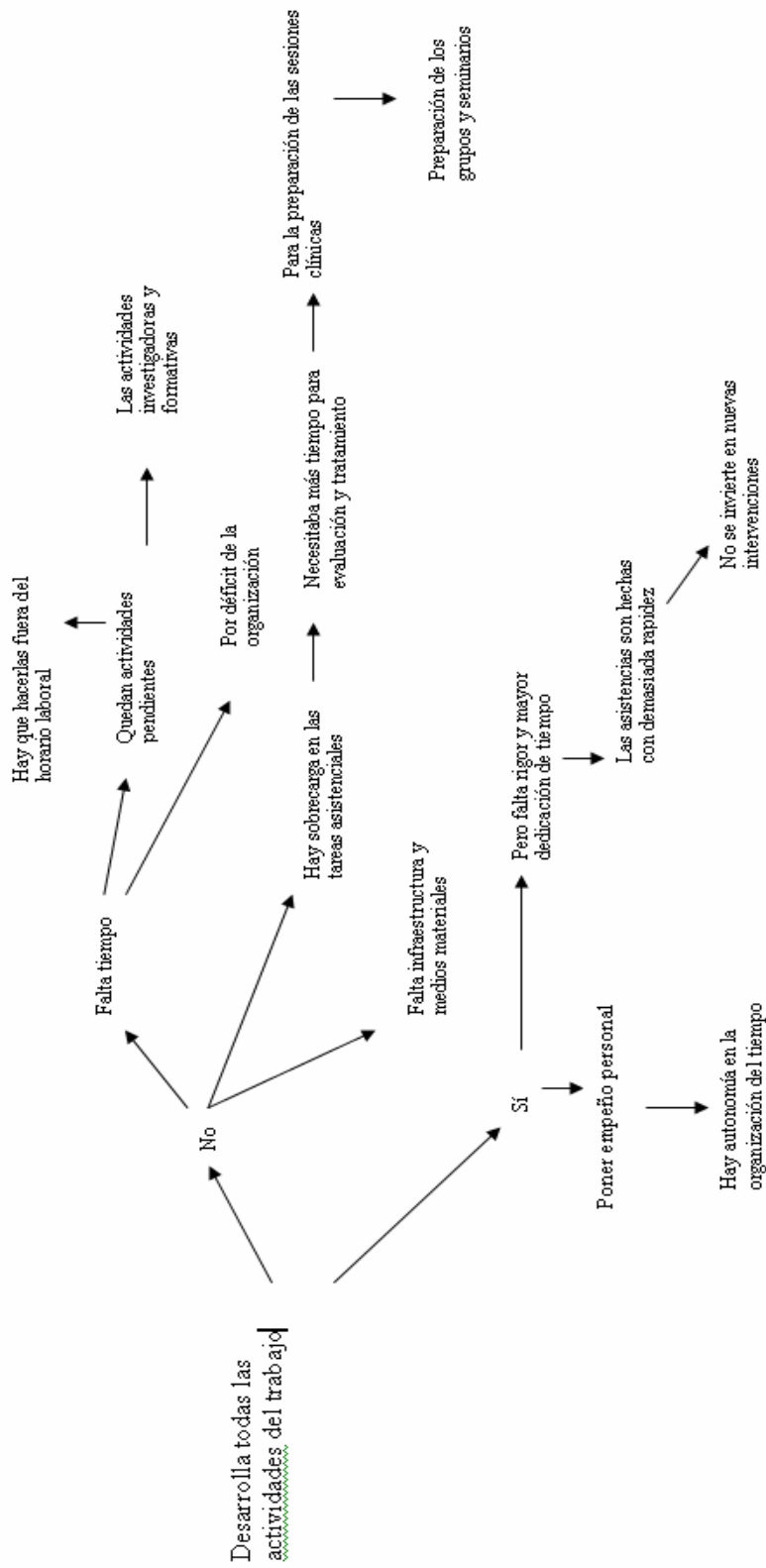
La gran parte de los psicólogos de España y de Portugal (69,57% y 66,66%, respectivamente) contestaron que no. Que dejan de realizar tareas importantes, incluso muchas de las que son establecidas por el PISMA, en el caso de España, ya comentadas en la categoría anterior.

Conforme se ve en el árbol 7.4 (p.141), una vez más el factor tiempo asociado a la sobrecarga de las asistencias son destacados como factores de impedimento del desarrollo de tareas importantes, como por ejemplo: psicoanálisis con familias de pacientes con esquizofrenias, actividades de investigación, de formación, entre otras.

Los psicólogos también reclamaron no poder reflexionar sobre su trabajo, de se limitar a desarrollar siempre las mismas intervenciones porque el tiempo no es suficiente para invertir en el estudio y desarrollo de nuevas acciones de salud.

Árbol 7.4

¿Consigue usted desarrollar todas las actividades en su trabajo?



Los psicólogos que han contestado que están satisfechos con lo que hacen en el trabajo, aludieron a la falta de rigor y, principalmente, al tiempo insuficiente dedicado a las asistencias individuales, 30' para cada paciente, en sesiones quincenales. Según ellos, eso es muy poco para ser considerado una asistencia de calidad. Necesitaba más tiempo para evaluación y tratamiento, para la preparación de los grupos etc.

Los psicólogos de las tres muestras se quejaron de la sobrecarga asistencial y dijeron que pasa lo mismo con los otros profesionales de salud, sobre todo con los que están en APS. Lorenzo, Keenoy y Gaspar (2002) aludieron a la sobrecarga y la presión asistencial ejercida también sobre los médicos de APS. Según estos autores, dicha sobrecarga es considerada uno de los problemas más importantes para los médicos que trabajan en la sanidad pública. Tal problema tampoco es exclusivo de España. Las causas atribuidas al problema se relacionan con: la dotación insuficiente de profesionales y las deficiencias organizativas en la gestión de las consultas y en el reparto del trabajo entre los profesionales. De eso, resulta que se producen listas de espera encubiertas.

La falta de infraestructura y de medios materiales adecuados asociados a la falta de personal también fueron mencionados por los profesionales, como problemas que deben ser superados.

Desde nuestro punto de vista, los actores que afirman realizar todo lo propuesto se basan en el factor cuantitativo de las tareas, para afirmarlo. Así que, la relación entre la realización de todas las tareas, en su sentido cuantitativo, con la calidad exigida en cada una de éstas, no es positiva. Queda implícita la preocupación por la falta de calidad de sus asistencias.

Notamos también que existe entre los psicólogos una reflexión sobre los límites de su trabajo tanto a nivel de sus prácticas individuales como en lo que desarrollan en el plan colectivo de la profesión. Son cuestiones que se identifican con su perfil profesional (¿cuál es el límite del trabajo del psicólogo

en la sanidad pública?; ¿será posible optimizar el uso del tiempo en la jornada de trabajo? etc.).

7.5. Reconocimiento de la coherencia entre las acciones psicológicas desarrolladas en la sanidad pública y sus niveles de atención

Esta categoría, a diferencia de las demás, será discutida en distintos apartados. Por la razón de que no hay psicólogos en APS en la Provincia de Granada hicimos una pregunta distinta para éstos: ¿Considera usted que las actividades desarrolladas en su labor son propias del trabajo del psicólogo en la sanidad pública?

A los demás, aunque supiéramos que estos se repartían por los tres niveles de atención, les preguntamos si existía compatibilidad entre su labor y las acciones propias del psicólogo en el primer nivel de asistencia. La pregunta debería ser contestada primero con SÍ o NO, y en seguida, se les pedía una justificación. Así, esperábamos que los que no actuaran en el primer nivel dijeran que no. Que su trabajo es incompatible con el referido nivel. De igual manera, esperábamos que los actuantes en el primer nivel dijeran SÍ y también lo justificasen.

Tal procedimiento se basó en la formulación de la hipótesis sobre la supuesta dificultad de nuestros interlocutores en la identificación de las actividades propias de APS. Así, las respuestas nos dieron la condición de ampliar la comprensión y/o constatación de nuestra hipótesis. A continuación mostramos en primer lugar los resultados de la muestra de Granada y, a continuación, los de las otras dos.

7.5.1. Propiedad de las acciones de los psicólogos a la salud pública: la situación en la Provincia de Granada

Los resultados obtenidos nos muestran que no hay dificultades en la identificación de las actividades desarrolladas en su nivel. Todos los psicólogos han contestado que sí, que sus intervenciones son propias y pertinentes al rol

de actividades del sistema sanitario, precisamente en los niveles secundario y terciario de salud. La forma como las han definido ha demostrado un conocimiento a priori de sus actividades y la coherencia con lo previsto en el PISMA (2007).

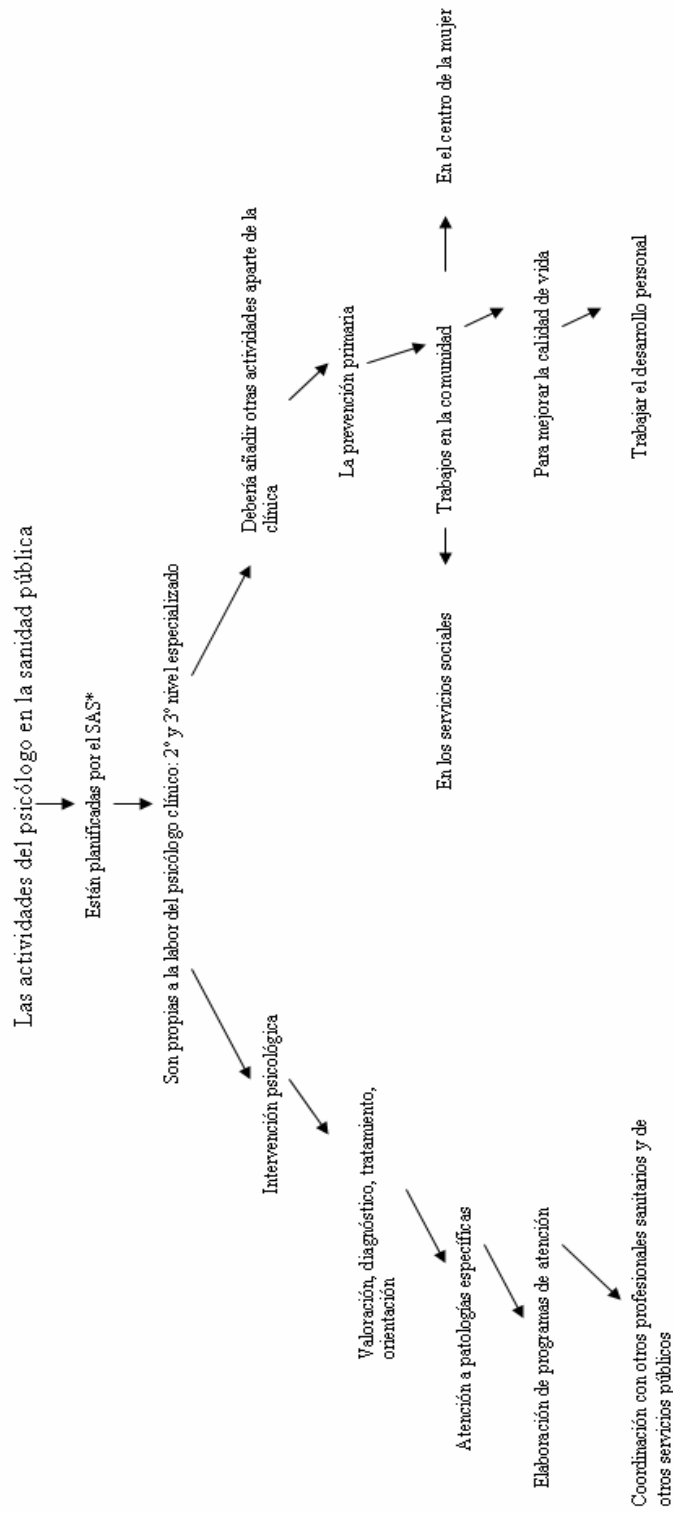
El árbol 7.5.1 (p.145) atestigua, por un lado (fíjense en la rama izquierda del árbol), un discurso muy técnico y anclado a lo que orienta el PISMA. Por otro (fíjense en el lado derecho del árbol), muestra un discurso dirigido a unas reivindicaciones hacia la inclusión de otras actividades en su rol de asistencias. También, proponen incluir las asistencias psicológicas en el primer nivel de atención de salud. Una vez que en Andalucía aún no existen psicólogos en este nivel.

Ellos demostraron una preocupación con el trabajo realizado en la comunidad y apuntaron intervenciones dirigidas hacia al desarrollo personal y mejora de la calidad de vida como ejemplos de actividades que se deberían incorporar al rol de los psicólogos en la sanidad pública.

Desde lo que está propuesto en el PISMA la acción del psicólogo en el Sistema Andaluz de Salud (SAS) está estrechamente ligada al cuidado de la salud mental. Dado que no hay psicólogos en APS, el Plan sugiere que en la prevención de la enfermedad mental deberá haber una implicación y cooperación directa de las acciones primarias de salud, con las intervenciones de los demás profesionales, que actúan en los otros niveles de atención. En definitiva, el Plan no prevé la presencia de los psicólogos en APS. Pero, los psicólogos entrevistados han dejado claro que piensan que las asistencias psicológicas deben componer el cuadro de salud mental desde el primer nivel de atención de salud, apuntando hacia la creación de plazas para psicólogos en APS.

Árbol 7.5.1 - Provincia de Granada (octubre de 2006 a febrero de 2007)

¿Considera usted que las actividades desarrolladas en su labor son propias del trabajo del psicólogo en la sanidad pública?



*SAS Sistema Andaluz de Salud

7.5.2. Compatibilidad de las acciones realizadas por los psicólogos actuantes en la APS en la ciudad de Campina Grande y en el Concelho de Coimbra, con la APS

Podemos inferir a partir del cuadro 7.5.2 (p. 147), que a la mayoría de los profesionales les falta seguridad para identificar sus prácticas a nivel de APS. Los profesionales fueron preguntados sobre si lo que hacían en aquel momento era compatible con lo que debería ser hecho en APS. La mayor parte de las respuestas fue afirmativa. El referido cuadro ilustra nueve (9) respuestas, cuyos autores afirmaron trabajar de acuerdo con lo que se pide en APS, contra siete (7) entrevistados que afirmaron lo contrario.

Entre los que garantizan la adecuación, es interesante señalar que cinco (5) respuestas son relevantes para la APS, aunque tres (3) respuestas, aunque afirman la adecuación de sus prácticas, definen la APS de manera confusa porque usan ejemplos compatibles con las actividades de segundo nivel de atención de salud. La última respuesta indica que el psicólogo está en el lugar de APS, pero su labor es de ASS.

Entre los que respondieron que su trabajo no es compatible con la APS, siete (7) respuestas también aportaron confusión. Las cuatro (4) respuestas que justifican la incompatibilidad del trabajo por falta de condiciones son, desde nuestro punto de vista, propias del segundo nivel de atención de salud, y no de APS, de tal modo que indican poca comprensión de que sea el trabajo adecuado para APS. En las otras tres (3) respuestas se verifica el reconocimiento de la inadecuación de sus prácticas a la vez que demuestra la incapacidad de cambiarse al otro. De modo general, el cuadro refleja la fluctuación de ideas sobre lo que es la propia intervención, a partir del que podemos inferir como algo superficial e inacabado.

Cuadro 7.5.2 Compatibilidad entre las intervenciones desarrolladas por psicólogos en los Centros de Salud y la APS – C. Grande - Brasil y C. de Coimbra - Portugal

n	Sí	n	No
5	Describe la APS como: Contribución dada a los usuarios de forma educativa, preventiva y de autoestima; Prevención: estimulación al neonato; apoyo familiar; visitas domiciliarias; actividades en pro de la comunidad; observancia de los parámetros de salud pública.	4	Porque faltan condiciones: conocimiento de otros profesionales; de espacio físico para la asistencia a grupos; de recursos humanos.
3	Describe la APS como: Asistencia individual centrada en la subjetividad del sujeto;	1	Reconoce sus actividades como impropias, mas no consigue realizar otras más apropiadas.
1	Desde el punto de vista institucional el trabajo se inscribe en la APS, pero la labor desarrollada se inscribe en la ASS	1	La actuación debe ser más amplia y englobar aspectos que están distantes de la concepción especializada, puesto que es en la APS por donde entran los problemas de salud primariamente. Habría que desarrollar programas de prevención de enfermedades.
n=9		n=7	

En el caso de Brasil es posible justificar tal hecho en razón de que estos profesionales asumieron la función de psicólogo en ese nuevo contexto de salud muy recientemente. En Campina Grande la inserción del psicólogo en APS, fue implantada oficialmente por la Coordinación de Salud Mental del ayuntamiento de la ciudad, en el inicio del año de 2007.

En entrevista concedida para esta investigación la inserción institucional de los psicólogos en los Centros de Salud está asociada a la creación de los “Equipes Matriciais” (Programa Paidéia, 2001) que aún están en el inicio de su

entrenamiento. A partir de esa entrevista, fue posible constatar que el hilo conductor del entrenamiento de estos profesionales para las asistencias en APS es la intervención precoz (ARRUDA, 2007). Definida, según los autores, como una intervención basada en el criterio edad, cuya lógica es actuar precozmente, y así, evitar los trastornos psicológicos en el futuro.

La inserción de psicólogos en APS en Brasil aún es novedad. Está relacionada con la reciente incorporación de la Psicología en los servicios públicos de salud mental, observada a partir de los años 80. Spink et al (2007) y Campos y Guarido, (2007) relacionan tal entrada a la reorientación de las acciones hacia la atención básica y en las experiencias de reordenación de las políticas de salud que antecedieron a la creación del SUS y su legislación a través de la Ley 8080 (BRASIL, 1990).

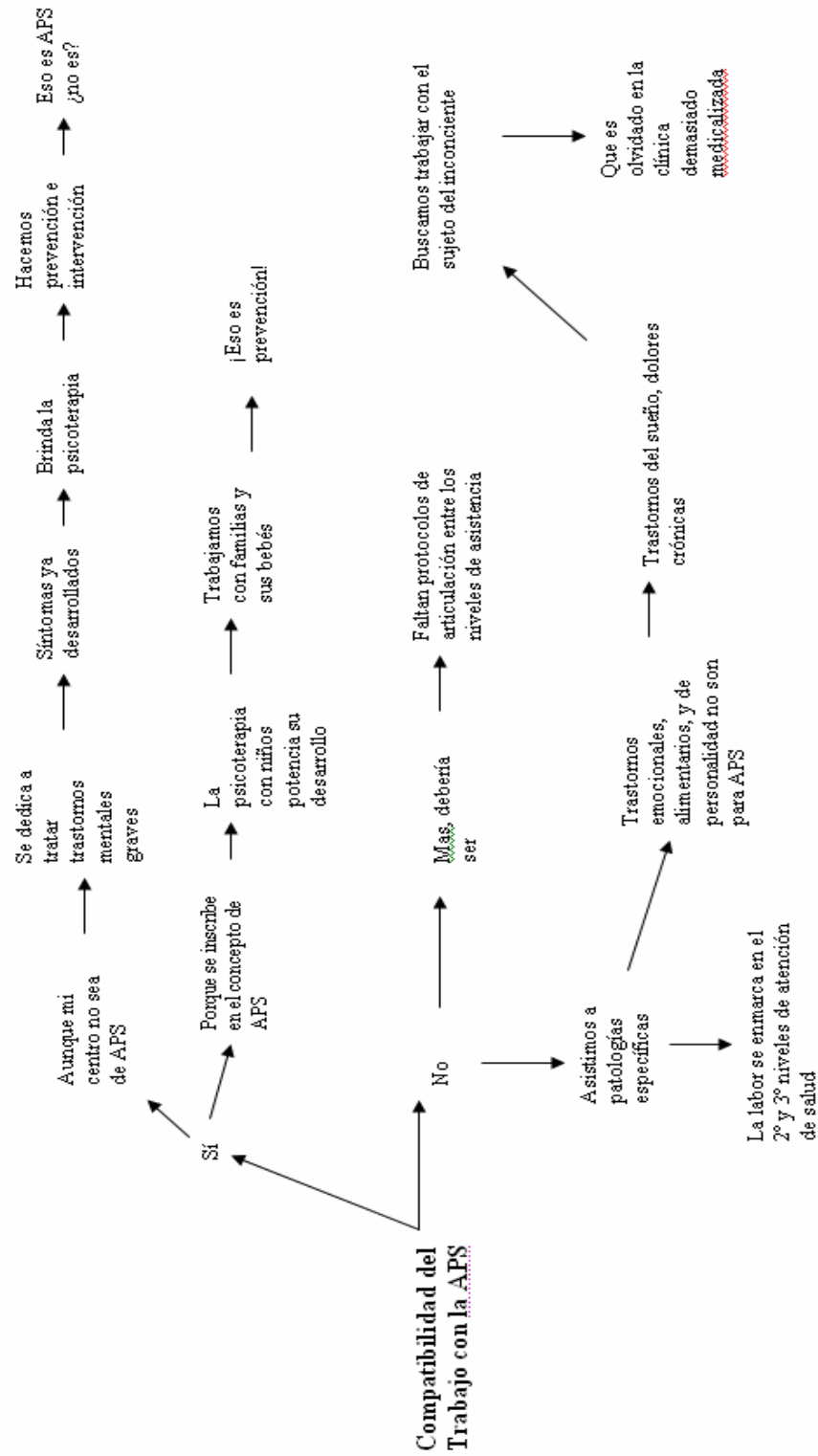
De un modo general, tanto en Brasil como en Portugal, las asistencias psicológicas en APS todavía no están regladas a nivel de las Políticas de Sanidad Pública. Ello ocasiona que las iniciativas actualmente observadas resulten de las investigaciones realizadas por profesores de psicología, y de las iniciativas de algunos concejales de sanidad de algunas Provincias.

7.5.3. Compatibilidad de las acciones realizadas por los psicólogos de los niveles especializados de atención de salud (2º y 3º), con la APS, en la ciudad de Campina Grande y en el Concelho de Coimbra

A esta pregunta todos de las dos muestras deberían haber contestado NO. Pero las respuestas de la mayoría fue SÍ (Sí = 38 contra No = 16). De hecho, las actividades descritas para el NO están divididas en dos vertientes: en la primera (véase el árbol 7.5.3 (p.149), los sujetos de la investigación dijeron que sus actividades deberían pertenecer al 1º nivel de atención. En la segunda, la descripción hecha es compatible con las asistencias especializadas cuyo objetivo es tratar los problemas de salud mental específicos.

Árbol de asociación de sentidos 7.5.3

Compatibilidad de las acciones realizadas por los psicólogos actuantes en los niveles especializados de atención de salud (2° y 3°), con la APS, en la ciudad de Campina Grande y en el Concelho de Coimbra julio a diciembre de 2007



En cuanto al Sí, representado por la gran mayoría, también hubo dos vertientes de respuestas. En la primera están los que respondieron que su centro no es de atención primaria, sin embargo, describieron sus actividades como si perteneciesen a APS. De hecho, para nosotros, está claro que son actividades de segundo nivel de asistencia.

La segunda vertiente, resume el discurso de los que creen que su labor se inscribe en APS porque brindan la psicoterapia a los niños en edad temprana y a las familias. Demuestran que esto es prevención y si es prevención, es APS.

En C. Grande, por ejemplo, observamos que el Centro de Asistencia Psicossocial Infantil (CAPSi, Brasil, 2002, Portaria 336/GM) tiene sus actividades volcadas a la intervención precoz (ARRUDA, 2007). La cual reúne unos programas que son llevados a cabo en las escuelas de enseñanza fundamental, cuyo objetivo es preparar a los maestros y otros profesionales de educación infantil para identificar precozmente problemas ligados a la salud mental, antes incluso de que se desarrollen como una enfermedad, y enviárselos para acompañamiento en el CAPSi, a modo de prevenir la enfermedad.

Para nosotros esta perspectiva de trabajo no puede ser definida como prevención de 1º nivel de asistencia, sino que corresponde a una actividad de prevención de segundo nivel, aunque realizada en edad temprana, porque previene problemas de desajuste a nivel de conducta del individuo con posibilidad de desarrollar un trastorno más grave en el futuro.

Desde nuestra perspectiva eso no es APS. Hay equívocos en la comprensión de la prevención. Para los psicólogos entrevistados, la prevención es definida por el criterio de edad. O sea, no terminaron de entender que prevención es un conjunto de actividades propias a todos los niveles de asistencia de salud. De modo que, la prevención en APS es algo muy distinto

de lo propuesto por nuestros interlocutores. En el capítulo 9 hacemos una descripción más detallada sobre este tema.

En definitiva, si la mayor parte de los sujetos han dicho SÍ, es probable que sea porque no consiguen pensar una psicología que asista a todos los niveles de atención de salud, o bien porque confunden actuación en salud pública/comunitaria con algo propio y exclusivo del primer nivel de atención de salud.

7.6. Actividades realizadas por los psicólogos en los tres niveles de atención de salud (respuestas estimuladas)

Fue solicitado a los actores que indicasen las actividades que realizan normalmente en su trabajo cotidiano. Para eso, les fue presentado un listado que contenía 23 actividades, compatibles con las diversas asistencias que puede realizar un psicólogo en los tres niveles de atención de salud. La lista no siguió ninguna orden jerárquica entre los niveles de atención. El objetivo es chequear la seguridad de los psicólogos a la hora de elegir las tareas más específicas de su labor, en cada nivel de asistencia. La tabla 7.6.1 (p. 152) muestra los resultados en cuanto a las respuestas señaladas como actividades realizadas.

La tabla fue organizada para mostrar en las tres columnas centrales las frecuencias de repuestas marcadas por los psicólogos de cada país. En la última columna y utilizando nuestra referencia de clasificación para cada actividad marcada, hemos categorizado cada actividad a un nivel de asistencia psicológica (véase para más informaciones sobre eso el capítulo 4 de esta tesis).

Desde nuestro punto de vista, hay actividades compatibles con un sólo nivel de asistencia, sin embargo, hay otras que son realizables en dos o más niveles de atención de salud. En esta línea, obtuvimos para las actividades de APS catorce (14) respuestas, para las de ASS dieciséis (16), y para las de ATS seis (6).

Tabla 7.6.1

Resumen del procesamiento de los casos para las muestras de Brasil, España y Portugal, 1º, 2º y 3º niveles de asistencia

	Brasil	Portugal	España	Nivel de atención
Psicoterapia individual	92,2 %	93,8%	95,7%	ASS
Psicoterapia en grupo	62,7%	63,6%	78,3%	ASS
Orientación sobre salud	88,0%	90,0%	73,9%	APS
Orientación a la familia del usuario	100,0%	93,9%	100,0%	APS/ASS/ATS
Orientación al equipo de profesionales	77,6%	90,3%	87,0%	APS
Actuación en la planificación de programas de salud	55,1%	58,1%	52,2%	APS
Psicodiagnóstico	46,9%	90,6%	100,0%	ASS
Tests psicológicos	24,5%	87,9%	87,0%	ASS
Relajación	55,1%	59,4%	56,5%	ASS
Técnicas corporales	38,8%	48,4%	8,7%	ASS
Psicoterapia breve	92,0%	81,3%	65,2%	ASS
Observación	80,9%	90,0%	65,2%	APS/ASS/ATS
Grupos terapéuticos	58,0%	51,5%	82,6%	ASS
Grupos de educación para la salud	56,3%	51,5%	21,7%	APS
Orientación a mujeres embarazadas	38,8%	32,3%	4,3%	APS
Pareceres	49,0%	77,4%	95,7%	ASS/ATS
Derivación a otros profesionales	92,2%	100,0%	87,0%	APS/ASS/ATS
Interconsultas	83,7%	77,8%	100,0%	APS/ASS/ATS
Actúa en integración con el equipo multiprofesional	96,0%	100,0%	82,6%	APS/ASS/ATS
Entrevistas primarias	81,8%	80,0%	4,3%	APS
Programas con alcohólicos (Prevención o tratamiento)	34,7%	55,2%	4,3%	APS/ASS
Programas con drogadictos (prevención o tratamiento)	36,7%	61,3%	13,0%	APS/ASS
Trabajos sobre sexualidad	62,5%	56,7%	72,7%	APS

De hecho, estos datos no nos dicen mucho, ya que muestran las respuestas de todos los psicólogos actuantes en todos los niveles de atención. Sin embargo, si desglosamos (véase la tabla 7.6.2, p. 153) y analizamos los

datos relativos a los psicólogos actuantes en APS (Brasil y Portugal) veremos que nueve (9) de las respuestas marcadas están disconformes con el nivel de

Tabla 7.6.2.

Resumen del procesamiento de los casos para las muestras de Brasil y Portugal - APS

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	n	Porcentaje	N	Porcentaje	n	Porcentaje
Psicoterapia individual	17	100,0%	0	,0%	17	100,0%
Psicoterapia en grupo	17	100,0%	0	,0%	17	100,0%
Orientación de salud	17	100,0%	0	,0%	17	100,0%
Orientación a las familias usuarios	15	88,2%	2	11,8%	17	100,0%
Orientación equipos profesionales	16	94,1%	1	5,9%	17	100,0%
Planificación de programas	15	88,2%	2	11,8%	17	100,0%
Psicodiagnóstico	16	94,1%	1	5,9%	17	100,0%
Tests psicológicos	16	94,1%	1	5,9%	17	100,0%
Relajación	16	94,1%	1	5,9%	17	100,0%
Técnicas corporales	16	94,1%	1	5,9%	17	100,0%
Psicoterapia breve	17	100,0%	0	,0%	17	100,0%
Observación	15	88,2%	2	11,8%	17	100,0%
Grupos terapéuticos	16	94,1%	1	5,9%	17	100,0%
Grupos Educación para la salud	15	88,2%	2	11,8%	17	100,0%
Orientación a mujeres embarazadas	16	94,1%	1	5,9%	17	100,0%
Pareceres	15	88,2%	2	11,8%	17	100,0%
Derivación otros profesionales	17	100,0%	0	,0%	17	100,0%
Interconsultas	15	88,2%	2	11,8%	17	100,0%
Integración con el equipo multiprofesional	16	94,1%	1	5,9%	17	100,0%
Entrevistas primarias	15	88,2%	2	11,8%	17	100,0%
Programa alcohólicos	16	94,1%	1	5,9%	17	100,0%
Programa con drogadictos	16	94,1%	1	5,9%	17	100,0%
Programa sobre sexualidad	16	94,1%	1	5,9%	17	100,0%

*** Las respuestas en negrita son consideradas incompatibles con las asistencias en APS**

actuación en APS. Ha sido justamente el grupo de las psicoterapias y psicodiagnóstico el de las actividades más realizadas, demostrando la equivocación de los profesionales en cuanto a lo que es su labor a este nivel de asistencia, hecho que se ha comprobado varias veces en otras categorías analizadas.

7.7. Actividades realizadas por los psicólogos en los tres niveles de atención de salud (respuestas no estimuladas)

Además, del listado presentado a los psicólogos (mostrado en la categoría anterior) incluimos varias líneas en blanco en las que podrían escribir todas las otras actividades realizadas y no presentadas en el listado. Así que, aquí se considera que los actores construyeron sus respuestas a partir de dos caminos: el primero, estimulado por el listado, y el segundo, sin uso de ningún estímulo.

El listado que presentamos a continuación es el resultado de las respuestas obtenidas por país. Utilizamos el mismo criterio utilizado en la categoría 9.6 para clasificar las actividades a su nivel de atención

Resultados para Brasil:

- 1 – prevención de la violencia de género (**APS**)
- 2 - tratamiento de mujeres víctimas de la violencia de género (**ASS**)
- 3 - acompañamiento terapéutico de mujeres sometidas a mastectomía (**ATS/ASS**)
- 4 – acompañamiento a pacientes ingresados en alas para tratamiento específico de: HIV/SIDA, hepatología, neumología (**ATS/ASS**)
- 5 – actuación en programas para el tratamiento de la obesidad, diabetes (**APS/ASS**)
- 6 – seminarios semanales sobre la intervención precoz (**Actividades formadoras**)

- 7 – atención lúdica a pacientes ingresados (**ATS**)
- 8 – recomendaciones post test HIV/SIDA (**ATS/ASS**)
- 9 – trabajos con pacientes con trastorno mental (**ASS/ATS**)
- 10 – arte terapia (**ASS**)
- 11 – musicoterapia (**ASS**)
- 12 – coordinación/gestión de los CAPS (Actividad de gestión nivel medio)
- 13 – relleno de gráfica diaria (**ASS/ATS**)
- 14 – oficinas terapéuticas con madres e hijos (**ASS/ATS**)

Resultados para Portugal:

- 1 – seguimiento de la enfermedad crónica (**ASS**)
- 2 – consulta de desenvolvimiento (observación, diagnóstico, evaluación e intervención) (**ASS**)
- 3 – tratamiento del autismo (observación, diagnóstico, evaluación e intervención) (**ASS**)
- 4 – trabajos con hijos de alcohólicos y/o toxicómanos (**ATS/ASS**)
- 5 – trabajos con víctimas de la violencia (**ASS**)
- 6 – psicoterapia familiar (**ASS**)
- 7 – orientación de las prácticas clínicas curriculares de la licenciatura (actividad de supervisión de alumnos, de voluntarios y profesionales recién formados)
- 8 – tratamiento de los trastornos del sueño, dolores crónicos, dolencias neuromusculares congénitas) (**ASS**)
- 9- rehabilitación cardiaca (**ASS/ATS**)
- 10 – evaluación conductual de recién nacidos (**intervención precoz de ASS**)
- 11 – acompañamiento de madres – bebés, madres de bebés prematuros (**ASS/ATS**)
- 12 – asistencia a las consultas de oncología (**ASS/ATS**)
- 13 – asistencia a las consultas de ginecología de adolescentes (**ASS**)
- 14 – apoyo al centro de acogida de niños de 0 a 5 años (las actividades incluyen: psicodiagnóstico y psicoterapia individual a los niños ingresados, y colaboración con la elaboración del proyecto de vida) (**ASS/ATS**)
- 15 – apoyo a las familias desestructuradas (**ASS**)
- 16 – terapia de matrimonio (**ASS**)

- 17 – actividades de investigación (**ATS**)
- 18 – acciones de educación para la salud (**APS**)

Resultados para España:

- 1 – coordinación con profesionales de la salud (**APS/ASS/ATS**)
- 2 – coordinación con profesionales de educación, de la justicia, de los servicios sociales (**APS/ASS**)
- 3 – atención a urgencias / intervención en crisis (**APS/ATS**)
- 4 – atención a los niños
- 5 – atención a pacientes oncológicos y a sus familiares (**ASS/ATS**)
- 6 – actividades de tutoría de residentes (**MIR / PIR**)
- 7 - actividades de gestión (**nivel medio**)
- 8 – realización de informes (**APS/ASS/ATS**)
- 9 – actividades de formación continua y supervisión (**actividad formativa**)
- 10 – terapia familiar (**ASS**)
- 11 – apoyo a la familia del usuario/paciente (**ASS/ATS**)
- 12 – rehabilitación psicosocial (**ASS**)
- 13 – rehabilitación de trastornos mentales graves (**ASS/ATS**)
- 14 – psicoeducación de pacientes (**ASS**)
- 15 – psicoeducación de familias (**ASS**)
- 16 – realización de ingresos hospitalarios (**ASS/ATS**)
- 17 – elaboración y participación en programas, como: Programa de atención a pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, Programa de apoyo y control en centros residenciales de pacientes psíquicos con problemas clínicos, Programa de atención a la infancia, Programa de atención a los hijos de psicóticos (**APS/ASS/ATS**).

Las respuestas confirman la tendencia a la actuación clínica de segundo nivel de atención de salud.

7.8. Los objetivos de la presencia de la psicología en APS

Para dar visibilidad a los resultados de esta categoría y facilitar su discusión decidimos subdividir la categoría y elaborar unos mapas de asociación de ideas basados en el trabajo de Spink y Frezza (1999).

La pregunta ¿para usted cuál es el objetivo de la psicología en la atención primaria de salud?, fue presentada a todos los sujetos de la investigación independientemente del nivel de asistencia al que estaba vinculado. Tal procedimiento tuvo como objetivo chequear el nivel de conocimiento de los psicólogos en general, acerca de las prácticas en APS.

Elaboramos cuatro (4) mapas en los cuales mostramos: en el 7.8.1. (Véase en nexo) los discursos de psicólogos en APS de Brasil y de Portugal. Unimos Portugal y Brasil por la razón de que en Portugal sólo hay dos psicólogos en este nivel y también porque hubo compatibilidad entre las ideas expresadas por las dos muestras; en el 7.8.2. (Véase en nexo) los discursos de psicólogos brasileños que trabajan en los 2º y 3º niveles de atención; en el 7.8.3. (Véase en anexo) los discursos de los portugueses que actúan en los niveles 2º y 3º de atención; y, finalmente, en el 7.8.4. (Véase en nexo) los de España.

7.8.1. Objetivos de la psicología en APS, para los psicólogos de APS de la ciudad de Campina Grande - Brasil y del Concelho de Coimbra – Portugal

El mapa 7.8.1 muestra que los que trabajan en APS, parecen ser los que más dificultad tienen de encontrar y hacer la distinción entre las diversas actividades psicológicas.

Las respuestas no contemplan los objetivos de la pregunta. Los pocos elementos que podemos asociar a APS, porque aparecen algunos términos e intenciones de hacer un acercamiento al tema, son demasiado inseguros y no

logran una definición de lo que debe ser el objetivo de la psicología en APS. Los profesionales terminan por decir más de lo que es la ASS porque se fijan en la psicoterapia y en el cuidado de la salud mental de los usuarios.

Fue posible observar una confusión en cuanto a lo que son los objetivos de los profesionales de la sanidad pública como un todo y las intervenciones primarias de salud, las cuales, por supuesto, sólo son realizadas en la sanidad pública.

Todo ello denuncia la falta de dominio y comprensión de los objetivos y términos relativos a las prácticas en la sanidad pública, sobre todo, respecto a APS.

Hay dos referencias a la prevención como una intervención propia del profesional, pero no hay ninguna aclaración de cómo hacerlo. Desde nuestra perspectiva, la prevención no es exclusividad del primer nivel de atención, debe ser realizada en los tres niveles de asistencia de salud (véase el capítulo 9 de esta tesis). No hubo ninguna referencia a la promoción de salud como práctica adecuada y esencial al primer nivel.

La columna donde aparecen las definiciones genéricas e imprecisas está más bien relacionada con los temas matrices de los programas de salud estatales.

7.8.2. Objetivos de la psicología en APS, para los psicólogos de 2º y 3º nivel de atención de salud de la ciudad de Campina Grande - Brasil

El mapa de asociación de ideas 7.8.2 ha recogido las respuestas emitidas por los psicólogos sobre los objetivos de la presencia del profesional de psicología en los servicios de APS.

Al empezar por la primera columna del mapa, vemos que las contestaciones anotadas muestran que muchos de los actores de la investigación conocen en términos generales tales objetivos. Sin embargo, no

hubo referencias al principal aspecto que define la intervención del psicólogo en la APS, que es actuar en salud general desde una base programática hecha a partir del conocimiento del perfil epidemiológico de la comunidad. Es decir, una intervención orientada por los planes de promoción de salud y de prevención de enfermedades. Todo ello orientado por el conocimiento previo y continuo del perfil o más bien, de los perfiles epidemiológicos del colectivo que va a ser intervenido.

Si comparamos los discursos de éstos (mapa 7.8.2) con los de la APS (mapa 7.8.1), concluiremos que éstos reconocen algo más de los objetivos de la psicología en APS que los que actúan en ella.

Profundizando un poco más en el análisis de esta respuesta inferimos que éstas reflejan el discurso de la formación universitaria, circulante en los programas y currículos de las Universidades y también en las leyes que regulan el funcionamiento de los programas estatales de atención en salud mental. El hecho de que las asistencias psicológicas no estén oficialmente incluidas y definidas, como lo están las de segundo nivel, en las Portarias Ministeriales de Brasil, impide que los psicólogos vean más allá de lo que está establecido.

Es oportuno recordar que el modelo cubano de salud admite oficialmente a los psicólogos en los tres niveles de atención de salud. Para ello adoptan un paradigma teórico que permite a los psicólogos considerar la salud en su totalidad. Significa que la salud mental no es apartada de la salud global. Resulta que la acción del psicólogo en APS permite considerar la persona de forma integral, física y mentalmente (véase el capítulo 2 de esta tesis).

En la segunda columna del mapa listamos aquello que es compatible con la APS, para los psicólogos entrevistados. Como se puede ver, no hay ninguna novedad de no ser el equívoco de presentar las actividades de ASS como adecuadas a APS.

En la tercera columna los discursos reflejan las ideas de un grupo de psicólogas que actúan en la maternidad pública de la ciudad. Se trata de un proyecto interesante desarrollado junto a mujeres embarazadas y en sus procesos pre y post parto. Sin embargo, las respuestas no son adecuadas con lo que se debe hacer en APS.

7.8.3. Objetivos de la psicología en APS, para los psicólogos de 2º y 3º nivel de atención de salud del Concelho de Coimbra - Portugal

El mapa 7.8.3 demuestra que la mayor parte de los psicólogos portugueses describen bien los objetivos de la psicología en APS. En sus explicaciones está claro que alterar estilos de vida, actuar en programas de educación para la salud, hacer prevención primaria etc., son asistencias coherentes con la APS.

También hay respuestas compatibles con la ASS y descripciones genéricas de las acciones de psicólogos en todos los niveles de atención de salud.

7.8.4. Objetivos de la psicología en APS, para los psicólogos de 2º y 3º nivel de atención de salud de la Provincia de Granada

Los psicólogos de Granada aunque estén exclusivamente en los servicios de atención secundario y terciario, una vez preguntados sobre el quehacer de los psicólogos en APS, han contestado a la cuestión con mucha fluidez y claridad, como lo demuestra el mapa 7.8.4. Hay que registrar también que esta fue la única pregunta que debía ser respondida por la totalidad de los psicólogos.

Quizás el hecho de que su rol de actividades esté muy bien definido a nivel del PISMA (2007), les favorezca tener una buena comprensión y diferenciación de lo que es pertinente a la labor del psicólogo, en los diversos niveles de atención de salud.

Los psicólogos han contestado que no todo lo que se lleva a la consulta psicológica es enfermedad. Que gran parte de las quejas llevadas al servicio son relacionadas con trastornos adaptativos, ya que éstos tienen alta prevalencia en las formas de vida actuales.

Opinan los psicólogos que deberían estar en el primer nivel de atención también, ya que podrían actuar en la prevención de enfermedades, filtrar los casos que se tratan de conflictos de la vida (duelos, somatizaciones etc.), y hacer la derivación a los servicios especializados de los casos más específicos. Pueden actuar también en la promoción de la salud además de intervenir no solamente en los procesos de enfermedades.

Según el PISMA (2007) de las asistencias realizadas por los ESMD¹⁴ durante el año de 2002, a nivel de Andalucía, un 86,09% tuvieron un diagnóstico relacionado con algún trastorno mental. De éstos, un 14,32% de las asistencias recibieron diagnóstico de trastorno adaptativo. Los usuarios que forman parte del último percentil referido podrían recibir asistencias aún a nivel de APS si estuvieran ahí los psicólogos. Como no están, los usuarios son derivados al segundo nivel lo que, de hecho, contribuye a congestionar los ESMD y disminuir la calidad de la atención brindada ya que: el tiempo dedicado a cada asistencia es minimizado (media hora como máximo); la frecuencia de las asistencias es menor (generalmente una al mes. En los casos más graves dos al mes); y el número de usuarios atendidos también disminuye.

Lo más grave es que las asistencias a quienes tienen un trastorno más severo y que por tanto necesitaría una mayor dedicación profesional, quedan perjudicadas.

Los psicólogos también mencionaron que su labor en APS implica otra forma de intervenir que está amparada en otro paradigma de salud lo cual tiene como objetivo la promoción de la salud y las intervenciones en los factores del

¹⁴ Equipo de Salud Mental de Distrito

binomio salud-enfermedad. Además, su trabajo deberá incluir las actividades de formación de otros profesionales de la sanidad.

Así que, el quehacer del psicólogo en APS remite a una amplitud de tareas que van dirigidas desde la prevención de enfermedades hasta la elaboración y ejecución de programas de educación para la salud, por ejemplo. Entre estos programas destacan la psicoeducación de padres e hijos y los programas de mejora de la calidad de vida.

8. Análisis cualitativo de los discursos de psicólogos actuantes en Atención Primaria de Salud en la ciudad de Campina Grande – Brasil y en el Concelho de Coimbra - Portugal

Este capítulo está dedicado a mostrar y discutir los resultados de las entrevistas en profundidad, ya descritas en el capítulo metodológico. O sea, son los resultados del trabajo de descripción, análisis y categorización de los discursos de los psicólogos actuantes en Atención Primaria de Salud (APS) en la ciudad de Campina Grande – Brasil y en el Concelho¹⁵ de Coimbra – Portugal.

Es oportuno aclarar que aunque desde el punto de vista político-geográfico Campina Grande y Concelho de Coimbra estén muy lejos la una del otro, los resultados son muy similares, lo que nos ha permitido proceder a su agrupación en las mismas categorías de análisis.

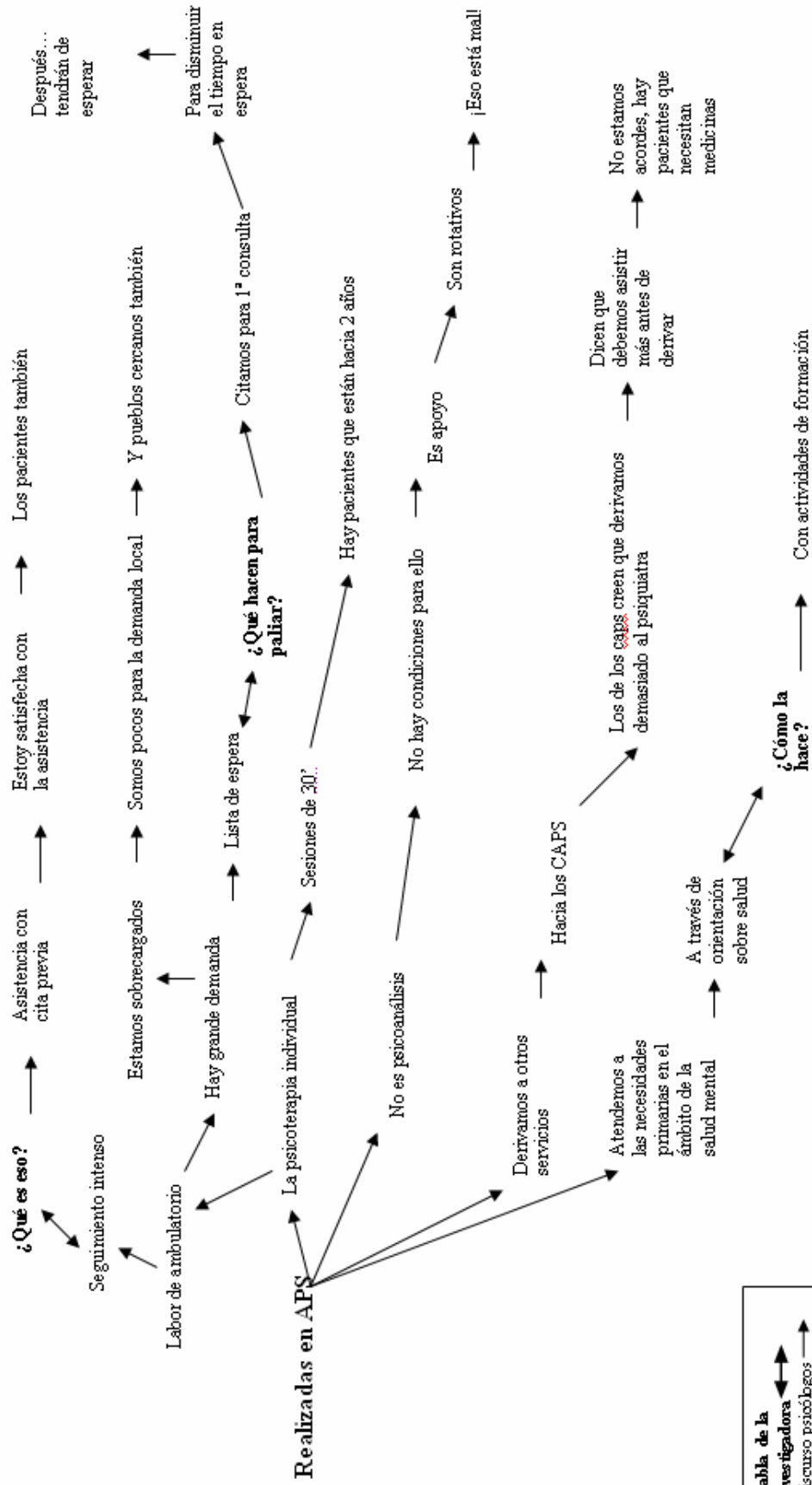
Para garantizar una fidelidad mayor a los datos y respetar algunos discursos más singulares, siempre que sea necesario, señalaremos la muestra y/o destacaremos las ideas no recurrentes.

8.1. Auto-relatos de los psicólogos sobre las intervenciones realizadas en Atención Primaria de Salud (APS)

En esta categoría, tal como demostramos en el árbol 8.1 (p.164), los actores de la investigación centraron sus discursos sobre lo que hacen actualmente en APS. La idea matriz radica en la creencia de que lo que hacen es adecuado a la APS, y sus intervenciones son descritas como compatibles a este campo.

¹⁵ Un Concelho es un territorio político-geográfico en lo cual están reunidas las Freguesias, que son las unidades más pequeñas o los pueblos. Así, el Concelho de Coimbra, en términos de división territorial, equivale a lo que es la Provincia de Granada.

Árbol de asociación de sentidos 8.1
 Las intervenciones realizadas en Atención Primaria de Salud (APS) – ciudad de Campina Grande – Brasil y Concelho de Coimbra – Portugal – Julio a diciembre / 2007



Habla de la investigadora
 ←→
 Discusión psicólogos →

Así, tal como la describen, la APS es una asistencia inicial definida como una primera atención a los problemas más sencillos, algo cercano a los primeros auxilios brindados a alguien que llega por primera vez al servicio.

Esta intervención, tal como la vemos, podría encontrar amparo teórico-práctico en lo que es el 'Plantão Psicológico'¹⁶, actualmente muy utilizado en Brasil (Tassinari, 2003; Mafhou, 1999; Tassinari, 1999).

La actividad central a través de la cual son desarrolladas las intervenciones en este nivel es la psicoterapia. Así, los psicólogos relatan que sus jornadas de trabajo son dedicadas casi exclusivamente a la referida actividad, no restando tiempo para otras actividades distintas. Todo es hecho en los moldes tradicionales incluso con los pacientes previamente citados. Pero, alegaron que son orientados a asistir a todos los que lleguen incluso a aquellos que llegan sin tener cita. La forma de resolver el problema de la falta de tiempo, ya que todas las jornadas son previamente organizadas y están llenas con las consultas individuales, es quitar de cinco a diez minutos del horario del siguiente paciente para hacerle la primera atención al que llega, aunque sea nada más que decirle que venga el día en el que se van a triar a los nuevos pacientes. El objetivo es asistir a todos sin que nadie se vaya sin ninguna respuesta. Tal actitud es interpretada por los psicólogos como una flexibilidad, una apertura alternativa del trabajo psicoterapéutico, cuando es utilizado en APS.

Entendemos que si la APS fuese realizada como debe ser, tal argumento no sería ni siquiera utilizado, ya que a este nivel, que es la entrada para todos los demás niveles de atención, todos los que lleguen tendrán de ser atendidos primariamente.

¹⁶ Se trata de una escucha clínica, no caracterizada como psicoterapia, frente a una necesidad de acogimiento urgente, de cualquier persona que acuda al servicio. Tal como lo ven los autores, el "plantão" remite a una técnica de desconstrucción de la clínica tradicional porque al contrario de la vertiente curativa, busca situar la demanda psicológica del individuo, en su contexto social, de modo que evite el aumento de su sufrimiento psíquico.

En la mayoría de las respuestas de los entrevistados queda claro una vaga comprensión del que hacer en APS. Todas las ideas concernientes al tema demuestran la fuerte influencia de la formación universitaria anclada al modelo clínico y la consecuente actuación en el referido modelo. Tal modelo es discutido y criticado en el tercer capítulo de esta tesis¹⁷.

Aunque algunos de ellos, en diversos momentos de la entrevista, demostraron hacer una reflexión sobre la (in) adecuación de sus asistencias al campo de la APS, hay una evidente comprensión de que la psicoterapia es parte no solamente integrante del campo, sino que la consideran una práctica normal de hacer en APS.

Otra equivocación que nos parece evidente es creer que su tarea está involucrada primariamente en el ámbito de la salud mental, cuando debería estar volcada a la salud general, la cual tiene en la promoción de salud y en la prevención de enfermedades, sus objetivos más grandes.

En la misma línea, el árbol 8.1 (p. 164) señala la narrativa discursiva del argumento psicoterapéutico: sesiones de 30', labor en ambulatorio, seguimiento a pacientes desde hace dos años etc., y la falta de permanencia de los pacientes a consecuencia de la falta de adhesión a las asistencias; como algo que dificulta su trabajo. Todo ello sedimenta aún más el uso del paradigma clínico utilizado en sus prácticas.

Para garantizar la fidelidad a algunas respuestas más alejadas y no saturadas en el contexto de la categoría, hay que decir que hubo una única psicóloga de Campina Grande que presentó una comprensión diferenciada de lo que sea la APS, pero aun así, sus ideas sobre lo que hacer a este nivel son guiadas por la psicoterapia realizada en grupos cuyo fin es asistir a más personas y desahogar los servicios.

¹⁷ En una perspectiva contraria al modelo criticado Alves et al propusieron en 2007, seis planteamientos nucleares para adecuar los currículos de psicología a las prácticas de psicólogos en APS.

En cuanto a los psicólogos de Coimbra, uno añadió que su trabajo no es compatible con la APS porque muchas veces tiene que hacer el trabajo del psicólogo escolar cuando debería hacer más prevención, intervención precoz e intervenir más en las asistencias a los mayores. Otro, ha dicho que su trabajo es compatible con la APS porque sus tareas incluyen la formación para tratar temas como: toxicodependencia, sexualidad, ansiedad etc.) en las escuelas las cuales están inscritas en un Programa de Educación para la salud. El objetivo del Programa es acercarse a los jóvenes para promover la salud física y psicológica.

8.2. Las Intervenciones de Psicólogos que deberían ser realizadas en Atención Primaria de Salud (APS)

Esta categoría captó los discursos sobre lo que debería ser realizado en APS. Conforme muestra el árbol 8.2 (p. 169), las respuestas están planteadas sobre tres premisas: dar prioridad a la psicoterapia, no priorizar la psicoterapia y actuar con grupos.

Respeto a la premisa (la prioridad de la psicoterapia en APS), no nos vamos a detener puesto que viene comentada en la categoría 8.1.1. Respecto a la segunda, no ofrecer la psicoterapia en APS, quedó claro que hay una preocupación en relación a que la psicoterapia no debe componer el rol de actividades en APS. Tal preocupación no es suficiente para eliminar la psicoterapia del rol de sus tareas.

Utilizan la reciente implantación del servicio y la falta de capacitación para ello como justificantes de sus desconocimientos sobre lo que hacer en el lugar de la psicoterapia.

Recurren al término Equipo Matricial como un desconocido. O sea, como a algo que se sabe que existe, del que se habla mucho, pero no se comprende qué es. Aún en esta línea de justificación, señalan la resistencia por parte de

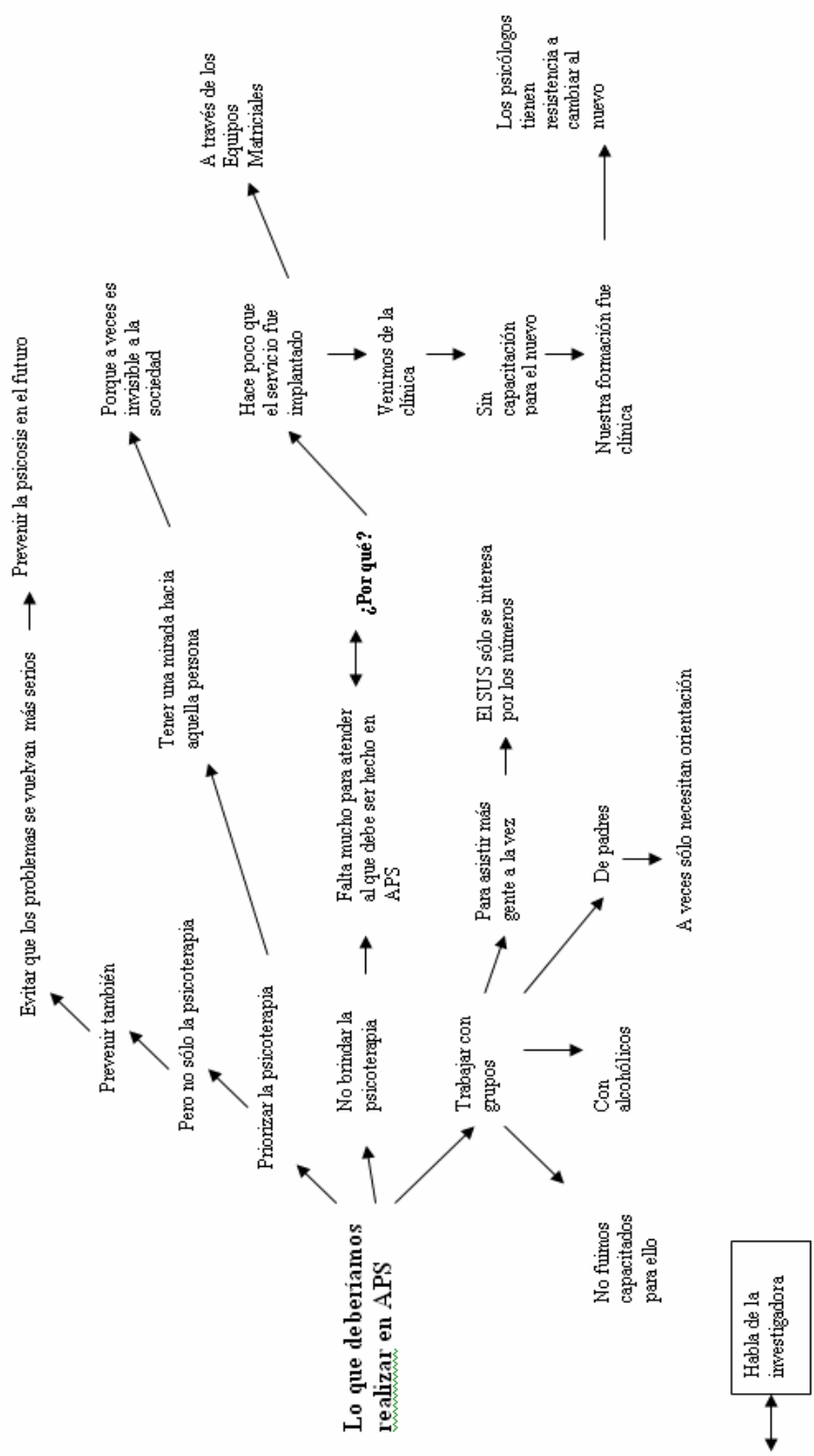
los profesionales a cambiarse al nuevo. Lo explican como una dificultad de dejar lo conocido para arriesgarse a lo novedoso.

De un modo general la construcción del argumento gira en el entorno de la psicoterapia. Ya que cuando se remite a la realización de grupos (tercera premisa), se está pensando en una psicoterapia de grupo como una manera de hacer lo mismo como si fuese el nuevo y, también de asistir a más gente a la vez. Incluso hay protestas respecto a orientación del SUS cuando dicen que la formación de grupos propuesta por éste órgano es nada más que un interés en aumentar los números respecto a las asistencias. Es decir, el SUS quiere producción, más gente que sea asistida sin preocuparse por la calidad de la atención. Al mismo tiempo, la calidad defendida por los psicólogos se relaciona directamente con brindar la psicoterapia a más personas garantizando su vinculación a los moldes clásicos.

Tal como lo vemos, es una idea equivocada de la propuesta del SUS, porque los psicólogos no se están dando cuenta de que la formación de grupos que proponen está mediada por la psicoterapia. Y no podría tener tal carácter, ya que la referida intervención no deberá componer la labor del psicólogo a este nivel de atención. Hay que añadir también que la psicoterapia, sea individual o grupal, va a depender de lo que está propuesto como objetivo, es exactamente lo mismo, es decir, clínica especializada.

Se habla sobre la necesidad de formar grupos de trabajo con padres y alcohólicos. En la altura de la toma de datos aquí presentados, la formación de estos grupos aún estaba en proceso de implantación. Y se nos informó que su formación sería realizada mediante una primera consulta con los padres que vienen al servicio en la búsqueda de ayuda para sus hijos. Tal propuesta se sostiene en la idea de que muchas veces son los propios padres los que más necesitan la asistencia psicoterapéutica y mediante tal asistencia y orientaciones, será posible llegar a los niños que más necesitan la intervención psicoterapéutica. De un modo general, todo ello conlleva a la idea de desahogar los servicios en la medida en que se puede asistir a más personas.

Árbol de asociación de sentidos 8.2
 Las intervenciones que deberían ser hechas en Atención Primaria de Salud (APS) – ciudad de Campina Grande – Brasil y Concelho de Coimbra – Portugal - julio a diciembre /2007



Es importante registrar que según los psicólogos, la queja predominante de los padres es la hiperactividad de sus hijos. En Portugal, además de la hiperactividad, el tema de los niños maltratados presenta una gran incidencia.

Tal como la entendemos, el único problema de la propuesta de los psicólogos para su labor en APS es que todo el planteamiento se guía por la realización de la psicoterapia en vez de ser guiado por la promoción y educación para la salud y la prevención de las enfermedades.

La prevención también aparece como una actividad pertinente en APS, pero su comprensión se vuelca hacia una clínica cuyo objetivo es evitar la cronificación de problemas neuróticos o prevenir una psicosis en el futuro.

La forma en la que los actores de la investigación miran la prevención resulta algo limitada una vez que está demarcada por el criterio de tiempo. O bien por intervención en edad temprana o por intervención en un problema neurótico, como medida de evitar que se vuelva psicótico.

Las equivocaciones contenidas en estos discursos habrán de ser relativizadas frente a realidad encontrada en Campina Grande en aquel momento histórico. Es decir, el servicio estaba en fase de implantación y resultan comprensibles las dificultades allí encontradas en cuanto a la adecuación de las prácticas a la propuesta de trabajo en APS. Pero está igualmente claro que no hubo una preparación de los profesionales antes de sus traslados a los Centros de Salud, hecho que podría crear una gran diferencia en las respuestas de salud, brindadas a la comunidad.

Hay que registrar las protestas contra la falta de coordinación y preparación para el desarrollo de la labor en los Equipos Matriciales¹⁸, en este momento tan crucial.

¹⁸ Explicado en la página 173

Los psicólogos de Portugal afirman que los que están en APS son los que deberían ocuparse de los niños maltratados. Idea que está también vinculada a la disminución de la carga sobre el servicio especializado y a la prevención precoz.

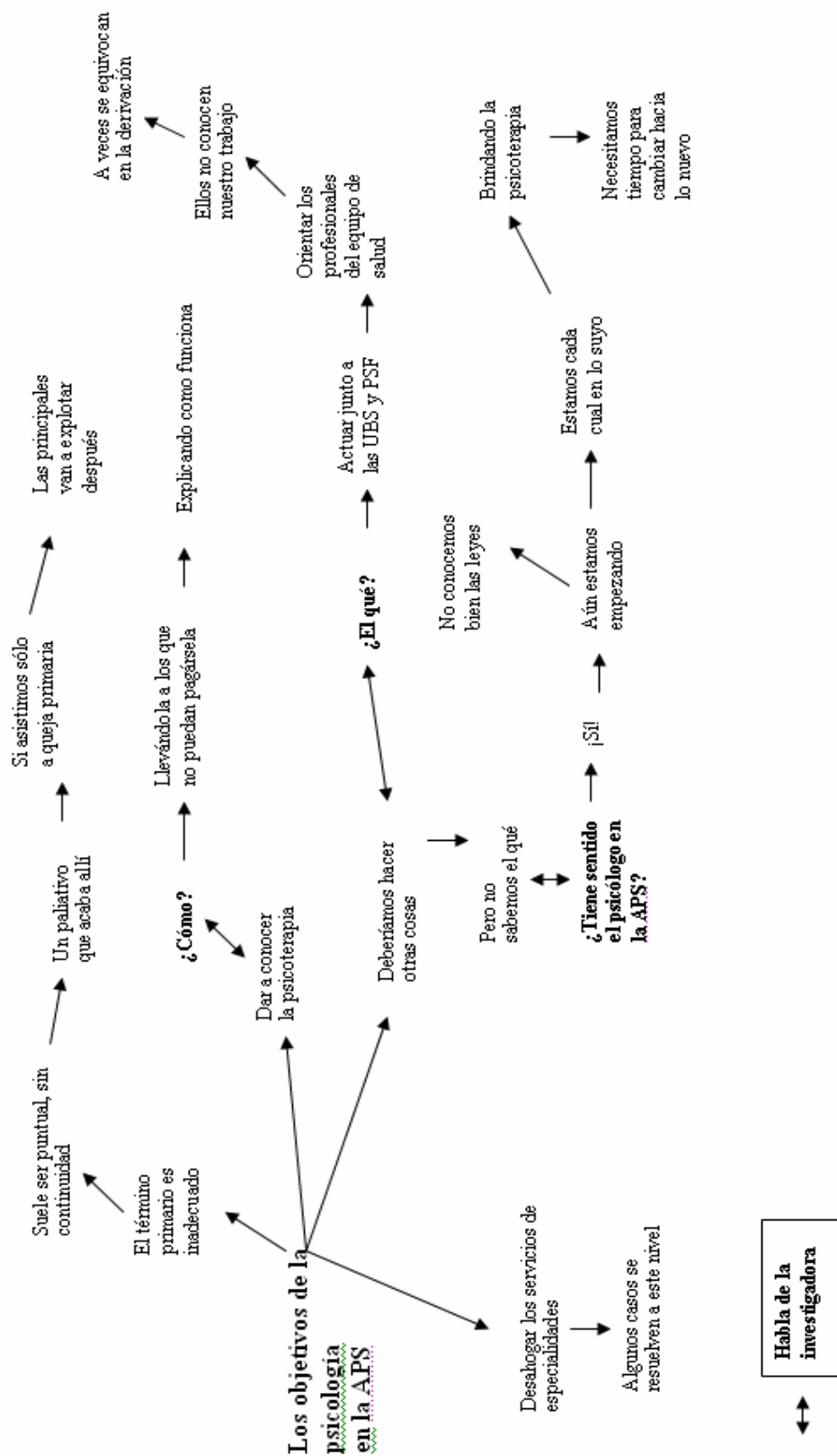
Compararon la labor del psicólogo en APS como semejante a la del médico generalista. Afirmaron que la inserción de psicólogos en APS, igualmente que en Brasil, es también muy reciente. Explicaron que el servicio debe funcionar como puerta de entrada para todas las asistencias y se puede hacer mucho a través de ello, como por ejemplo: intervenir en la comunidad, analizar el funcionamiento de los servicios, facilitar la interacción entre los profesionales de salud y la comunidad, sensibilizar los gestores de salud en cuanto a la contribución que puede aportar el psicólogo a la salud de la comunidad en términos de su bien-estar psicológico. Siguen afirmando que en APS el psicólogo debe asistir a todos los que acudan al servicio y luego derivar a los que necesiten asistencia especializada.

Para nosotros esta última concepción es bastante cercana a la que proponemos en esta tesis.

8.3. Objetivos de las prácticas psicológicas en APS

En esta categoría captamos los discursos sobre la adecuación y la importancia de la presencia del psicólogo en APS. El árbol 8.3 (p.172) muestra que ésta está organizada a partir de cuatro ideas centrales. La que viene en el medio, dar a conocer la psicoterapia, ratifica lo ya dicho y repetido: la psicoterapia es el eje de todas las prácticas en APS. La segunda, que está también en el medio, remite al conocimiento, aunque superficial, de que deberían hacer otras cosas. Como muestra el árbol, hicimos diversas intervenciones en la búsqueda de una respuesta más coherente. Pero está claro que en aquel momento no tenían claridad sobre el asunto.

Árbol de asociación de sentidos 8.3
 Los objetivos de las prácticas psicológicas en APS – ciudad de Campina Grande – Brasil y Concelho de Coimbra – Portugal – julio a diciembre / 2007



El tema gira alrededor de actuar con las UBS y PSFs, pero el qué y el cómo hacer, no lo tienen claro. Alegan la falta de conocimiento de las leyes y la novedad de la intervención.

La tercera idea, y la más extremada, muestra que el término primario es inadecuado al uso de las actuaciones del psicólogo en APS porque remite a una asistencia superficial, puntual sobre una primera queja y quedan los verdaderos motivos de la búsqueda del servicio encubiertas, con lo cual vendrían a explotar en otro momento, implicando un descuido en las quejas principales del paciente. Tal equivocación es, según nuestro punto de vista, la más grave entre las demás. Muestra un alto nivel de desconocimiento de lo que es el trabajo en salud pública, precisamente en APS. Ratifica la dificultad, ya señalada, del psicólogo de pensar su práctica desde un paradigma distinto del clínico.

La cuarta idea, desahogar los servicios especializados, tiene mayor valor de coherencia con la APS.

8.4. Los Equipos Matriciales (EM) para los psicólogos de la APS¹⁹

El árbol 8.4 (p.175) muestra que la comprensión de los Equipos Matriciales es muy rudimentaria, excepto en lo que concierne a que los profesionales deberían actuar de manera interdisciplinaria y no ofrecer la psicoterapia, conceptos aún teóricos y no incorporados a las prácticas. Los psicólogos justifican el mantenimiento de las actuales prácticas por la falta de estructura, supervisión/coordiación y de tiempo.

De acuerdo con los documentos del Ministerio de Salud de Brasil (Brasil, 2003b; Brasilia, 2004) y Campos y Domitti (2007), el Apoyo Matricial es una directriz en la organización de los servicios que complementa los equipos de

¹⁹ No hubo respuestas de los portugueses en cuanto a esta categoría, ya que los EM hacen parte de un Programa de salud específicamente de Brasil.

referencia²⁰. Ya que el equipo de referencia es el responsable de sus pacientes, de modo que no hace derivación, sino que pide el apoyo, tanto a los servicios de referencia/especialidades (y/o a los especialistas ajenos a los equipos), como a otros profesionales que actúan junto al paciente. El apoyo matricial es, por tanto, una forma de organizar y ampliar la oferta de acciones en salud, que echa mano de saberes y de prácticas especializadas, sin que el usuario deje de ser cliente del equipo de referencia.

Los documentos y autores arriba referidos describen la organización o formación de los equipos matriciales con la siguiente composición mínima: un médico psiquiatra o generalista, con capacitación en salud mental, dos técnicos de nivel superior a elegir entre psicólogo, terapeuta ocupacional o trabajador social, un enfermero y auxiliares de enfermería. Cada equipo debe dedicarse a la asistencia de 6 a 9 equipos de PSFs o grupos poblacionales entre 15 a 30 mil habitantes.

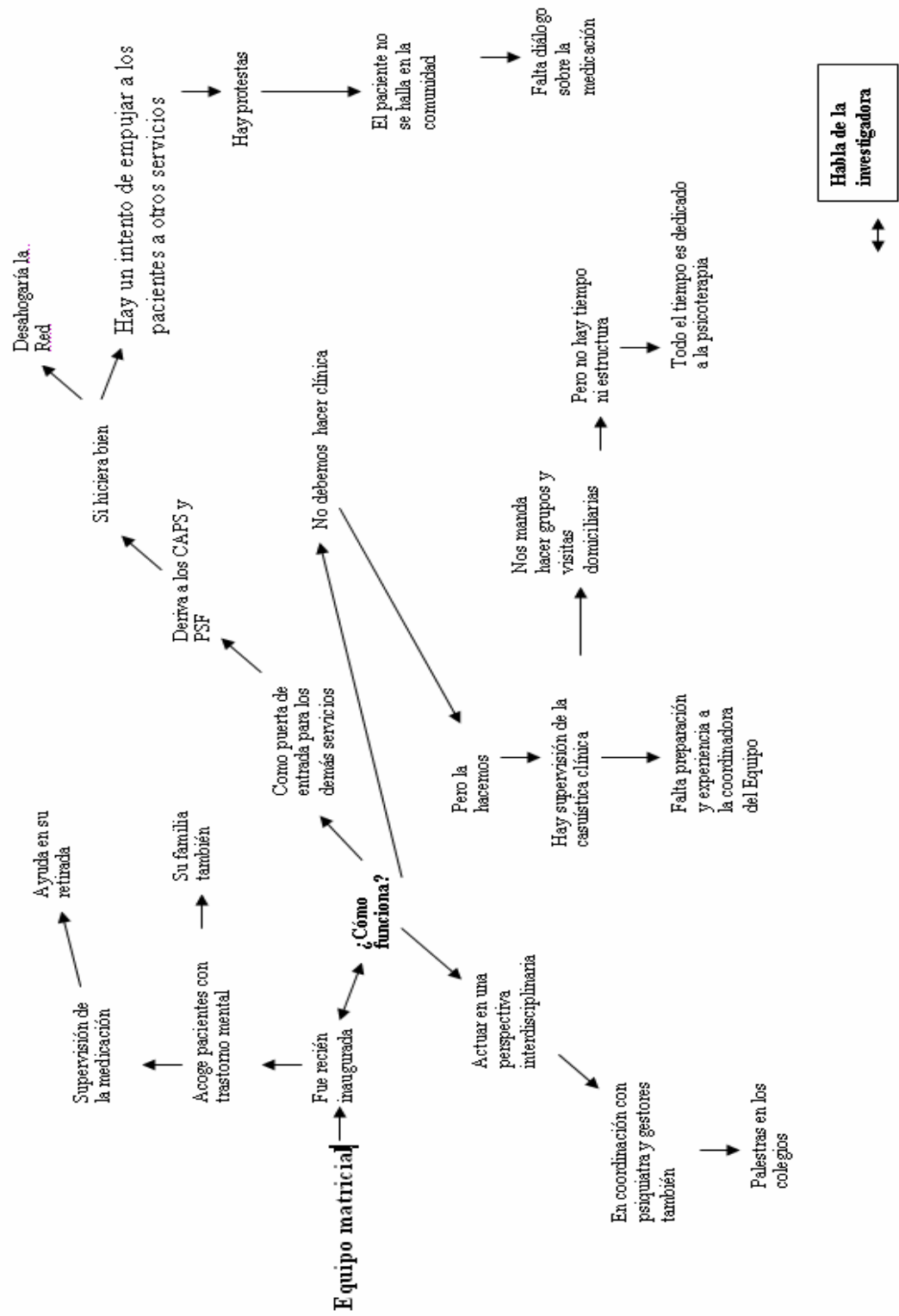
Así, los equipos deben obedecer a una lógica de trabajo interdisciplinario desde una composición multiprofesional.

El problema que se presenta respecto a la formación actual de los equipos matriciales en Campina Grande es que éstos están formados sólo por psicólogos. De modo que es una propuesta discrepante con la del SUS y por razones obvias, no podrá dar cuenta del trabajo interdisciplinario, tampoco tendrá autoridad teórica y técnica suficiente para apoyar a los demás equipos.

Otra discrepancia en términos de comprensión de lo propuesto por el SUS es la idea recurrente al trabajo con grupos. El SUS propone el desarrollo de aportes colectivos y de grupos como estrategias para la atención en salud mental, que pueden ser desarrolladas en las unidades de salud o bien en la comunidad.

²⁰ El equipo de referencia contribuye para resolver o bien minimizar la falta de definición de responsabilidades, de vínculo terapéutico y de integración en la atención a la salud, brindando un tratamiento digno, respetuoso, con calidad, acogimiento y vínculo (Brasilia, 2004).

Árbol de asociación de sentidos 8.4
 Los Equipos Matriciales para los psicólogos de la APS – Campina Grande – Brasil – julio a septiembre / 2007



Desde nuestra comprensión esto no significa una orientación para hacer la psicoterapia de grupo.

La construcción de estos equipos, sea de Referencia o bien de Apoyo Matricial, es algo muy novedoso y su comprensión es compleja y, sobre todo, difícil de ponerse en marcha. De modo que habría que hacer una mayor inversión en términos de capacitación de los profesionales que están en los servicios de atención básica de salud, con el objetivo de paliar esta carencia de la formación.

El propio SUS propone los Polos²¹ de Educación Permanente en Salud como una alternativa al saneamiento de estas dificultades (Brasil, 2003a).

8.5. El proceso migratorio de los psicólogos de la clínica Municipal hacia los Centros de Salud²²

En el momento de la toma de datos en Campina Grande (julio a septiembre de 2007) la presencia de los psicólogos en el servicio de APS había sido inaugurada oficialmente al principio del mismo año de 2007. Así, llevaban en el servicio entre seis y ocho meses (Alves et al., 2008).

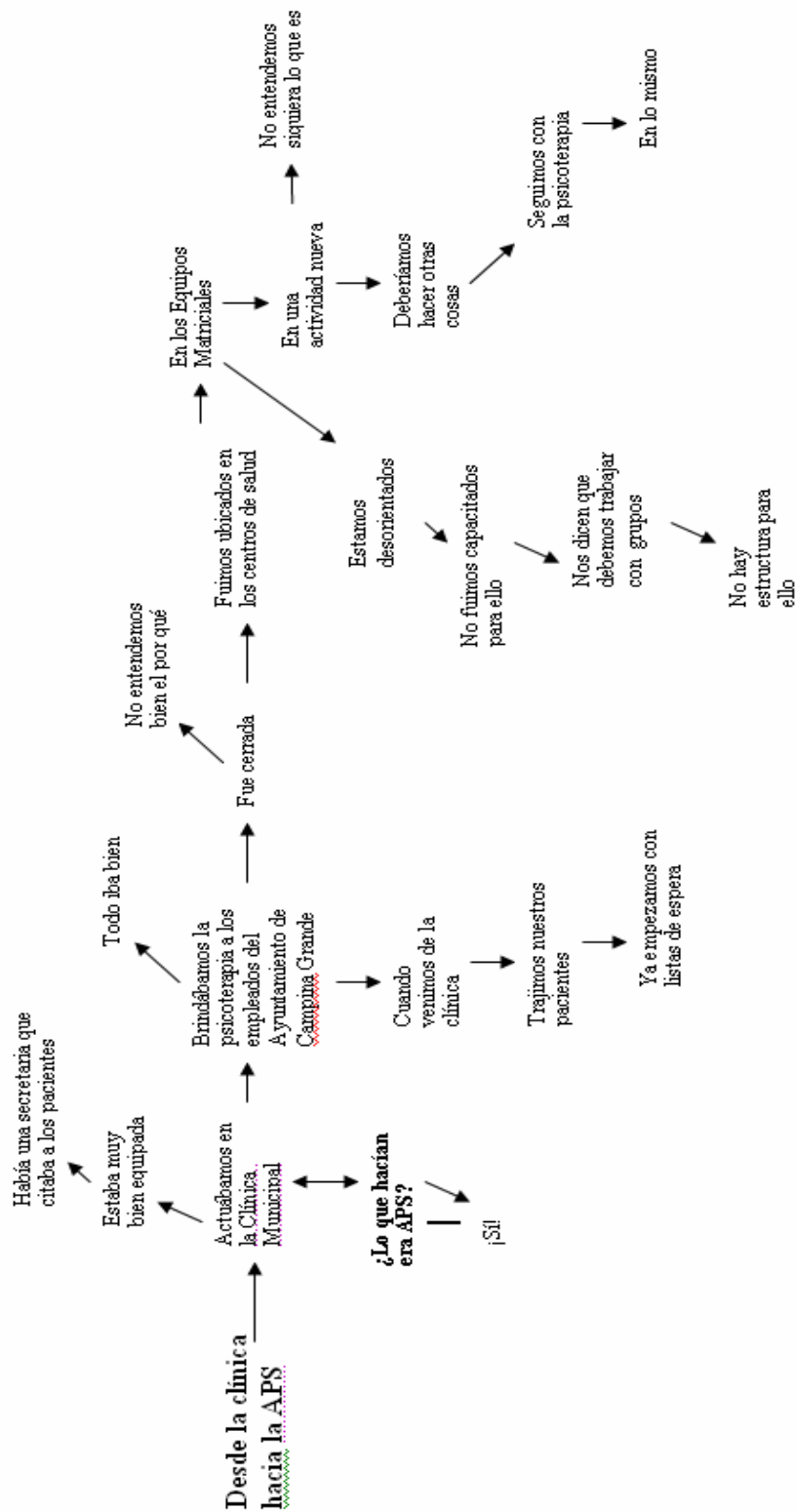
Antes estaban en la Clínica Municipal de Campina Grande, la cual estaba vinculada a la Consejería de Administración y no a la de Sanidad y tenían como propósito asistir a los funcionarios del Ayuntamiento de la ciudad.

Los actores relataron que hasta entonces no entienden muy bien los motivos que llevaron a su cierre. Tras el cierre fueron trasladados a los Centros de Salud para actuar a partir de ese momento en las asistencias primarias. Éstos demostraron gran insatisfacción por el cierre. Y, como lo demuestra el árbol 8.5 (p.177), hubo muchas protestas por la falta de capacitación y de preparación para la actuación en la nueva actividad.

²¹ Espacios para el establecimiento del diálogo y de la negociación entre los actores de las acciones y servicios del SUS y de las instituciones formadoras

²² Sin respuestas para las otras muestras

Árbol de asociación de sentidos 8.5
 El proceso migratorio de los psicólogos de la clínica Municipal hacia los Centros de Salud – APS – ciudad Campina Grande – Brasil julio a septiembre / 2007



Un hecho puntual, demostrativo de la falta de habilidad para el traslado de los psicólogos, fue el traerse a los pacientes allí asistidos para continuar dándoles seguimiento de psicoterapia, en los Centros de Salud. Indicaron que les cambiaban de local de trabajo, pero la práctica clínica seguía igual. No hubo una discusión y preparación para que la perspectiva teórico-práctica fuese pensada y rediseñada de modo que se compaginara con el nuevo nivel de asistencia.

Todo ello, llevó a que los psicólogos ya llegasen a los Centros de Salud con sus respectivas listas de espera. Ya que la demanda para la asistencia psicológica es muy superior a la capacidad de asistencia presentada en los Centros de Salud.

Conforme lo demuestra el árbol 8.5 existe una inquietud en cuanto a lo que hacían en aquellos momentos, en los Centros de Salud. O sea, algunos relatan que saben que deberían hacer otras cosas, pero no saben el qué. Al mismo tiempo, cuando fueron preguntados sobre si lo qué hacían en la clínica era APS, han contestado que sí, que lo es.

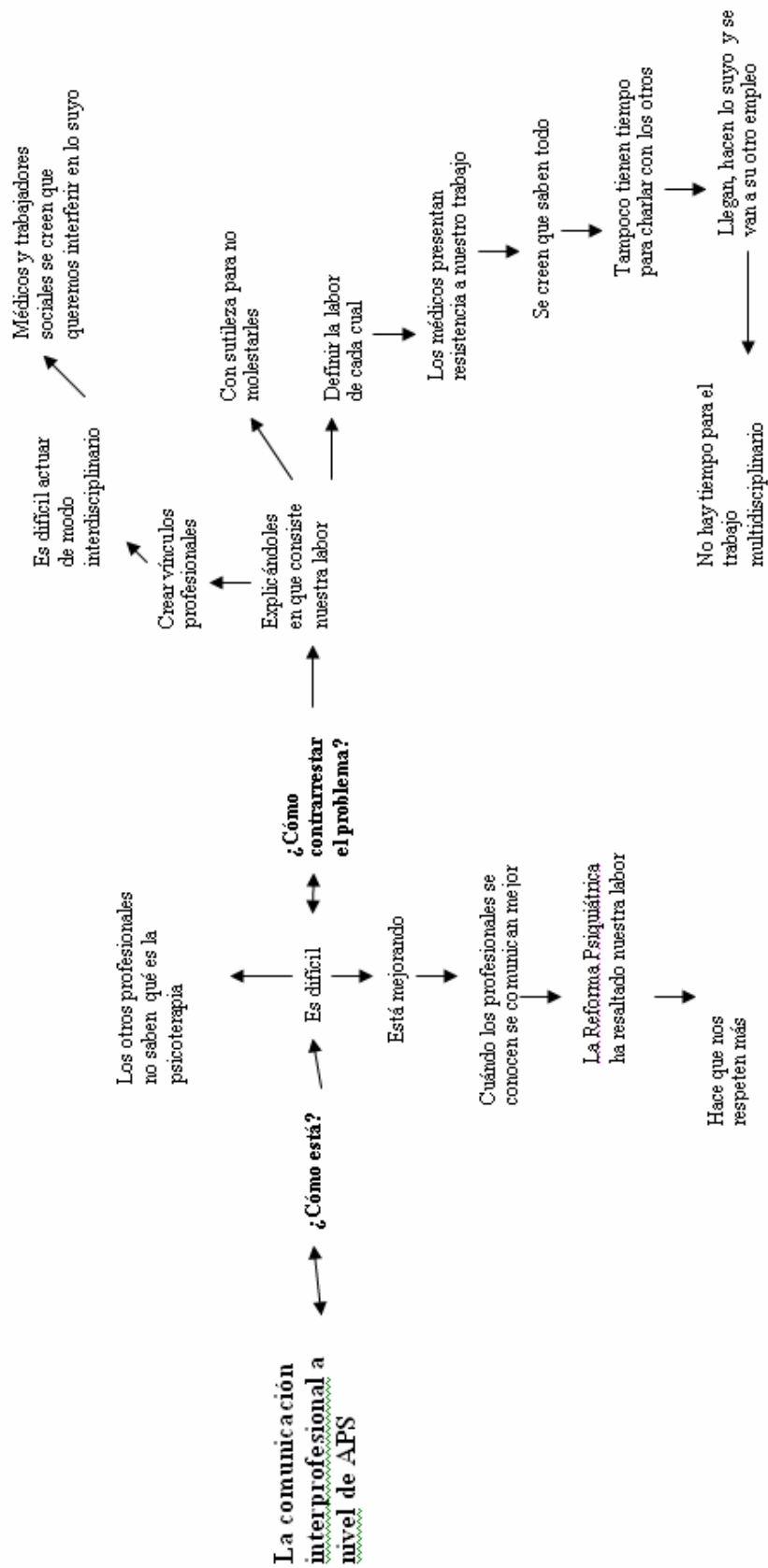
En definitiva, los psicólogos siguen en su labor habitual con la práctica de la psicoterapia, incluso afirman que están felices con su labor aunque les falte la comodidad que tenían en la antigua Clínica de Psicología.

8.6. La comunicación interprofesional en APS

Es redundante decir que la comunicación interprofesional es uno de los pilares para el buen funcionamiento de los servicios de salud.

El árbol 8.6 (p.179) muestra que la comunicación entre los profesionales es difícil y marcada por las viejas y ya conocidas relaciones jerárquicas, generalmente centradas en el poder del médico.

Árbol de asociación de sentidos 8.6
 La comunicación interprofesional en APS – ciudad de Campina Grande – Brasil y Concelho de Coimbra– Portugal julio a diciembre / 2007



Deslinda, a la vez, que el modelo pretendido por los actores de la investigación para paliar las dificultades, es equivocado. Porque pretende explicarles a los otros profesionales del equipo sus quehaceres, pero ¿cómo van a explicarles su función en el equipo si la desconocen? ¿Cómo van a definir la labor de cada cual? ¿Cómo van a poder actuar de modo interdisciplinario si tampoco tienen las bases para ello?

En cuanto a los portugueses, uno de ellos subrayó la poca y precaria articulación entre los psicólogos entre sí, entre los diversos profesionales y entre los servicios de APS y los otros servicios. Destacó principalmente el mal contacto entre los que están en los hospitales y los de APS. Dijo que cuando hay buena comunicación es porque hay una relación de amistad entre los profesionales, no siempre relacionada con lo profesional.

Como justificantes del fenómeno alegó una desvalorización de la APS y las idiosincrasias de Coimbra. O sea, Coimbra es un lugar muy particular por el tradicional culto a los doctores y al conocimiento. Hecho que garantiza a los profesores de la Universidad una opinión más idónea en relación a los que están en APS. La APS, según este profesional, es representada por los demás profesionales especialistas, en la particular función de triar los pacientes que acuden al servicio. O sea, como un trabajo sin gran importancia científica.

Otro factor de agravamiento son las divergencias teóricas entre los psicólogos. Cada cual se encierra en lo suyo creyendo que su aporte teórico es mejor que el del otro.

Alegó, finalmente, que el hecho de que en Portugal no exista un Colegio oficial de psicólogos también agrava la dificultad de comunicación y de organización del colectivo profesional (Ordem dos Psicólogos, nomenclatura portuguesa y Conselho de Psicólogos, nomenclatura brasileña).

El segundo profesional portugués presentó un discurso algo más teórico. Habló desde una perspectiva más futurista que de una práctica existente. Él cree que las personas empiezan a comprender que el trabajo debe ser hecho

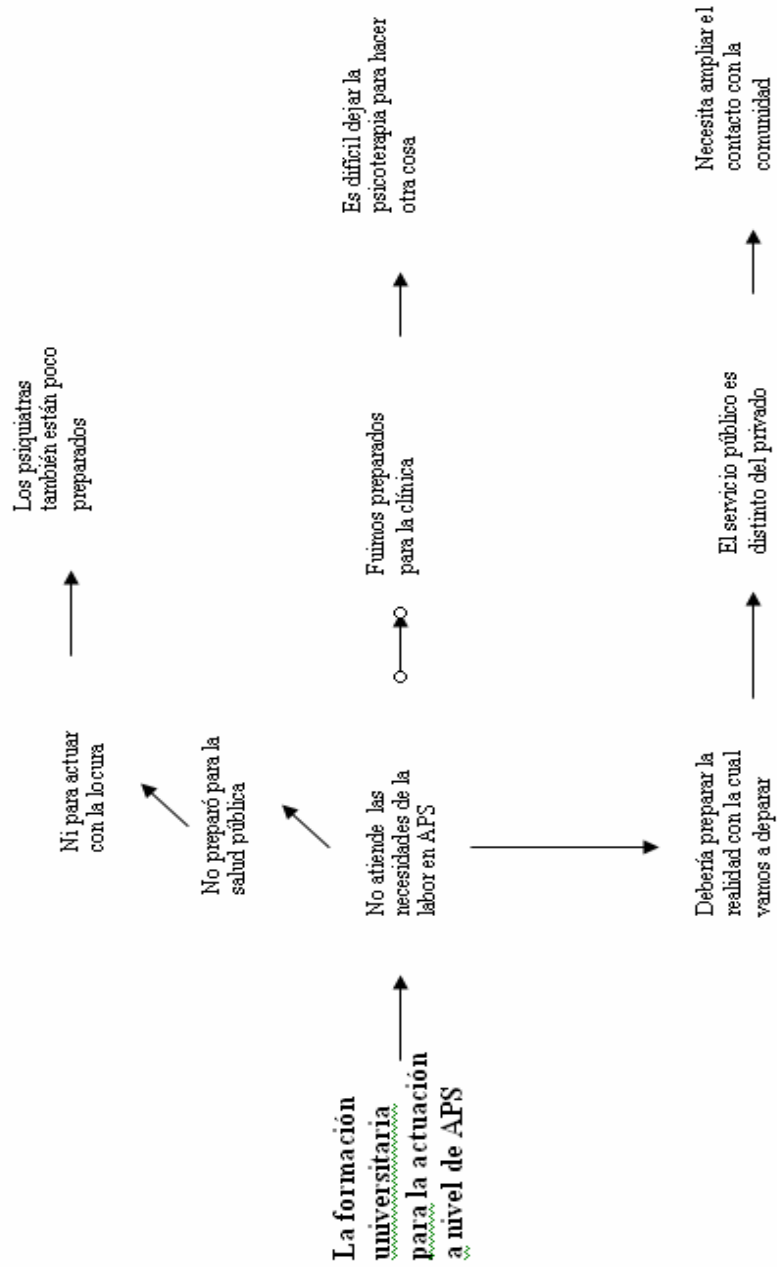
en equipo y que tiende a desaparecer la vieja postura de que 'su especialidad es la mejor'.

8.7. La formación universitaria para la actuación a nivel de APS

El árbol 8.7 (p. 182) muestra que todas las dificultades señaladas por los actores son dirigidas a la formación universitaria. O, mejor dicho, a la falta de una formación adecuada. Las quejas son las mismas: han sido preparados para la actuación en la clínica privada, les falta el conocimiento de lo que son los Programas institucionales de salud, les falta la preparación para enfrentarse a la realidad de las comunidades usuarias del servicio público de salud. Todo ello recarga la dificultad de dejar la psicoterapia para cambiarse a lo nuevo y desconocido.

Vemos pertinente la crítica respecto a la formación poco adecuada a las necesidades reales del campo, sobre todo, cuando solicitan una reforma en el currículum cuyo objetivo es garantizar una formación volcada a la realidad que el profesional encontrará en el mundo laboral de la salud pública.

Árbol de asociación de sentidos 8.7
La formación universitaria para la actuación a nivel de APS – ciudad de Campinas Grande – Brasil julio a septiembre / 2007



8.8. Sobre lo que hace falta para mejorar el servicio de APS

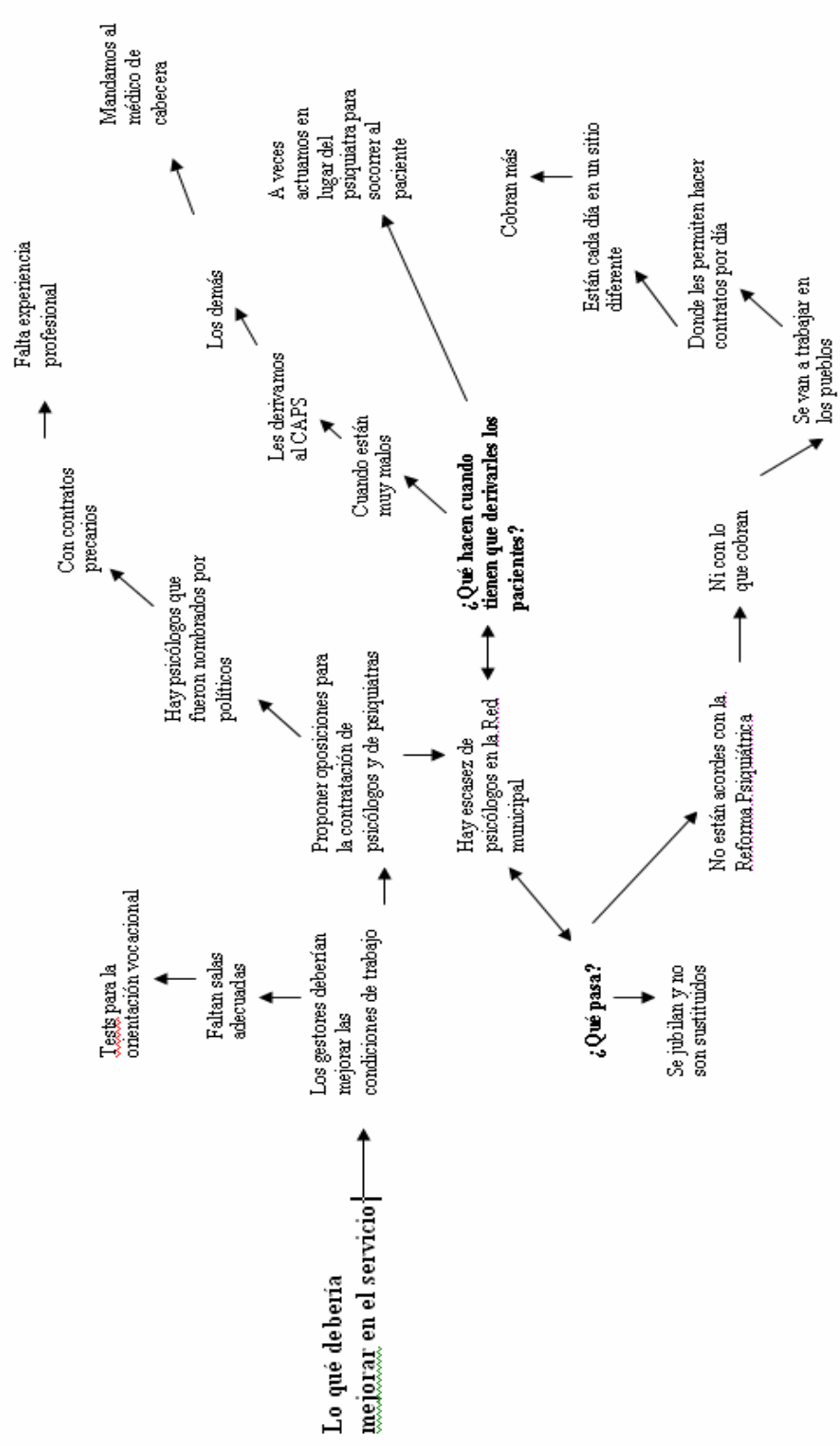
En esta categoría resumiremos los discursos sobre los elementos que faltan para mejorar y optimizar el servicio. El árbol 8.8 (p.184), muestra que los psicólogos están insatisfechos con los gestores por su falta de comprensión de lo que es la labor del psicólogo. Empiezan protestando sobre la falta de condiciones de trabajo. Sus reivindicaciones (tests psicológicos para orientación vocacional y disponer de un administrativo para citar a los pacientes) revelan una vez más que lo que hacen y también lo que les gustaría hacer a nivel primario es, según nuestra opinión, incompatible con ese nivel. La mentalidad clínica de los psicólogos es flagrante en todos los momentos del discurso.

A continuación, reclaman oposiciones para psicólogos y denuncian la gran cantidad de profesionales que entraron al servicio por la vía de la indicación de políticos. Hecho que, según ellos, compromete la calidad del servicio porque los profesionales entrantes no fueron sometidos a oposiciones y presentan baja experiencia profesional.

La escasez de psicólogos es un tema común entre las tres muestras (aunque en el ámbito de este capítulo la muestra de Granada no esté representada). El cuadro nº 7.2.2 (cap. 7) muestra la situación de la cantidad de profesionales por habitante, comprobando la denuncia de nuestros interlocutores. El Concelho de Coimbra es donde se encuentra la situación menos grave, cuando analizamos la relación del número de psicólogos actuantes en los 3 niveles de asistencia por habitante (un psicólogo para 4.242 hab.) Sin embargo, cuando miramos la relación entre el número de psicólogos en APS por habitante (1 para 7.237) la situación cambia drásticamente.

El panorama de la Provincia de Granada es todavía más precario. En primer lugar, porque no hay psicólogos en APS. En segundo, la relación entre número de psicólogos por habitante es 'sin precedentes' (1 psicólogo para 32.862).

Árbol de asociación de sentidos 8.8
Sobre lo que hace falta para mejorar el servicio en APS – ciudad de Campina Grande – Brasil – y Concelho de Coimbra – Portugal –
julio a diciembre / 2007



La situación de Campina Grande en términos del número de psicólogos por el total de habitante en los 3 niveles (1 psicólogo para 7.275) si ubica entre Coimbra y Granada. Por ende, en términos de APS (1 psicólogo para 24.737) el panorama cambia y Campina Grande sube al primero puesto.

De un modo general, Campina Grande es donde se encuentra la situación menos grave de las 3 muestras.

Según nuestros interlocutores tal situación no les permite ofrecer unas asistencias más efectivas, ni dar las respuestas solicitadas y esperadas por las otras instituciones. Los de Portugal añadieron que no es posible brindar la psicoterapia ni una intervención psicopedagógica a los niños.

También fue posible captar un discurso sobre una crisis en el sector de la psiquiatría. Es decir, casi no hay psiquiatras en la Red Pública de Campina Grande, ni a nivel de APS ni tampoco en los otros niveles. Cuando les preguntamos sobre cómo manejan la casuística que necesita ser derivada a los psiquiatras, éstos contestaron que sólo derivan a los pacientes más graves hacia los CAPS y al Hospital Universitario. Este último presenta también una escasez de psiquiatras. Los demás pacientes son enviados al médico de cabecera ('médico de familia' tanto en Brasil como en Portugal), y a los que quedan les manejan ellos mismos.

Aun respecto a la falta de psiquiatras en la Red de Campina Grande, según nuestros entrevistados, los psiquiatras se jubilan y no son sustituidos. Otros factores señalados fueron la falta de acuerdo con la reforma psiquiátrica y los bajos sueldos cobrados. Por ello buscan contratos de trabajo a tiempo parcial en otros pueblos, de modo que puedan cobrar más.

Tal situación nos llevó a reflexionar sobre la necesidad de realizar otros estudios en el campo de la formación de la especialidad psiquiátrica en la búsqueda de respuestas más precisas para el fenómeno.

8.9. Lo que está bien en el servicio – APS²³

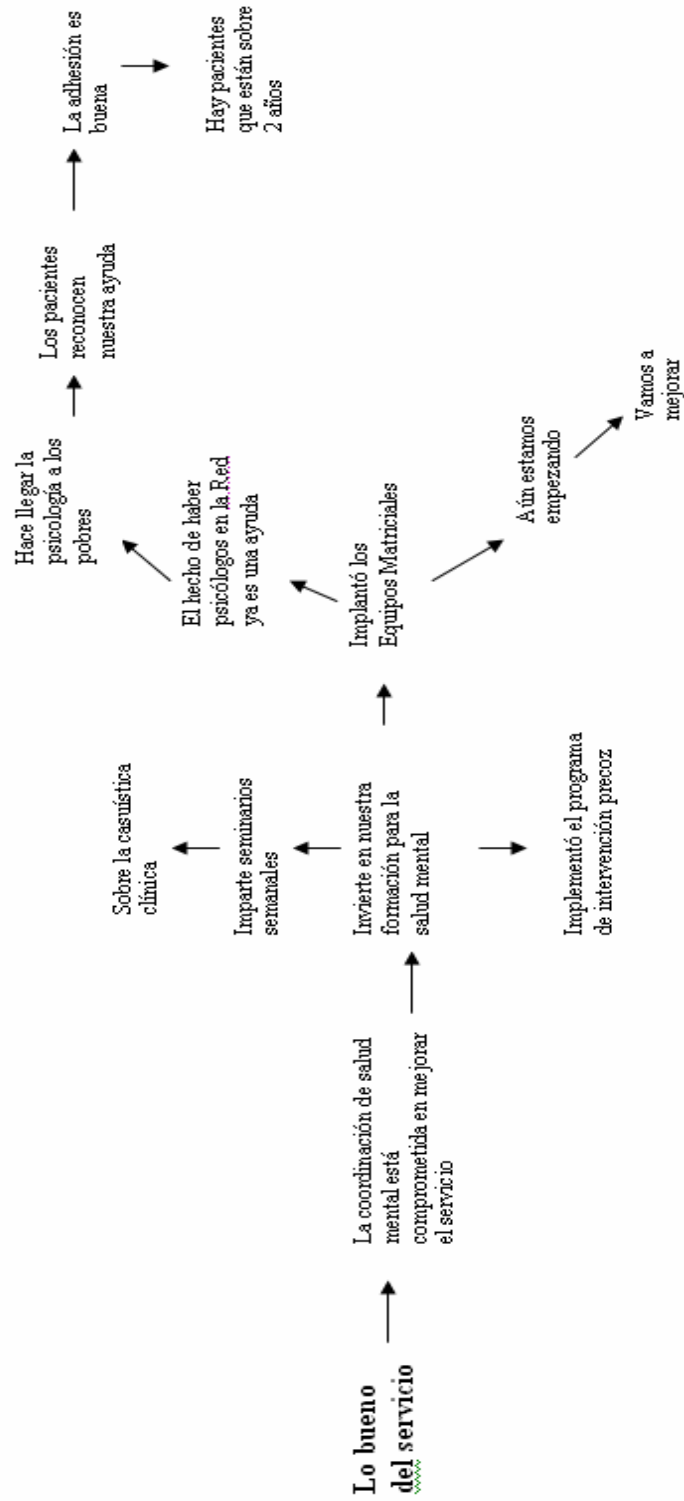
Entre los argumentos presentados en el árbol 8.9 (p.187), el núcleo central del discurso redundaba sobre la buena y comprometida actuación de la Coordinación de Salud Mental, de la ciudad. El compromiso asumido es, según nuestros entrevistados, con la inversión en la formación, a través de seminarios semanales donde la casuística clínica es supervisada, la creación del Programa de Intervención Precoz y la implantación de los Equipos Matriciales.

Todo ello es, desde nuestra perspectiva, algo ambiguo ya que en los discursos de todas las demás categorías se demostró una falta generalizada de la comprensión de lo que son las acciones propias en APS y, también por la gran cantidad de protestas acerca de la falta de coordinación y orientación hacia los profesionales de APS.

Las demás ideas giran alrededor de que la psicología en APS sirve a la popularización de la psicoterapia, de una psicología que debe ser llevada a todos. Remite a una idea de una psicología/psicoterapia accesible a los pobres.

²³ Sin respuestas para la muestra de Portugal

Árbol de asociación de sentidos 8.9
 Lo que está bueno en el servicio – APS – ciudad de Campina Grande – Brasil – julio a septiembre / 2007



9. La promoción de salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos

El presente capítulo tiene como objetivo, a partir del contexto de la promoción de salud, presentar y explicar la prevención de enfermedades como una atención compatible con la labor del psicólogo en la salud pública/comunitaria, proponer, sin ánimo de exhaustividad, una guía de actividades volcadas a la prevención para las actuaciones del psicólogo en los tres niveles de asistencia de salud.

Para darle un carácter más didáctico vincularemos las acciones a su nivel de salud, a modo de destacar las diversas posibilidades desde, donde y cuando hacer la prevención.

Cabe subrayar que la prevención de enfermedades es, de entre todas las novedades de acciones psicológicas en la salud pública/comunitaria, la menos desarrollada y conocida. Motivo por el cual le daremos énfasis.

El énfasis sobre la prevención indica por un lado una pluralidad de acciones, y por otro, la dificultad en adecuar cada acción a su nivel de pertenencia. Esa coyuntura deberá tener en la psicología de la salud su soporte epistemológico y práctico.

9.1. La promoción de la salud general

A día de hoy todavía hay confusión entre los conceptos de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. De hecho, esto ocurre porque algunas veces una misma intervención puede que sirva para los dos casos.

Para Godoy (1999) la promoción de la salud es “(...) el conjunto de actuaciones encaminadas a la protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud y, a nivel operativo, al conjunto de actuaciones (centradas en el individuo y/o en la comunidad) relacionadas con el diseño, elaboración, aplicación y evaluación de programas y actividades encaminadas a la educación, protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud (de los individuos, grupos o comunidades)” (pp. 61-62).

Guibert Reyes, Grau Abalo y Prendes Labrada (1999), asociando la educación para la salud a la promoción de salud, afirman que “promover la salud significa educar, es decir, instaurar en la población comportamientos que hayan probado ser realmente efectivos para una salud óptima. Esto requiere formar nuevas conductas, modificar actitudes, fortalecer motivos especiales y fomentar creencias favorables mediante diferentes tipos de relaciones funcionales: formulaciones verbales, campañas, desempeños efectivos, trabajo en grupo, intermediación en centros laborales, intersectorialidad, etc., que propicien la condición de salud, pero que además, definan cómo esos comportamientos se han de instaurar” (p. 182).

Desde nuestro punto de vista, aunque reconozcamos la relación dialéctica y la falta de consenso en cuanto a la jerarquía entre las acciones de promoción de salud y las de prevención de enfermedades, proponemos que las acciones de **promoción** sean: anteriores a las acciones de prevención; pensadas sobre la base del perfil epidemiológico de la comunidad o grupo específico al cual se desea intervenir; volcadas a proponer y facilitar las atenciones antes de la aparición de las enfermedades; y, finalmente, que tengan un carácter muy amplio y respondan al compromiso ético de mejorar el potencial de salud socio-ecológico de las comunidades.

9.2. La prevención de enfermedades

Después de involucrarse con la promoción de salud, las intervenciones del psicólogo de la salud se vuelcan hacia la prevención de enfermedades, en los diversos niveles de atención de salud.

Costa y López (1986), hablando sobre la prevención, argumentan que esta pretende la disminución de la incidencia de enfermedades, la disminución de la prevalencia, mediante el acortamiento del período de duración de la enfermedad o la disminución de las secuelas y complicaciones de la enfermedad.

Matizando el decir de Costa y López (op. cit.) disminución de la incidencia de enfermedades es considerada prevención primaria; disminución de la prevalencia, es considerada prevención secundaria; y disminución de secuelas y complicaciones de las enfermedades, es prevención terciaria.

9.3. Prevención e intervención primarias

El primer nivel de intervención psicológica se hace en los servicios de APS. Deberá ser realizada en dos etapas: en el nivel de la prevención primaria, y en el de la intervención primaria.

9.3.1. Prevención primaria

La prevención primaria debe estar directamente relacionada y condicionada a la promoción de salud. Sus acciones no van dirigidas a un individuo, sino a los planes de educación para la salud, los cuales podrán aportar contenidos de otras áreas de aplicación de la psicología (psicología del trabajo, psicología social, psicología comunitaria, psicología educacional). Tiene como característica central la actuación en los problemas epidemiológicos de la población beneficiaria e invierte en la construcción de estilos de vida saludables y en la evitación de comportamientos de riesgos.

Busca desarrollar unas prácticas de prevención que se prolonguen o se utilicen durante toda la vida. Por ende, la prevención primaria deberá ser hecha antes de que se encuentre un problema concreto utilizándose como guía de las acciones el conocimiento epidemiológico previo del colectivo a ser intervenido. Sería, en una palabra, trabajar con las posibilidades de que puedan aparecer las enfermedades.

El trabajo de Vázquez y Méndez (1999) sobre los procedimientos conductuales para el control de la diabetes puede ser aquí utilizado como ejemplo. Éstos afirman que los programas de educación diabetológica no deben ir dirigidos solamente a los individuos afectados, sino que también a sus familiares y cuidadores. Los objetivos de este programa se vuelcan al entrenamiento de estrategias tanto para evitar la enfermedad, en el caso de hijos y nietos de los enfermos, como al desarrollo de conductas favorables a la adherencia a los programas de tratamiento, de los familiares enfermos.

Aunque se ejecuten las acciones de salud mediante el seguimiento de planes elaborados sobre la base del conocimiento a priori del colectivo social beneficiario del servicio, el plan debe tener como meta el desarrollo de la autonomía del colectivo en cuanto a la elección de los temas trabajados y el ser mejorados. Es decir, que al fin y al cabo, el grupo deberá ser estimulado a tomar decisiones en lo que se refiere a las actividades programadas a nivel del plan.

9.3.2. Intervención primaria

La intervención primaria es la intervención directa sobre una queja detectada en un individuo o en un colectivo. Es la actuación primera ante la presencia de un problema que deberá ser identificado y orientado. En seguida, si se verifica que el caso necesita una intervención psicológica especializada, se le derivará a uno de los otros niveles de atención de salud, ya que a este nivel la intervención no deberá ser, en ningún caso, especializada.

El adecuado abordaje de los problemas a nivel primario podría descongestionar los servicios de salud en sus niveles especializados, según dijeron los psicólogos de la Provincia de Granada. En estos casos se dedicaría más tiempo a solucionar problemas más complejos que necesitan mayor atención. Ya que muchos de los problemas trabajados en APS serían solucionados primariamente.

La intervención primaria del psicólogo en el equipo de salud aunque desempeñe un papel específico, deberá apuntar hacia unas prácticas interdisciplinarias y multiprofesionales. O sea, todo el trabajo necesita ser comprendido, planeado y ejecutado en equipos multiprofesionales. En este caso, no se trata apenas de realizar unas consultas en equipos multiprofesionales, sino de incrementar cada vez más la mirada del proceso salud-enfermedad-cuidado-vida-muerte como un fenómeno comunitario, que se revela en las personas individualmente.

Por ello, el psicólogo para trabajar en este nivel de atención de salud, necesita un conocimiento más amplio de epidemiología, de políticas sociales, de antropología de la salud, de sociología de la salud etc.

A nivel de APS las intervenciones del psicólogo deberán ser hechas en salud general y no solamente en salud mental. La salud mental debe ser intervenida en todos los niveles de atención (primero, segundo y tercero), como lo hemos dicho en el capítulo 3 de esta tesis. Sin embargo, en APS la salud de un individuo en su colectivo social deberá ser considerada en un todo y comprendida desde los distintos contextos biológico, psicológico, social, antropológico etc.

Para atender estas acciones de salud el psicólogo deberá tener un perfil profesional que contemple los conocimientos teóricos y técnicos de psicología (clínica, comunitaria y social), epidemiología, salud comunitaria, políticas sociales, políticas públicas de salud, indicadores del desarrollo humano (IDH), además de una amplia gama de conocimientos (véase más informaciones en el capítulo 4).

9.3.3. Guía no exhaustiva de actividades compatibles con la prevención e intervención primarias:

- actuar en la atención básica de salud/APS;
- asistir a los pacientes en consultas primarias (en acuerdo con Trindade, 2007, cuando afirma que tal asistencia no puede ser confundida, en ningún caso, con la práctica de la psicoterapia);
- actuar en la salud general de los colectivos sociales a ser intervenidos;
- elaborar e implementar programas de promoción y de educación para la salud (Martínez, 2003);
- proponer programas de humanización y mejoría de la calidad de los servicios (Trindade y Teixeira, 2007);
- estudiar el perfil epidemiológico de los colectivos sociales bajo su responsabilidad profesional, de cara a elaborar un plan de intervención primaria;
- abordar temas/problemas de salud comunitaria, como: prevención de trastornos alimentarios; prevención del abuso de drogas legales o ilegales; desarrollo de estilos de vida saludables; evitar comportamientos de riesgos; prevención de enfermedades sexualmente transmisibles; desarrollo de las responsabilidades sobre la concepción o evitación del embarazo indeseable; prevención de la violencia (urbana, de género, del tráfico etc.); desarrollo de programas sobre sexualidad; programas particularmente volcados a la salud de los mayores, frente al envejecimiento de las poblaciones (Santos y Trindade, 1997; Pérez Álvarez, 1999) etc.;
- componer y trabajar en las unidades básicas de salud, como: equipos de salud de la familia y centros de salud;
- participar de las reuniones de las unidades básicas de salud y de los equipos de salud;
- hacer uso de las técnicas de dinámica de grupos;
- proponer y organizar grupos informativos (Cardoso, 2002);
- hacer consulta en coordinación con otros profesionales de salud;

- apoyar a los profesionales de las escuelas de la comunidad bajo su responsabilidad a través de orientaciones y de elaboración de programas de educación para la salud;
- hacer derivación a otros profesionales y/o servicios tanto de salud como sociales;
- asistir a los pacientes por teléfono o por Internet (Fortín y Consentido, 2007; Fortín, 2004; Freire y Grandino, 1999);
- hacer visitas domiciliarias y asistencias familiares etc.

9.4. Prevención e intervención secundarias

9.4.1. Prevención secundaria

Se hace en los ambulatorios y/o centros de especialidades. Su principal objetivo es acompañar al paciente ayudándolo en el seguimiento de su tratamiento, sea físico o psicológico, para prevenir el agravamiento de la dolencia. Los psicólogos de la salud que intervienen positivamente en este nivel echan mano del conocimiento producido a través de las investigaciones de las causas y factores asociados a la falta de adhesión al tratamiento. Conocer bien las características que llevan asociadas la falta de adhesión a determinados tratamientos facilita a la formulación de programas preventivos además de utilizar las diversas actividades para prevenir comportamientos que refuerzan la dificultad de seguimiento.

Acercas de la adhesión es oportuno aclarar la falta de consenso sobre el uso del referido término. Friedman y DiMatteo (1989), prefieren hablar de cooperación para enfatizar la naturaleza bilateral de las interacciones profesional de la salud / enfermo. Rodríguez Marin (1995) considera que el cumplimiento es una parte de la adhesión terapéutica. Maciá y Méndez (1996) y Ferrer (1995) emplean indistintamente los conceptos de 'cumplimiento o adhesión terapéutica'. Moore et al. (2003) relacionan la falta de adhesión a los errores médicos en la conducción del tratamiento de los enfermos.

Ferrer (1995) añade que en el idioma español ninguno de los términos utilizados parece recoger exactamente el sentido que se pretende en cuanto al ajuste a las prescripciones del profesional de la salud y simultáneamente, implicación activa del paciente a estas. Sugiere sea hecha una reflexión mayor a este tema con vistas a lograr una denominación de consenso que posteriormente sea empleada de forma habitual, evitando confusiones al respecto, desconocimiento e incompreensión.

Martín Alfonso (2004) considera que es adhesión terapéutica el término más adecuado dentro de los propuestos hasta el momento por el sentido psicológico que este entraña y la define como una conducta compleja porque reúne aspectos propiamente conductuales a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento y del plan para su cumplimiento por parte del paciente, todo ello en conjunto con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.

Epstein y Cluss (1982) han dicho que unos de los problemas más difíciles que tienen que afrontar los profesionales de salud es la falta de seguimiento o la no adhesión a las prescripciones de salud, por parte de los pacientes. Según Peck y King (1985) las prescripciones de salud de larga duración presentan menor seguimiento que las de corta duración. Las recomendaciones de larga duración presentan bajo nivel de adhesión desde el inicio del tratamiento y se va incrementando con el tiempo. Cuanto más complejas son las demandas más difícil es su cumplimiento.

Vázquez y Méndez (1999) presentan una propuesta de procedimientos conductuales para el control de la diabetes. En sus estudios muestran lo importante que es conocer los factores que explican tanto la adhesión al tratamiento como la falta de seguimiento del mismo y apuntan un conjunto de medios por los cuales se puede valorar el apoyo familiar en el tratamiento de la diabetes y las habilidades de afrontamiento. Así, ellos proponen unos protocolos pertinentes a las intervenciones conductuales para el manejo de la diabetes, o sea, para promover y mejorar la adhesión al tratamiento.

La propuesta de estos autores aporta una gran importancia a los escenarios tanto de la incidencia como de la prevalencia de la diabetes en razón de la condición crónica del trastorno, lo que exige, de hecho, el seguimiento de unas conductas durante toda la vida. De entre los programas de Vázquez y Méndez (1999) se puede destacar los protocolos dedicados al auto cuidado para insulín dependientes. El programa visa el entrenamiento en autorregulación o automanejo y consiste en reuniones semanales de una hora de duración durante seis semanas. En las reuniones se utilizan lecturas y discusiones de material informativo y ejercicios de modelado y "role playing". Tras el entrenamiento se pide a los adolescentes que elaboren su propio programa de autorregulación para su régimen diabético.

El referido programa, aquí comprendido como de prevención secundaria, es un ejemplo del nivel de integración existente entre los demás niveles de salud considerados en sus estatus tanto de prevención como de intervención. En este caso, para que se llegase a la elaboración, hubo de haber antes una investigación (intervención de tercer nivel de salud) de la enfermedad y de los procesos conductuales que estarían en sus alrededores. También, se habrán realizado las asistencias primarias de salud. De tal modo que la integración de las asistencias de salud en los distintos niveles y su carácter interdisciplinario, es la condición básica para conducirse bien la sanidad pública.

Con base a los estudios sobre el papel del contexto social como fuente de estrés en la diabetes, Hanson et al. (1989) estudiaron los niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento y todo ello respecto a las relaciones con la adhesión al tratamiento. Los resultados evidenciaron una relación positiva entre las variables estudiadas.

Surwit et al. (1989) investigaron la efectividad del entrenamiento en relajación frente a la educación convencional, para mejorar el control metabólico. Sus resultados han confirmado que los sujetos portadores de la diabetes tipo II que recibieron el entrenamiento en relajación tras ocho semanas han mejorado su tolerancia a la glucosa.

Labbé (1999) en su estudio sobre la preparación psicológica ante procedimientos de resonancia magnética nuclear (RMN), afirma que la evaluación de los factores contribuyentes al apareamiento de problemas psicológicos durante o después de la RMN, puede prevenir que éstos ocurran. Los factores listados por la autora, son: ansiedad, claustrofobia diagnosticada anteriormente, dolor y conocimiento íntimo del cuerpo.

Algunas técnicas preventivas apuntadas por Labbé (1999) ayudan a la preparación del paciente ante la RMN, de cara a favorecer la realización de la exploración y también prevenir problemas futuros en el paciente. A partir de las recomendaciones se puede inferir que cuando actuamos a nivel de la investigación de quienes son los que presentan dificultades en someterse a la exploración por RMN, o quienes son los que presentan problemas psicológicos después de la exploración, nos estamos dedicando a la intervención de tercer nivel de salud, es decir, a la investigación.

En esta línea, cuando manejamos las técnicas de prevención ante la exploración con RMN, estamos actuando con la prevención de segundo o de tercer nivel.

La actividad psicológica a nivel de prevención es para los psicólogos un desafío, porque aunque siendo realizada en algunas situaciones en que el equipo de salud satura sus posibilidades de convencimiento del paciente para que le ayude en su tratamiento, la intervención del psicólogo es aún un último recurso. De hecho, eso debe ser negativamente criticado porque indica que el psicólogo no ha participado en la elaboración del programa propuesto al paciente, desde el inicio de su tratamiento.

9.4.2. Intervención secundaria

Tiene en las asistencias especializadas la principal intervención. Asiste a los usuarios derivados de los otros niveles de asistencia para brindarles los

tratamientos más específicos. La atención a los problemas de salud mental tiene aquí su lugar apropiado.

La intervención secundaria es el campo tradicionalmente más conocido y desarrollado tanto de la psicología como de las especialidades médicas en general. En términos de la psicología, posee un fundamento teórico/práctico bien sedimentado en la psicología clínica. Es decir, es el campo en el cual se utilizan las técnicas más tradicionalmente desarrolladas como por ejemplo la psicoterapia.

Contradictoriamente, es el campo más problemático cuando se propone su aplicación en salud pública. Conforme hemos demostrado en los resultados de este estudio los psicólogos de APS tanto en Brasil como en Portugal presentaron una sobreutilización de las intervenciones especializadas de segundo nivel sin terminar de darse cuenta de la inadecuación entre sus prácticas y su nivel de aplicación. Campos y Guarido (2007) y Dimenstein (2003), corroborando nuestro estudio, aseguran que la dedicación al 80% de las actividades de los psicólogos de APS a la psicoterapia individual les impide desarrollar otras actividades importantes y más apropiadas al primer nivel de atención.

9.4.3. Actividades compatibles con la prevención e intervención secundarias:

- ofrecer las asistencias psicoterápicas en sus varias modalidades en todas las edades;
- realizar psicodiagnósticos diferenciales (mediante el uso de tests, o a través de diagnósticos descriptivos fenomenológicos);
- elaborar pareceres para responder a las demandas de otros profesionales , incluso para los juzgados;
- elaborar pareceres para responder a las demandas de otros profesionales, incluso para la justicia;
- realizar orientación y proponer actividades de soporte social;

- actuar en coordinación con los demás profesionales de salud y equipos de salud básica y especializada;
- hacer derivación de pacientes a otros especialistas y servicios;
- elaborar en conjunto con el equipo multiprofesional programas de seguimiento/adhesión de tratamientos médicos (enfermedades crónicas, enfermedades mentales, cánceres etc.);
- aportar y emplear el conocimiento de la neuropsicología, ya que es decisivo en los cuidados de las demencias y en las secuelas de los traumatismos del cráneo (Trindade y Teixeira, 2007).

9.5. Prevención e intervención terciarias

9.5.1. Prevención de tercer nivel

Está involucrada con la asistencia a los problemas de alta complejidad derivadas de los otros niveles de atención (1º y 2º), y a las investigaciones de salud. En general se hace en los hospitales más no sólo ahí. Puede hacerse en los centros de especialidades también. La prevención terciaria incluye el seguimiento de pacientes en tratamiento clínico, quirúrgico, quimioterápico y radioterápico.

De acuerdo con Antón y Méndez (1999) “las intervenciones quirúrgicas son situaciones estresantes que suelen tener efectos negativos en el funcionamiento psicológico del enfermo, originando respuestas de ansiedad, depresivas, trastornos del sueño, de la alimentación, etc.” (p.227). Así que, la preparación para las cirugías es una actividad muy corriente en las asistencias a los adultos. “La información proporcionada antes de la operación que, además de modificar respuestas cognitivas, puede producir cambios en las respuestas psicofisiológicas” (op. cit., p. 228). Las técnicas de reducción o afrontamiento de la ansiedad son también muy utilizados en estas situaciones.

Con los niños también se utilizan las informaciones preparatorias. Se suman a las informaciones, por ejemplo, un paseo por el hospital, la

presentación de equipamientos hospitalarios, utilizados en las asistencias, todo ello para desmitificar la hospitalización y los procedimientos a que se les someterá.

Yamamoto y Cunha (1998), en una investigación sobre las acciones de los psicólogos en hospitales, describen como actividades propias de la labor del psicólogo hospitalario: la preparación de los pacientes para readaptarlos a la nueva situación después del diagnóstico de cáncer, SIDA u otros. El objetivo de estas actuaciones es ayudar que éstos pacientes desarrollen una nueva expectativa de vida con otros valores que les de el soporte para afrontar la nueva realidad en consecuencia de la dolencia.

Las acciones junto a las familias de los pacientes es una importante intervención preventiva. Promover la orientación y la preparación de los familiares, de modo que disminuyan los impactos de la noticia de la enfermedad y facilite la adaptación del grupo familiar. El trabajo con las familias es esencial sobre todo en los casos en que las enfermedades no son conocidas por las familias. Considerándose lo importante que es el papel de la familia en la recuperación de los enfermos, el trabajo desarrollado junto a ella enmarca de forma positiva la condición general del paciente.

9.5.2. Intervención de tercer nivel

La intervención de tercer nivel, en el ámbito de la psicología de la salud, tiene en la investigación una de sus más importantes actividades. El psicólogo de la salud investiga los factores biopsicosociales que intervienen en la etiología de los problemas de salud, analizando como el entorno sociocultural afecta a la salud-enfermedad-cuidado-vida-muerte, en consecuencia de los estilos de vida.

En Brasil de acuerdo con Yamamoto y Cunha (1998) las actividades de investigación del psicólogo de la salud están muy relacionadas a las asistencias desarrolladas en los hospitales y los temas donde se encuentran el mayor número de investigaciones se relacionan con la investigación de los

diversos tipos de cánceres, de las dolencias infecto-contagiosas, de las enfermedades provenientes de lesión medular, de las enfermedades pediátricas, de los problemas originarios del sector de ginecología y obstetricia.

Andrasik, Otis, Turner y Simón (1999) recomiendan que la epidemiología deba ser situada en los primeros peldaños de cualquier proyecto de investigación en psicología de la salud. Estos proyectos deberán dedicarse al análisis de los tipos de riesgos a los que una población está expuesta, en la búsqueda de marcos precisos sobre el inicio y mantenimiento de la enfermedad.

De acuerdo con los citados autores la aproximación epidemiológica es una de las formas mas significativas para la investigación y recogida de datos en psicología de la salud, ya que por medio de ella es posible examinar los aspectos conductuales, cognitivos, sociales, económicos, evolutivos y fisiológicos que tengan alguna relación con la salud-enfermedad.

A través de la epidemiología es posible conocer datos sobre la prevalencia e incidencia de las enfermedades. La prevalencia remite al número total de casos de una dolencia manifestada en una población en un período específico de tiempo. La incidencia indica la frecuencia de nuevos casos en un espacio de tiempo determinado. La prevalencia e incidencia de las dolencias son procesos muy estrechos y el conocimiento de estos es una condición básica de investigación en psicología de la salud ya que “(...) permite al investigador efectuar comparaciones entre diversos grupos de individuos. Además, la cuantificación del riesgo constituye un elemento fundamental en la formulación de políticas sanitarias (...)” (Andrasik, Otis, Turner y Simón, 1999, p. 261).

Antón y Méndez (1999), ratificando el objeto de investigación de la psicología de la salud afirman la antigüedad de la existencia de una relación significativa entre los hábitos y la conducta por un lado y la salud-enfermedad por otro. En la misma línea dicen que es reciente la preocupación de los estudiosos en someter a investigación científica la naturaleza de tales

relaciones. La base de tales investigaciones es saber que (...) “ciertos estados de enfermedad están causados por una confluencia de factores biológicos, comportamentales, ambientales y sociales; y constatarse que unos relativamente pocos factores de riesgo, basados en el estilo de vida, son potencialmente responsables de la mayor parte de las principales causas de enfermedad y muerte precoz” (Antón y Méndez, 1999, p. 217).

Friedman y Rosenman (1959) asignan seis áreas principales donde se desarrollan algunas de las líneas de investigación, citadas a continuación: 1- Comprensión de la génesis y mantenimiento de los problemas de salud (enfermedades y repertorios de conducta, enfermedades y hábitos insanos, patrón de conducta tipo A que Friedman y Rosenman, (op. cit) la describe como: competitividad, necesidad de logro, agresividad, impaciencia, inquietud, tensión de la musculatura facial, sensación de estar constantemente presionado por el tiempo, propensión a valorar los acontecimientos como retos personales y hostilidad). 2- Prevención y promoción de la salud (Programas de atención al niño, al adolescente, al adulto, a la mujer, a la salud del hombre²⁴, al anciano, al medio). 3- facilitación y potenciación del diagnóstico y tratamiento (Preparación a procedimientos médicos estresantes como: cirugía, preparación a procedimientos médicos no quirúrgicos, preparación a la hospitalización). 4- La adhesión al tratamiento (definición e incidencia, factores que afectan, procedimientos de evaluación e intervención). 5 – Evaluación y tratamiento de los problemas de salud (dolor, sistema neuromuscular, sistema circulatorio, respiratorio, gastrointestinal, dermatológico, endocrino, inmunológico, visual). 6 – Mejora del sistema de cuidado de la salud (variables físicas y organizativas del medio sanitario, formación y apoyo de los profesionales de la salud, relación profesionales de la salud/pacientes).

9.5.3. Actividades utilizadas en la prevención e intervención terciaria:

- apoyar y orientar a los pacientes ingresados;
- apoyar y orientar a las familias de pacientes ingresados;

²⁴ Schraiber, Gomes y Couto (2005)

- actuar en los cuidados paliativos (Ciência e Profissão, 2006);
- asistir a los profesionales de salud – cuidar de los cuidadores (Ciência e Profissão, 2006);
- hacer consulta/interconsulta en coordinación con otros equipos de salud;
- desarrollar actividades con los niños (recreación, por ejemplo);
- preparar los enfermos para las cirugías;
- asistir a los pacientes ingresados en UTI (Oliveira, 2002);
- estimular a los niños ingresados en UTI neonatal;
- orientar a las madres de niños ingresados;
- asistir a las urgencias psicológicas;
- hacer guardia en servicios sustitutos a los hospitales psiquiátricos (Centros de Asistencia Psicosocial - CAPS, Residencias terapéuticas, Centros de día para mayores y otros);
- priorizar el desarrollo de las actividades de investigación.

Una buena actuación de los psicólogos en salud pública debe tener en cuenta las posibilidades de intervención en los diversos niveles de atención de salud. Sopesando la adecuación de cada acción en su nivel apropiado. Teniendo claro que las intervenciones de salud primaria objetivan la salud general en la búsqueda de la promoción de salud y la prevención de enfermedades; que las intervenciones de salud secundaria deben volcarse hacia las asistencias especializadas de seguimiento, donde la salud mental tiene su mayor expresión. Y las asistencias terciarias, prioritariamente guiadas por las investigaciones. Aunque que engloba los cuidados de salud general de pacientes en tratamientos de alta complejidad, ingresados en los hospitales.

La prevención de enfermedades debe ser encarada de forma amplia. O sea, como una actividad pertinente a los diversos niveles de asistencia de salud y no solamente a los servicios de asistencia primaria. Debiendo ser ejecutada por todos los profesionales/equipos de salud. Cada cual aportando su conocimiento especializado al equipo multidisciplinar de cara a comprensión

del perfil epidemiológico del colectivo social asistido y a la elaboración de los planes de intervención.

En definitiva, la intervención de psicólogos se amplía hacia nuevos campos de salud, como en el caso de la prevención de enfermedades. De igual manera se exige una mirada y un preparo de estos profesionales más compatibles con los procedimientos psicológicos exigidos para su intervención en salud pública/comunitaria.

Respecto al objetivo general

1. En respuesta al objetivo general y al primero específico, el conjunto de los instrumentos de recogida de datos nos permitió reunir, presentar, discutir y comparar el panorama de las prácticas de los psicólogos de salud pública/comunitaria en Brasil, España y Portugal. Las cuestiones cerradas del cuestionario deslindaron lo que son los patrones socio-demográficos. Las abiertas, tanto del cuestionario como de las entrevistas, nos dieron a conocer los auto relatos de los psicólogos sobre sus opiniones, pensamientos y sentimientos respecto al ejercicio de la profesión. Los instrumentos fueron adecuados y nos permitieron acceder a las informaciones necesarias para alcanzar los objetivos específicos establecidos.

Conclusiones respecto a los objetivos específicos y generalizados para las tres muestras

2. A nivel mundial la presencia de los psicólogos en los servicios de salud pública/comunitaria de forma oficial y amparada por las leyes y programas institucionales es bastante nueva y todavía incipiente, sobre todo en lo que concierne a la APS;
3. La presencia de psicólogos en servicios de salud pública/comunitaria es marcada por unas actuaciones estandarizadas en la clínica, aquí entendida como intervención de segundo nivel especializado de salud;
4. Los términos promoción de salud y prevención de enfermedades entraron en el vocabulario de los psicólogos. Sin embargo, no hay indicación de que reconozcan que las intervenciones de prevención de enfermedades pertenezcan a todos los niveles de atención de salud,

sino que se relacionan exclusivamente con la prevención precoz, definida por el criterio de edad.

Conclusiones respecto a los objetivos específicos no generalizables para las tres muestras

5. Las intervenciones en el primer nivel de atención son aún una práctica muy novedosa y poco conocida desde el punto de vista epistemológico y práctico, tanto en Brasil como en Portugal (responde al 2º objetivo);
6. Los psicólogos de las muestras de Brasil y Portugal, de un modo general, no distinguen las especificidades de sus intervenciones en los niveles primario, secundario y terciario de salud; (responde al 2º objetivo);
7. Los psicólogos de la Provincia de Granada son los que definieron mejor las intervenciones de salud primaria. Quizás porque tienen más conciencia de que sus intervenciones son de segundo y tercer nivel, hecho que supuestamente les facilita distinguir las asistencias de primer nivel. Quizás reciben más entrenamiento que los de las otras dos muestras. (responde al 2º objetivo);
8. La mayoría de los profesionales de las muestras de Brasil y Portugal demostraron falta de seguridad para identificar sus prácticas a nivel de APS. Cuando les preguntamos sobre si lo que hacían en aquel momento era compatible con lo que debería ser hecho en APS, contestaron que sí, pero la lectura y análisis de sus relatos nos muestra lo contrario: que hay poca comprensión de lo que debe ser el trabajo adecuado para la APS. Las respuestas de los psicólogos españoles han sido las esperadas, o sea, que sus intervenciones son compatibles con lo que deben hacer en la salud pública/comunitaria; (responde al objetivo nº 3);

9. El grado de dificultad en la hora de identificar sus intervenciones en cada nivel de asistencia fue muy alto para la muestra de Brasil. Para la muestra de Portugal, aunque algunos reconozcan el nivel de atención ofrecida en su servicio, a la hora de definir sus actividades demostraron una dificultad mediana en la identificación del nivel de pertenencia. Los españoles se ampararon en lo propuesto el en PISMA para contestar y no presentaron ninguna dificultad en ubicarse; (responde al objetivo 4º);

10. Los psicólogos de APS de la muestra de Brasil han sido los que más dificultad demostraron en responder sobre cuáles son los objetivos de su presencia en APS. Sus respuestas no contemplaron los objetivos de la pregunta. Los pocos elementos que podemos asociar a APS, son demasiado inseguros y no logran responder a la cuestión. Los profesionales terminan por hablar más de lo que es la ASS que de la APS. (contesta al objetivo nº 5);

11. Los psicólogos de segundo y tercer nivel de atención de salud de la muestra de Brasil reconocen algo más de los objetivos de la psicología en APS que los que actúan en ella. Sin embargo, no hubo referencias al principal aspecto que define la intervención del psicólogo en la APS, que es actuar en salud general desde una base programática hecha a partir del conocimiento del perfil epidemiológico de la comunidad. Es decir, una intervención orientada por los planes de promoción de salud y de prevención de enfermedades. (contesta al objetivo nº 5);

12. Los psicólogos de todos los niveles de atención de salud de la muestra de Portugal describieron medianamente bien los objetivos de la psicología en APS. Enfatizaron que los profesionales de este nivel deben actuar en programas dedicados a alterar estilos de vida, actuar en programas de educación para la salud, hacer prevención primaria etc., asistencias, desde nuestro punto de vista, coherentes con la APS. (responde al objetivo nº 5);

13. Los psicólogos españoles aunque estén exclusivamente en los servicios de atención secundario y terciario, no han presentado ningún problema en contestar sobre los objetivos del psicólogo en APS. Mencionaron que la labor en APS implica una forma de intervenir amparada en otro paradigma de salud el cual tiene como objetivo la promoción de la salud y las intervenciones en los factores del binomio salud-enfermedad. Además, el trabajo del psicólogo deberá incluir las actividades de formación de otros profesionales de la sanidad. Opinan los psicólogos que deberían estar también en el primer nivel de atención, ya que podrían actuar en la prevención de enfermedades, filtrar los casos que se tratan de conflictos de la vida (duelos, somatizaciones etc.), y hacer la derivación a los servicios especializados de los casos más específicos. Pueden actuar también en la promoción de la salud además de intervenir no solamente en los procesos de enfermedades. Los psicólogos han contestado que no todo lo que se lleva a la consulta psicológica es enfermedad; que gran parte de las quejas llevadas al servicio están relacionadas con trastornos adaptativos, ya que éstos tienen alta prevalencia en las formas de vida actuales. (atiende al objetivo nº 5).

Conclusiones respecto a los objetivos teóricos

14. Las intervenciones de los psicólogos pueden ser aplicadas a los niveles de atención primario, secundario y terciario de salud, desde que sean observadas las especificidades de cada intervención (objetivo 6);
15. El psicólogo es un profesional que actúa en la promoción de salud en conjunto con los equipos de salud básica y en una postura interdisciplinaria y multiprofesional. (atiende al objetivo 6);
16. La intervención de promoción de salud es anterior a la de prevención primaria. Su característica es intervenir antes de la aparición de la dolencia y responde al compromiso de mejorar el potencial de salud sociológico de las comunidades. (atiende al objetivo 6);

17. Presentamos la siguiente definición de psicología de la salud: es un campo autónomo de aplicación de la psicología. Recién delimitado en comparación al de la clínica, en el ámbito de las disciplinas de la salud. Se dedica a las prácticas de promoción de salud y de prevención de enfermedades y tiene en la APS su campo de aplicación prioritario. Se orienta a la salud general y a los problemas físicos y su vinculación a los factores psicosociales y estilos de vida, de los colectivos comunitarios aunque su objetivo mayor es la salud de los individuos en sus medios sociales. Es llevada a cabo a través de programas institucionales cuya base de su elaboración deberá ser el conocimiento epidemiológico de la población interesada. (atiende al objetivo 6);
18. La prevención de enfermedades en nivel primario, secundario y terciario es una intervención propia a los psicólogos (de la salud y clínicos), igualmente en conjunto con los equipos de salud o bien de atención básica o bien de especialidades. (objetivo 6);
19. Para la elaboración de un programa de formación universitaria en psicología de la salud es imprescindible: adoptar una posición epistemológica para localizar la psicología de la salud; guiarse por el compromiso social y ético de la psicología con la sociedad; facilitar la familiarización con el lenguaje institucional contenido en los programas estatales de salud; conocer los problemas epidemiológicos; profundizar el conocimiento de las intervenciones en el campo de salud mental; crear e institucionalizar un programa de Residencia Interna para psicólogos de salud, en Brasil. (objetivo 7).

Una última palabra. Nos gustaría indicar las intenciones y planteamientos para los próximos estudios y campos de aplicaciones donde el conocimiento aquí producido podrá ser utilizado:

1. Elaboración de un proyecto de docencia que dé cabida a la creación de un área de prácticas en psicología de la salud, en el curso de psicología de la Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil;

2. Invertir y contribuir con la maduración de las líneas de investigación en psicología de la salud, Antropología de la salud, salud pública/comunitaria, a través de la elaboración de proyectos de investigación a nivel de iniciación científica junto a los alumnos de psicología y de otras licenciaturas de la referida Universidad, en la perspectiva interdisciplinaria y multidisciplinaria;
3. Proponer cursos de formación permanente y continuada para profesionales de salud que favorezcan sus intervenciones en la APS;
4. Orientar las prácticas de alumnos de psicología en los servicios de salud pública/comunitaria.

Quanto ao objetivo geral

1. Em resposta ao objetivo geral e ao primeiro objetivo específico, o conjunto de instrumentos de coleta de dados nos permitiu reunir, apresentar, discutir e comparar o panorama das práticas dos psicólogos de saúde pública/comunitária no Brasil, na Espanha e em Portugal. As questões fechadas do questionário deslindaram o que são os padrões sócio-demográficos das amostras. As abertas, tanto do questionário quanto das entrevistas, deram-nos a conhecer os auto-relatos dos psicólogos sobre suas opiniões, pensamentos e sentimentos com respeito ao exercício da profissão. Os instrumentos foram adequados e nos permitiram acessar as informações necessárias para alcançar os objetivos específicos estabelecidos.

Conclusões relativas aos objetivos específicos e generalizados para as três amostras

2. Em nível mundial, a presença dos psicólogos nos serviços de saúde pública/comunitária, de forma oficial e amparada pelas leis e programas institucionais, é bastante nova e ainda incipiente, sobretudo no que concerne à APS;
3. A presença de psicólogos em serviços de saúde pública/comunitária é marcada pelas intervenções padronizadas pela clínica, aqui entendida como intervenção de segundo nível especializado de saúde;
4. Os termos promoção de saúde e prevenção de enfermidades entraram para o vocabulário dos psicólogos. Entretanto, não há indicação de que estes reconheçam que as intervenções de prevenção de doenças

pertencem a todos os níveis de atenção de saúde, uma vez que se relacionam exclusivamente com a prevenção precoce, definida pelo critério de idade;

Conclusões relacionadas aos objetivos específicos não generalizados para as três amostras

5. A intervenção no primeiro nível de atenção é ainda uma prática muito nova e pouco conhecida, principalmente do ponto de vista epistemológico e prático, tanto no Brasil como em Portugal (responde ao 2º objetivo);
6. Os psicólogos das amostras do Brasil e de Portugal, de um modo geral, não distinguem as especificidades de suas intervenções nos níveis primário, secundário e terciário de saúde (responde ao 2º objetivo);
7. Os psicólogos do Estado de Granada definiram melhor as intervenções de saúde primária, talvez porque tenham mais consciência de que suas intervenções são de segundo e terceiro níveis, fato que supostamente lhes facilita distinguir as assistências de primeiro nível, ou porque recebam mais treinamento que os psicólogos das outras duas amostras (responde ao 2º objetivo);
8. A maioria dos profissionais das amostras do Brasil e de Portugal demonstrou falta de segurança para identificar suas práticas de APS. Quando lhes perguntamos se o que faziam naquele momento era compatível com o que deveria ser feito na APS, afirmaram que sim. Não obstante, a leitura e a análise dos auto-relatos nos mostram o contrário, isto é, que há pouca compreensão do que deve ser o trabalho adequado para a APS. As respostas dos psicólogos espanhóis foram as esperadas, ou seja, disseram que suas intervenções são compatíveis com o que se deve fazer na saúde pública/comunitária (responde ao objetivo 3);

9. O grau de dificuldade na hora de identificar suas intervenções em cada nível de assistência foi muito alto para a amostra do Brasil. A amostra de Portugal, ainda que alguns reconheçam o nível de atenção oferecido no seu serviço, na hora de definir suas atividades demonstrou uma dificuldade média na identificação do nível de pertinência das respectivas atividades. Os espanhóis se ampararam no que está proposto no PISMA para responder e não apresentaram nenhuma dificuldade de se situar (responde ao objetivo 4º);
10. Os psicólogos da APS da amostra do Brasil foram os que apresentaram mais dificuldades de responder sobre os objetivos de sua presença na APS, pois suas respostas não contemplaram os objetivos da pergunta: os poucos elementos que podemos associar à APS são demasiadamente inseguros e não lograram responder à questão. Os profissionais descreveram melhor a ASS do que a APS (atende ao objetivo 5);
11. Os psicólogos de segundo e terceiro níveis de atenção de saúde da amostra do Brasil demonstraram um maior reconhecimento dos objetivos da psicologia na APS do que os que atuam nela. Sem embargo, não houve referências ao principal aspecto que define a intervenção do psicólogo na APS, que é atuar na saúde geral a partir de um programa, cuja base para a sua elaboração deve ser o conhecimento do perfil epidemiológico da comunidade a ser assistida, ou seja, uma intervenção orientada pelos programas de promoção de saúde e de prevenção de enfermidades (corresponde ao objetivo 5);
12. Os psicólogos de todos os níveis de atenção de saúde da amostra de Portugal descreveram relativamente bem os objetivos da psicologia na APS. Enfatizaram que os profissionais de APS devem atuar em programas voltados à alteração de estilos de vida, atuar em programas de educação para a saúde, fazer prevenção primária etc., intervenções coerentes com a APS, no nosso ponto de vista (responde ao objetivo 5);

13. Os psicólogos espanhóis, ainda que estejam exclusivamente nos serviços secundário e terciário de atenção, não apresentaram nenhuma dificuldade de descrever os objetivos da psicologia na APS: mencionaram que o trabalho na APS implica uma forma de intervir amparada em outro paradigma de saúde, o qual tem como objetivo a promoção da saúde e as intervenções nos fatores do binômio saúde-doença. Ademais, o trabalho do psicólogo deverá incluir as atividades de formação de outros profissionais da saúde. Opinaram que deveriam estar também no primeiro nível de atenção, já que poderiam atuar na prevenção de enfermidades, filtrar os casos que tratassem de conflitos existenciais (lutos, somatizações etc.), e fazer o encaminhamento dos casos mais específicos aos serviços especializados; poderiam também atuar na promoção da saúde e não intervir apenas nos processos de enfermidades. Afirmaram, ainda, que nem tudo que se leva ao consultório psicológico é doença e que grande parte das queixas levadas ao serviço estão relacionadas com transtornos adaptativos, já que estes têm alta prevalência nas formas de vida atuais (atende ao objetivo 5).

Conclusões relativas aos objetivos teóricos

14. As intervenções dos psicólogos podem ser aplicadas aos níveis primário, secundário e terciário de atenção de saúde, desde que sejam observadas as especificidades de cada intervenção (objetivo 6);

15. O psicólogo é um profissional que atua na promoção de saúde em conjunto com as equipes de saúde básica, numa postura interdisciplinar e multiprofissional (atende ao objetivo 6);

16. A intervenção de promoção de saúde é anterior à de prevenção primária. Sua característica é intervir antes do aparecimento da doença e responder ao compromisso de melhorar o potencial de saúde sociológico das comunidades (atende ao objetivo 6);

17. Definimos a Psicologia da Saúde como um campo autônomo de aplicação da psicologia, recém delimitado em comparação ao da clínica, no âmbito das disciplinas da saúde. Dedicar-se às práticas de promoção da saúde e de prevenção das enfermidades, e tem na APS seu campo de aplicação prioritário. Orienta-se à saúde geral e aos problemas físicos e sua vinculação aos fatores psicossociais e estilos de vida dos coletivos comunitários, ainda que seu objetivo maior seja a saúde dos indivíduos em seus meios sociais. É efetivada através de programas institucionais cuja base de elaboração deverá ser o conhecimento epidemiológico da população interessada (atende ao objetivo 6);

18. A prevenção de enfermidades, no nível primário, secundário ou terciário, é uma intervenção própria dos psicólogos (da saúde e/ou da clínica). Deverá ser concretizada também em conjunto com as equipes de atenção básica ou especializada de saúde (objetivo 6);

19. A elaboração de um programa de formação universitária em psicologia da saúde é imprescindível a fim de adotar um fundamento epistemológico para localizar a psicologia da saúde; guiar-se pelo compromisso social e ético da psicologia com a sociedade; facilitar a familiarização com a linguagem oficial dos programas institucionais de saúde; conhecer os problemas epidemiológicos; aprofundar o conhecimento das intervenções no campo da saúde mental; criar e institucionalizar um programa de Residência Interna para psicólogos da saúde, no Brasil (objetivo 7);

Como última palavra, gostaríamos de indicar as intenções e planejamentos para os próximos estudos e campos de aplicação, onde o conhecimento aqui produzido poderá ser utilizado:

1. Elaborar um projeto de criação do Estágio supervisionado em Psicologia da Saúde, a ser implementado no curso de psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - Paraíba, Brasil;

2. Investir e contribuir para a solidificação das linhas de pesquisa em psicologia da saúde, antropologia da saúde, saúde pública/comunitária, através da elaboração de projetos de pesquisa para a iniciação científica de alunos de psicologia e de cursos ou domínios de conhecimento afins da referida Universidade, na perspectiva interdisciplinar e multidisciplinar;
3. Propor cursos de formação permanente e continuada para profissionais já em atuação na área da saúde com o objetivo de preparar e fazer refletir sobre as intervenções na APS;
4. Supervisionar os alunos de psicologia durante os estágios curriculares nos serviços de saúde pública/comunitária.

ABDELMALEK, A. A. y GÉRARD, J. L. (1999): **Ciencias humanas e cuidados de saúde. Manual para profissionais de saúde.** Instituto Piaget, Lisboa.

ALEIXO, J.L.M. (2002):Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 1(1), p. 1-16.

ALMEIDA, E. C. (2000): O psicólogo no hospital geral. **Psicol. cienc. prof. Brasília. v 20(3).**

ALVES, R. F., BROBEIL, S. A. J., EULALIO, M. C., ADRADE, D. A. y BARROS, P. M. (2008): Atenção Primária de Saúde: desafio do trabalho de psicólogos que atuam no campo da saúde pública. Ponencia en el **I Colóquio Luso-Brasileiro sobre Saúde, Educação e Representações Sociais.** Évora – Portugal. Del 12 al 15 de marzo.

ALVES, R. F.; GARCÍA GARCÍA, C. J.; JIMÉNEZ BROBEIL, S. A. Y EULÁLIO, M. C. (2007): La intervención del psicólogo en atención primaria de salud: desafíos de una profesión en busca de su carácter colectivo. Comunicación presentada en el **X International Forum on the Person-Centered Approach.** Del 7 al 12 de maio. Publicado en CD room. Mallorca – España.

ALVES, R. F. (2001a): Pesquisa qualitativa em saúde. **Revista do UNIPÊ. Série Ciências biológicas e da saúde.** João Pessoa. V5(3), p. 54-61.

ALVES, R. F. (2001b): **O olhar de agricultores do Cariri Paraibano sobre a loucura. Dissertação de mestrado.** Mestrado Interdisciplinar em saúde Coletiva. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande.

ALVES, R. F. (2002): Entrevista não-diretiva: aplicações e limites.. **Revista do UNIPÊ. Série Ciências biológicas e da saúde.** João Pessoa. V6(3), p. 46-50.

ALVES, R. F.; SILVA, R. E. B.; SANTOS, M. S. D. (2003): Estudo exploratório sobre experiências clínicas em psicoterapias com adolescentes en: ADLER, D. A.; COPPE, A. A. F. (Dir.) **Carl Rogers no Maranhão. Estudos centrados.** Estação Produções: São Luís, Brasil. pp. 99-108.

ALVES, R. F.; EULALIO, M. C. Y BRITO, S. M. O (2004): Representações sociais: via de acesso ao pensamento social sobre a saúde-doença. En FERNANDES, A.; CARVALHO, M. R. Y DOMINGOS SOBRINHO, M. (Dir) **Representações sociais e saúde. Construindo novo diálogos.** Eduerp, Campina Grande. pp. 133-158.

ANDRASIK, F.; OTIS, J.; TURNER, B.; SIMÓN, M. A. (1999): Estrategias de investigación en psicología de la salud, en: SIMON, M. A. (Dir. y otros) **Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones.** Editorial biblioteca Nueva, Madrid, España. pp. 259-306.

ANDRÉ, C. C. P. (2005): **Curso para formação de técnicos de enfermagem.** Realização: ETSUS/SESPA e UEPA. Belém – Pará. Governo do Estado do Pará.

ANGERAMI-CAMON, V. A. (2001): **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática.** São Paulo: Pioneira.

ANTÓN, D. M.; MÉNDEZ, F. X. (1999): Líneas actuales de investigación en psicología de la salud, en: SIMON, M. A. (Dir. y otros) **Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones.** Editorial biblioteca Nueva, Madrid, España. pp. 217-256.

APA ONLINE (2008): Executive Summary: Risk Factors for Meeting the Public's Need for Health Service Psychologists, en **Public Policy Office** en <http://www.apa.org/ppo/issues/eneedforhsp.html> acceso en 09 de junio de 2008.

ARRUDA, A. A. A. (2007): (Dir.) **Atenção básica à criança pequena**. EDUFMG, Campina Grande.

AVERASTURE, M. (1985): A psicologia social da saúde, en NUNES, E. D. (Dir.), **As ciências sociais em saúde na América Latina**. Brasília, Opas.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; DIAS, R.R. (2003): A Psicologia da saúde no mundo e a pesquisa no contexto hospitalar en: BAPTISTA M. N.; DIAS, R.R.(Dir.): **Psicología Hospitalar – Teorias, aplicações e casos clínicos**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. pp. 1-10.

BARDIN, L. (1977): **Análise de conteúdo**. Edições 70, Lisboa.

BAUER, M. W. y GASKELL, G. (2002): **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**. Um manual prático. Tradução de Pedrinho Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes.

BELTROY, C. E. (2006): **Antropología de la salud**. Disponible en www.amaresperu.org/.../material/modulo5/carlos%20Eyzaguirre/mat_Adicional/antropologia%20de%20la%20salud.ppt acceso en 13 de mayo de 2006.

BEZERRA, B. (1987): Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental en: TUNDIS, S. A. y COSTA, N. R. (Dir.) **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis, ed. Vozes/Abrasco. pp. 133-169.

BILELLA, P. D. R. (2008): **Evaluación de proyectos y triangulación: Acercamiento Metodológico hacia el Enfoque Centrado en el Actor**. Disponible en <http://www.preval.org/documentos/00536.pdf> , acceso en 15 de junio de 2008.

BOARINE, M. L. (1996): A formação (necessária) do psicólogo para atuar na saúde pública. **Psicologia em Estudo**, 1, pp. 93-132.

BOUCHÉ, H. (2004): Salud y educación en las culturas en: PEREA QUESADA, ROGELIA (Dir.). **Educación para la salud. Reto del nuestro tiempo.** Ediciones Díaz de Santos, S. A. Madrid. pp. 22-48.

BRASIL (2007): Ministerio da Saúde do Brasil. **PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** Disponible en <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> acceso en enero de 2007.

BRASIL (2007): Ministerio da Saúde do Brasil. **PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA.** Disponible en http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20500 acceso en enero de 2007.

BRASIL (2005): Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília, DF.

BRASIL (2005): Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília

BRASIL (2004): Ministerio da Saúde. Saúde Mental no SUS: os **Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília.

BRASIL (2003a): Ministério da Saúde. **Pólos de Educação Permanente em Saúde.** Disponible en http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/educacao_permanente_tripartite.pdf acceso en 21 de agosto de 2007.

BRASIL (2003b): Ministerio de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental Coodenação de Gestão da

Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica o vínculo e o diálogo necessários.** Disponible en [www.http//saúde.gov.br](http://saúde.gov.br) acceso en abril de 2008.

BRASIL (2002): Ministério da Saúde do Brasil. **PORTARIA N.º 336/GM** Em 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL (2001): **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.** Ministerio da saúde do Brasil. Disponible en <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=232459> Acceso en mayo de 2007.

BRASIL (2001): **III CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – CNSM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.** Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da III Conferencia Nacional de saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Brasil.

BRASIL (1995): **Conselho Nacional de Educação/Câmara de Formação Superior – CNE/CES,** Ministério de Educação do Brasil.

Brasil (1992): Ministério da Saúde. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília.

BRASIL (1990): Congresso Nacional. **Lei 8080,** de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF.

BRASIL (1989): **Projeto de Lei nº 3.657/89.** Dispõe sobre a proteção y los derechos de las personas portadoras de trastornos mentales y da dirección al modelo asistencial en salud en el Brasil.

Brasil (1987): Ministerio da Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasilia.

BRASÍLIA (2004): Ministerio da Saúde. **HumanizaSUS. EQUIPE DE REFERÊNCIA E APOIO MATRICIAL.** Núcleo Técnico da Política Nacional de

Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em www.saude.gov.br/humanizaus. Acesso em abril de 2008.

CAMARGO-BORGES, C. Y CARDOSO, C. L. (2005): A Psicologia e a estratégica saúde da família: compondo saberes e fazeres. En: **Psicologia & Sociedade**, 17 (2), pp. 26-32.

CAMPOS, G. W. S. Y DOMITTI, A. C. (2007): **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407.

CAMPOS, F. C. B. y GUARIDO, E. L. (2007): O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. En SPINK. M. J. P. (Dir.) **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. (pp 81-103). Casa do psicólogo. São Paulo.

CANESQUI, A. M. (1998): Ciências Sociais e Saúde no Brasil: Três décadas de ensino e pesquisa. **Ciência e Saúde Coletiva**, III, I, pp. 131-168.

CANTOR, G. (2002): La triangulación metodológica en ciencias sociales. Reflexiones a partir de un trabajo de investigación empírica. **Revista electrónica de ciencias sociales**. Facultad de ciencias sociales de la Universidad del Chile. Disponível em <http://www.preval.org/documentos/00536.pdf> acceso en 14 de junio de 2008.

CARDOSO, C. L. (2002): A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Psicol. cienc. prof.**, vol.22(1), p.2-9.

CARROBLES, J. A. (1993): Prólogo en: SIMÓN, M. A.: **Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención**. Ediciones Pirámide. Madrid, pp.15-18.

CHIATTONE, H. B. A (2000): Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar.

Psicologia da Saúde: um Novo Significado para a Prática Clínica. Pioneira. São Paulo.

CHIZZOTTI, A. (1998): **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** Cortez. São Paulo.

CIÊNCIA E PROFISSÃO – DIÁLOGOS (2006): O crescimento dos cuidados paliativos. **Ciência e Profissão – Diálogos.** 3(4), 18-19, diciembre.

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS (2007): disponible en www.cop.es/perfiles/index.html acceso en 12 julio de 2007.

COMA, J. M. R. (2001): **Los huesos hablan: Antropología forense histórica.** Ediciones del museo “Profesor Reverte Como” de Antropología Médica-Forense, Paleopatología y Criminalística (Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, Madrid). Madrid.

COSTA, M. Y LÓPEZ, E. (1986): **Salud Comunitaria.** Martínez Roca. Barcelona.

DECRETO-LEI n.º 241/94. DR 220/94 SÉRIE I-A de 1994-09-22
Ministério da Saúde. Disponible en http://www.psicologia.com.pt/profissional/emprego/ver_artigo.php?id=144&grupo=5 acceso en 26 de junio de 2008.

DECRETO-LEI nº 35/99. LEI DE SAÚDE MENTAL (1999): . **Diário da República nº 30 Série I Parte A de 05/02/1999.** Disponible en http://bdjur.almedina.net/sinopse.php?field=doc_id&value=33280 acceso en 12 de junio de 2008.

DE LA CRUZ, Isabel; JOCILES, M. I.; PIQUERAS, A.; RIVAS, A. M. **Introducción a la antropología para la intervención social.** Tirant lo Blanch, Valencia, 2002

DEMO, P. (1998): **Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento**. Vozes. Petrópolis.

DENZIN, N. (1978): **The Research Act**, McGraw-Hill. New York.

DIMENSTEIN, M. (2003): Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública, en: **Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 13(5)**, pp. 341-345.

DIMENSTEIN, M. (2001): O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva, en: **Psicología en Estudio**, v.6(2), pp. 57-63. Maringá.

DIMENSTEIN, M. (1998a): O psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): perfil profissional e perspectivas de atuação nas unidades básicas de saúde. (UBS). **Tesis de doctorado**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

DIMENSTEIN, M. (1998b): O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia 3(1)**, 53-81.

ESCALA WHOQOL-100. OMS (2008): Organización Mundial de Salud, disponible en <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-100.html> acceso en 12 de junio de 2008.

EPSTEIN, L. H. Y CLUSS, P. A. (1982): A behavioral medicine perspective on adherence to longterm medical regimens: en **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 50, pp. 960-971.

FABREGAT, C. E. (1980): Cultura y salud mental en: KENNY, M.; M. de MIGUEL, JESÚS. (Dir.): **La antropología médica en España**, Editorial Anagrana, Barcelona, pp. 83-101.

FAZENDA, I. C. A. (1997): Reflexões metodológicas sobre a tese: “interdisciplinaridade - um projeto em parceria”, en: FAZENDA, I. C. A. (Dir.). **Metodologia da pesquisa educacional**. Cortez. São Paulo. pp 146-162.

FEYRABEND, P. (1989): **Contra o método**. Atlas S. A. São Paulo.

FERNÁNDEZ – BALLESTEROS, R. y CARROBLES, J. A. (1988): Perspectivas de la psicología de la salud en España, en: **Papeles del psicólogo**, VI, pp. 3-12.

FERRER V. A. (1995): Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. **Rev Psicol Salud**, 7(1), pp. 35-61.

FOCAULT, M. (1978): **História da loucura**. Editora Perspectiva, São Paulo.

FORTIM, I. Y CONSENTINO, L. M. (2007): **Psicología Ciência e Profissão**, 27 (1), pp.164-175.

FORTIM, I. (2004): Terapia on line e Orientação Psicológica:Diferenças. En FARAH, M. (Dir.) **Psicologia e Informática: o Ser Humano diante das Novas Tecnologias**. Oficina do Livro. São Paulo.

FREIRE, A. B. Y GRANDINO, P. J. (1999): Atenção em rede: o psicólogo e a comunidade. En: **Psi-Revista de psicologia social e Institucional**, V 1, nº 1.

FRIEDMAN, H. S. Y DiMATTEO, M. R. (1989): Adherence and practitioner patient relationship. En: Friedman, H. S. Y DiMatteo, M. R. Eds. **Health Psychology**. New York: Prentice Hall, pp. 68-100.

FRIEDMAN, M. Y ROSENMAN, R. H. (1959): Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings, en **Journal of the American Medical association**, 169, pp. 1286-1296.

FRENK, J. (1992): La nueva Salud Pública. En **Organización Panamericana de la salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate**. OPAS – Publicación científica, 540. pp. 75-93.

GERHARD, T. E. (2000): Anthropologie et Santé Publique: approche interdisciplinaire Pauvreté, situations de vie et santé au quotidien à Paranaguá, Paraná, Brésil. **Tesis de Doctorado**. Dirigida por Claude Raynaut, Université Bordeaux2-Victor Segalen, Laboratoire "Sociétés, Santé, Développement", CNRS- UMR 5036.

GODOY, J. F. (1999): Psicología de la salud: delimitación conceptual, en SIMON, M. A. (1999) (Dir. y otros). **Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones**. Editorial biblioteca Nueva, Madrid, España, pp. 61-62. p. 47.

GUEDES, C. R. (2006): A Supervisão de Estágio em Psicologia Hospitalar no Curso de Graduação: Relato de uma Experiência, en: **Psicologia Ciência e Profissão**, 26 (3), 516-523.

GUIA DO UTENTE DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (1998): Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. Lisboa.

GUIBERT REYES, W.; GRAU ABALO, J. y PRENDES LABRADA, M. C. (1999): ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria?. **Rev Cubana Med Gen Integr**, mar.-abr., vol.15(2), pp.176-183.

HANNS, L. A. (2004): Regulamentação em debate en: **Psicologia, ciência e profissão. Diálogos**. Nº 1, abril, Brasília, pp. 6-13.

HANSON, C. L.; CIGRANG, J. A.; HARRIS, M. A.; CARLE, D. L; RELYEA, G. Y BURGHEN, G. A. (1989): Coping styles in youths with insulin-dependent diabetes mellitus, en **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 57, pp. 644-651.

HARRIS, M. (2004): **Introducción a la antropología general**. Alianza Editorial, Madrid.

HRSA (2008): **Health Resources and Services Administration**. Border County Health Workforce Profiles: Arizona. Disponible en <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/border/arizona/mentalhealth.htm> acceso en 09 de junio de 2008.

IBGE (2008): **Instituto brasileiro de geografia e estatística**. Disponible en <http://www.ibge.gov.br-IBGE-cidades> acceso en 03 de mayo de 2008.

INFOCOPONLINE (2006): COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ANDALUCIA ORIENTAL (2006): disponible en <http://www.cop.es/delegaci/andoriental/BuscadorDirectorioProf.asp> acceso en el día 09 de agosto de 2006.

INFOCOP ONLINE (2006): Carta publicada en prensa el 12 de febrero: **La psicología es una profesión polivalente**. Disponible en <http://www.cop.es/infocoponline/em/carta2.jpg> acceso en 18 de marzo de 2006.

INFORME DE LA RED DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (2006): **Sistematización de experiencias en salud y desarrollo en el Ecuador**, Quito, Ecuador.

INE (2007): **Instituto Nacional de Estadística**. Disponible en <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi> acceso en 13 de febrero de 2007.

YAMAMOTO, O. H. ; CUNHA, I. M. F. F. O. (1998): O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar, en **Psicologia, Reflexão e Crítica**. Vol. 11, nº 2, Porto Alegre.

JAPIASSÚ, H. (1976): **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago.

JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L.(Dir.) (1997): Interdisciplinaridade - Para além da filosofia do sujeito, en: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. (Dir.). **Interdisciplinaridade. Para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes, cap. 1. p. 11-24.

JIMÉNEZ, J. C., SÁNCHEZ, J. G. Y AGUILAR, F. G. (2006): Guía técnica para la construcción de cuestionarios. **Odisea Revista electrónica de pedagogía**. México. 3(6). Enero-junio 2006.

LABBÉ, E. E. (1999): Preparación psicológica ante procedimientos de resonancia magnética nuclear, en SIMON, M. A. (Dir. y otros) **Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones**. Editorial biblioteca Nueva, Madrid, España, pp. 435-448.

LEI DE BASES DA SAÚDE (1990): Legislação Farmacéutica Compilada. Portugal. Disponible en http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_I/lei_48-90.pdf acceso en 23 de junio de 2008.

LEI nº **36/98**. Disponible en <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/lei+organica/arquivo+organica/default.htm> acceso en 12 de junio de 2008.

LEY 44/2003 DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS, de 21 de noviembre. Jefatura del Estado (BOE n. 280 de 22/1/2003). Ministerio de la Presidencia En:< http://www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2003/21340> acceso en 20 de abril de 2007.

LEY 14/1986, de 25 de abril, GENERAL DE LA SANIDAD, en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l14-1986.html acceso en: 12 de febrero de 2007.

LIMA, M. (2005): Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde em **Psicologia em estudo**. Vol. 10 nº 3, Maringá. Disponible en http://www.cielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000300011 Acceso en 07 de marzo de 2006.

LIMA, M.(2001): **Práticas psicológicas em serviços públicos de saúde: cultura psicológica e a formação dos psicólogos**. (No publicado) Texto desenvolvido na disciplina Psiquiatria Transcultural do Doutorado em Saúde Coletiva, ISC-UFBA, Inédito.

LORENZO, S. M.; KEENOY, E. M.; GASPAR, O. S. (2002): Situación actual y futuro de la atención primaria, en **Informes SESPAS**. pp. 395-438.

LOUX, F. (1990): **Traditions et soins d'aujourd'hui**. InterÉditions. Paris.

LOVELLE, R. P. (2003): La psicología de la salud en Cuba. **Psicologiacientifica.com** Disponible en <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia112-6-la-psicologia-de-la-salud-en-cuba.html> acceso en 20-03-2007.

MACIÀ, D. MÉNDEZ. F. X. (1996): Evaluación de la adherencia al tratamiento. En BUELA-CASAL,G.; CABALLO, V. E. Y SIERRA, J. C. (Dir.). **Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud**. Madrid: Siglo XXI.

MALINOWSKI, B. (1967): **Una teoría científica de la cultura**. Editorial Suramericana. Buenos Aires.

MATARAZZO, J. D. (1980): Behavioral health and behavioral medicine: frontiers of a new health psychology. **American psychologist**, 35(807-817).

MAHFOUD, M. (1999): **Plantão Psicológico: novos horizontes**. Editora companhia ilimitada. São Paulo.

MARTIN ALFONSO, L. (2004): Acerca del concepto de adherencia terapéutica. **Rev Cubana Salud Pública**, sep.-dic. vol.30, no.4, p.0-0.

MARTÍN ARRIBAS, M. C. (2004): Diseño y validación de cuestionarios. **Matronas Profesión**, vol. 5(17): 23-29.

MARTÍNEZ, J. C. D. (2003): El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. **Rev Esp Salud Pública**; 77: 615-627

M. de MIGUEL, J. (1980): Introducción al campo de la antropología médica en KENNY, M.y M. de MIGUEL, J. (Dir.): **La antropología médica en España**, Barcelona, pp. 11-40.

MEDEIROS, S. M. y GUIMARAES, J. (2002): Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, Disponibles en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acceso en 26 Mayo 2007. PRE-publicación

MEYER, F. (1996): **Enfermedad. Etnología y antropología**. Ediciones Akal. Madrid.

MOODIE, R. L. (1923): **Paleopathology: An introduction to the study of ancient evidences of disease**. Urbana, University of Illinois Press. Illinois.

MOORE C,WISNIVESKY J, WILLIAMS S, McGINNT. (2003): Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient setting. **J Gen Inter Med** 18. pp. 646-651.

MOURA, D. (1989): **Saúde não se dá: conquista-se**. Hucitec. São Paulo.

MUÑOZ, A. M. A.; HERRERA, A. C. V. (2005): Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. **Salud Pública de México**, año/vol. 47, número 006. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México. pp. 440-446.

OLIVEIRA, E. C. N. (2002): O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicologia ciencia e profissão. v.22 n.2 Brasília.**

OMS (1978): ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata.** URSS.

ORTÍZ, M. B. M: (2008): INTRODUCCIÓN A LA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD. **Apuntes: ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD.** Disponible en http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_antropolog_salud_1.htm acceso en 14 de junio de 2008.

PAIM, J. S. y ALMEIDA FILHO, N. (2000): **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Casa da qualidade Editora. Salvador.

PECK, C. L. Y KING, N. J. (1985): Increasing patient compliance with prescriptions, en **Journal of The American Medical Association**, 248. pp. 2874-2877.

PEREA QUESADA, R. (Dir.) (2004). **Educación para la salud. Reto del nuestro tiempo.** Ediciones Díaz de Santos, S. A. Madrid.

PEREA QUESADA, R. (1985): **Educación para la Salud.** Madrid. FUE/UNED.

PÉREZ ÁLVAREZ, M. (1999): Promoción de la salud y iatrogenesis en SIMON, M. A. (1999) (Dir. y otros) **Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones.** Editorial biblioteca Nueva, Madrid, España. pp. 155-176.

PÉREZ, M. (1991): Medicina, psicología de la salud y psicología clínica, en **Revista de Psicología de la Salud**, 3, pp. 21-44.

PETER SPINK, K. (1992): Saúde mental e trabalho: o bloqueio de uma prática acessível en CAMPOS, F. C. B. (Dir.) **Psicologia e saúde. Repensando práticas**. Hucitec, São Paulo, pp.91-102.

PISMA. **PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCIA** (2003-2007) (2007). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.

PLANO NACIONAL DE ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA (2007): disponible en <http://www.setras.pb.gov.br/paif.shtml> acceso en 25 de junio de 2008.

PLANO NACIONAL DE REESTRUTURAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL (2007): Plano de Ação 2007/2016. Comissão Nacional para reestruturação dos serviços de saúde mental.

POOPER, K. (1957): The unity of method. Reproduzido en: BYNNER, J. Y STRIBLEY, K. M. (1979). **Social Research Principles and Procedures**. New York. Longman/Open, University Press.

PORTARIA Nº 373/GM (2002). Em 27 de fevereiro de 2002. Ministerio da Saúde do Brasil. Norma Opeacional da assistencia à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02. .

PORTARIA Nº 1109/95 . CRIA E DEFINE A PRATICA PROFISSIONAL NO SISTEMA DE SAÚDE PROFISSIONAL EM PORTUGAL. Disponible en <http://www.psicologia.com.pt/profissional/ensino/conteudos.php?cod=2> acceso en 26 de junio de 2008.

PORTARIA N° 388/92, de 09 de Maio de 1992 Diário da Republica, 09 de maio 1992 (n° 107). Disponible en <http://vlex.pt/vid/33175423> acceso en 26 de junio de 2008.

PROGRAMA PAIDÉIA (2001): As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde - Gestão 2001 – 2004 – CAMPINAS/2001 Secretaria Municipal de Saúde - Campinas – SP. Disponible en <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm> acceso em 04/01/2008.

RADCLIFF-BROWN(1957): **A natural science of society**. Chicago : The Free Press.

RAYNAUT, C. (2006): INTERFACES ENTRE A ANTROPOLOGIA E A SAÚDE: em busca de novas abordagens conceituais. En **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) jun;27(2):149-65.

REIMUNDEZ, G. (2006): Las victimas de una reforma inacabada. EN PORTADA. ReES. **ECONOMIA DE LA SALUD**. pp. 203-206.

RIBEIRO, J. L. P. (2007): **Introdução à psicologia da saúde**. Quarteto, Coimbra, Portugal.

RODRÍGUEZ, L. J. F. (1999): El abordaje de los trastornos mentales desde la atención primaria en RODRÍGUEZ, L. J. F. (Dir.) **Aspectos básicos de salud mental en atención primaria**. Editorial Trotta, Madrid.

RODRÍGUEZ - MARÍN, J. (1999): La psicología de la salud en la España actual, en SIMON, M. A. (Dir. y otros) **Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones**. Editorial biblioteca Nueva, Madrid, España. pp. 177-216.

RODRÍGUEZ-MARIN, J. (1995): Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las

prescripciones terapéuticas. En: Rodríguez Marin, J. (1995) (Dir.). **Psicología Social de la Salud**. Madrid. Síntesis; pp.151-60.

ROJAS, R. A. O. **EL CUESTIONARIO** (2008): Disponible en <http://www.nodo50.org/sindpitagoras/Likert.htm> acceso en 13 de junio de 2008.

ROMANO, B. (1999): **Princípios para a Prática Clínica em Hospitais**. Casa do Psicólogo. São Paulo.

RUIPEREZ, M. A. (1997): Políticas de salud en ORTS, M. L. P. Y ARNAL, R. B. (Dir.). **La práctica de la Psicología de la Salud**. Programas de intervención. Promolibro – Valencia, pp. 315–330.

SÁ, C. P. de (1998): **A construção do objeto de pesquisa em Representações sociais**. EDUERJ. Rio de Janeiro.

SAMPAIO, J. J. C. (1998): **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde-doença como objeto da epidemiologia**. FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

SANTACREU, J. (1991): Psicología clínica y psicología de la salud: Marcos teóricos y modelos, en **Revista de psicología de la salud/Journal of Health Psychology**, 3, 3-20.

SANTIAGO, K.T. C. (2004): **O psicólogo no programa de saúde da família: uma interação necessária**. Monografía de conclusión de licenciatura en psicología. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande – Brasil.

SANTOS, A. C. y TRINDADE, I. (1997): Intervenção psicológica em programas de saúde para idosos. En J. L. PAIS RIBEIRO (Dir.), **Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. ISPA. Lisboa. pp. 385-398.

SERRA, A. M. M. (2004): Caminhos de conciliação en **Psicologia, Ciência e Profissão. Diálogos**. Nº 1, abril, pp. 24-28.

SESPAS (2002): Situación actual y futuro de la Atención Primaria, En Lorenzo, S. M.; Keenoy, E. M. Y Gaspar, O. S. **Informe SESPAS**, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada. pp. 395-438.

SIEPIERSKI, P. (1998): Interdisciplinaridade e cientificidade en **SIMPÓSIO INTERDISCIPLINARIDADE EM QUESTAO**. Campina Grande **Anais...** Campina Grande: UEPB. pp 23-30.

SIGERIST, H. E. (1960): The special position of the sick en ROEMER, M. I. HENRY E. **Sigerist on the sociology of medicine**. Nova York: MD Publications. pp. 9-22.

SILVA, R. C. DA. (1992): A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública en CAMPOS, F. C. B. (Dir.) **Psicologia e saúde. Repensando práticas**. Hucitec, São Paulo, pp.25-40.

SILVA, L. A. V.; OLIVEIRA, R. F. Y FRANCO, A. L. S. (1998); Inserção do psicólogo em programas de atenção primaria à adolescência: uma experiencia em Salvador – Bahía, en **Psicología: Reflexão e crítica**. Vol. 11, nº 3, Porto Alegre.

SIMON, M. A. (1999): Prefacio en SIMON, M. A. (Dir. y otros) **Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones**. Editorial biblioteca Nueva, Madrid, España. pp. 27-35.

SIMÓN, M. A. (1993): Presentación, en SIMÓN, M. A. (Dir.), **Psicología de la Salud. Aplicaciones Clínicas y Estrategias de Intervención**. Pirámide, Madrid.

Schraiber, L. B.; Gomes, R. y Couto. M. T. (2005): Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1), 7-17.

SPINK, M. J. (2003): **Psicología Social e Saúde. Práticas, saberes e sentidos**. Editora Vozes, Petrópolis.

SPINK, M. J. (1992): Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber en: CAMPOS, F. C. B. (Dir.) **Psicologia e saúde. Repensando práticas**. Hucitec, São Paulo. pp.11-23.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. S. M.; GAMBA, E. A. C. y LISBOA, M. S.(2007): Contribuições da psicologia para a saúde pública: onde publicamos, a quem endereçamos e que efeitos pode ter. En SPINK. M. J. P.; (Dir.) **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica.**: Casa do psicólogo. São Paulo. pp. 141-174.

SPINK, M. J. P. Y LIMA, H. (1999): Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. En SPINK, M. J. (Dir.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Aproximações teóricas e metodológicas**. Cortez, São Paulo.

SPINK, M. J. P. Y MEDRADO, B. (1999): Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. En SPINK. M. J. P.; (Dir.) **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. Casa do psicólogo. São Paulo. pp 41-61.

SPINK, M. J. y FREZZA, R. M. (1999): Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. En SPINK, M. J. (Dir.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Aproximações teóricas e metodológicas**. Cortez, São Paulo.

STARFIELD, B. (2004): **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde.

STROEBE, W. y STROEBE, M. S. (1995): **Social psychology and health**. Instituto Piaget.

SURWIT, R. S.; ROSS, S. L.; McCASKILL, C. C. Y FEINGLOS, M, N. (1989): Does relaxation therapy add to conventional treatment of diabetes mellitus?, en **Diabetes**, 38 (Suppl. 2), 9 A.

TASSINARI, M. A. (2003): A Clínica da urgência Psicológica: contribuições da abordagem centrada na pessoa e da Teoria do caos. **Tesis de Doctorado** UFRJ/ Instituto de Psicologia.

TASSINARI, M. A. (1999): Plantão psicológico centrado na pessoa como promoção de saúde no contexto escolar. Universidade Federal do Rio de Janeiro – **Dissertação de Mestrado** RIO DE JANEIRO.

TEIXEIRA, J. A. C.(2007): Psicologia da saúde. En TRINDADE, I. Y TEIXEIRA, J. A. C. (Dir.) **Psicologia nos cuidados de saúde primários**. Climepsi Editores. pp. 17-40.

TRINDADE, I (2007): Intervenção psicológica em centros de saúde. En TRINDADE, I. Y TEIXEIRA, J. A. C. (Dir.) **Psicologia nos cuidados de saúde primários**. Climepsi Editores. pp.41-54.

TRINDADE, I y TEIXEIRA, J. A. C. (2007): Aconselhamento psicológico nos cuidados primarios. En TRINDADE, I. Y TEIXEIRA, J. A. C. (Dir.) **Psicologia nos cuidados de saúde primários**. Climepsi Editores. pp.105-118..

TURATO, E. R. (2003): **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-metodológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Vozes. Petrópolis.

VALDIVIA ONEGA, N. C. (2003): Epidemiología y atención primaria de salud. **Rev Cubana Hig Epidemiol**, Mayo-dic. vol.41, no.2-3, p.0-0.

VÁZQUEZ, M. B. Y MÉNDEZ, F. J. (1999): Procedimientos conductuales para el control de la diabetes, en SIMON, M. A. (Dir. y otros) **Manual de psicología**

de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Editorial biblioteca Nueva, Madrid, España, pp. 469-503.

VEIGA NETO, A. J. (1996): A ordem das disciplinas. **Tesis de doctorado.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

WIKIPEDIA (2001): Disponible en <http://es.wilipedia.org/wiki/coimbra> acceso en 03 de mayo de 2008.

Anexo 1



Universidad de Granada

Facultad de Medicina

Laboratorio de Antropología Física

Programa: Evolución Humana: bases de la Antropología Física

Cuestionario

Estimado psicólogo:

La aplicación de este instrumento de investigación recoge datos, de manera objetiva, sobre las formas de actuación de los psicólogos en la sanidad pública de la Provincia de Granada – España, de la ciudad de Campina Grande – Brasil y del Concelho de Coimbra – Portugal.

Los resultados adquiridos a partir de este instrumento formarán parte de la tesis de doctorado de Railda Fernandes Alves, cuyo título es **Intervenciones de profesionales en el campo de la salud: estudio antropológico comparativo en Brasil, España y Portugal**. El referido trabajo está vinculado al Programa de doctorado Evolución Humana: bases de la Antropología Física - Laboratorio de Antropología - Facultad de Medicina - Universidad de Granada, y está suscrito bajo la dirección de la profesora Sylvia Jiménez Brobeil (UGR) y la codirección de la Profesora Maria do Carmo Eulálio(UEPB).

Los datos personales permanecerán anónimos y las informaciones aquí obtenidas aportarán una gran contribución a las políticas de salud puestas en marcha en Brasil, en Portugal y en España, además de que ayudarán a redefinir el futuro de la profesión del psicólogo en la sanidad pública de estos dos países.

La responsabilidad directa por este trabajo es de Railda Fernandes Alves, NIE X6216493-f, psicóloga, docente de la Universidad Estatal de Paraíba – Brasil y alumna del referido programa de doctorado.

Se ruega la gentileza de informar con la máxima sinceridad las cuestiones solicitadas. Marcando con un X la respuesta que considere más adecuada y respondiendo las cuestiones abiertas.

Muchas gracias por su valiosa colaboración.

1 – Edad:

2 – Lugar de nacimiento:

3 – Lugar de residencia:

4 – Estado civil:

Casada (o) viúda (o) soltera (o) separada (o) /divorciada (o)

5 - Número de hijos. _____

5.1 Edades de los hijos _____

6 – Con quien vive: sola (o) con la familia con los hijos con un/una compañera (o) otros

7 – ¿Cuándo ha terminado la carrera? _____

8 – ¿Ha hecho master o doctorado? Sí no

¿En qué área? _____

9 – Informe la institución en la que trabaja o desempeña su función _____

10 – Informe la cantidad de años que lleva en actuación en este sector _____

11 – Informe la cantidad de horas trabajadas a la semana _____

12- Si no se molesta, informe lo que cobra usted por este trabajo _____

13– En su opinión cobra usted lo suficiente para garantizar una buena calidad de vida para si misma (o) y/o su familia?

Poco 0 1 2 3 4 5 muy satisfecho

14 –Está usted satisfecha (o) con su trabajo

Poco 0 1 2 3 4 5 muy satisfecho

15 – Trabajar en la sanidad pública ha sido resultado de:

15.1 Elección personal

15.2 Oposición

15.3 Traslado de un sector a otro

15.4 Otro. ¿Cuál? _____

16 – ¿La administración del centro donde trabaja usted reconoce su trabajo como importante o esencial?

Sí no ¿por qué? _____

17 – ¿Creé usted que el desarrollo de su trabajo estimula a la creación de otros puestos de trabajo?

Sí no ¿Por qué? _____

18 – En términos cronológicos, ¿cuál es la población que atiende usted?

Niño adolescente adulto mayor

19 – ¿Orienta usted su práctica por algún abordaje teórico específico?

Sí no ¿cuál? _____

20 – ¿Tiene usted tiempo libre durante su jornada de trabajo?

Sí no ¿Por qué? _____

21 – ¿Consigue usted desarrollar todas las actividades en su trabajo?

Sí no

¿Por qué?

22 – ¿Considera usted que las actividades desarrolladas en su labor son propias del trabajo del psicólogo en la sanidad pública? Sí no
 Por qué?

23 – En el cuadro de abajo marque las actividades que usted está acostumbrada/o a desempeñar en su trabajo cotidiano

Actividades desarrolladas	Sí	No
Psicoterapia individual		
Psicoterapia en grupo		
Orientación sobre la salud		
Orientación a la familia del usuario del servicio		
Orientación al equipo de profesionales con quien trabaja (médicos, enfermeros, otros profesionales)		
Actuación en la planificación de programas de salud		
Psicodiagnóstico		
Tests psicológicos		
Relajación		
Técnicas corporales		
Psicoterapia breve		
Observación		
Grupos terapéuticos		
Grupos de educación para la salud		
Orientación a mujeres embarazadas		
Derivación a otros profesionales		

Interconsultas		
Actúa en integración con el equipo multiprofesional		
Entrevistas primarias		
Programas con alcohólicos		
Programas con drogadictos (prevención o tratamiento)		
Trabajos sobre sexualidad		
Otro		
Otro		
Otro		
Otro		

24 – ¿Para usted cuál es el objetivo de la presencia de la psicología en la atención primaria de salud?

25 – ¿Tiene usted alguna pregunta que añadir a este cuestionario? ¿Cuál?

Muchas gracias por su valiosa contribución

Anexos del capítulo 7

Cuadro 7.2.3

Demostrativo de los Centros u hospitales investigados pertenecientes al SAS en la Provincia de Granada – España octubre de 2006 a febrero de 2007

Centro u hospital	Tipo de atención	Granada y pueblos	Cantidad de psicólogos por centro
USMIJ – Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil – Hospital de Día – Hospital Materno-infantil	nivel especializado (tercero)	Granada	04
ESMD – Equipo de Salud Mental de Distrito – Cartuja – Área Norte	nivel especializado (segundo)	Granada	02
ESMD – Equipo de Salud Mental de Distrito – Zaidín – Área Sur	nivel especializado (segundo)	Granada	02
URA – Unidad de Rehabilitación	nivel especializado (tercero)	Granada	01
HD – Hospital de Día de Salud Mental de Adultos	nivel especializado (tercero)	Granada	01
CT - Comunidad Terapéutica de Alfacar	nivel especializado (tercero)	Alfacar	02
CT – comunidad Terapéutica Norte	especializado (tercero)	Granada	02
ESMD – Equipo de Salud Mental de Distrito de Santa Fe – Santa Fe	nivel especializado (segundo)	Santa Fe	01
UH - Unidad de Agudos del Hospital Virgen de las Nieves	nivel especializado (tercero)	Granada	01

UH – Unidad de Agudos del hospital Clínico de Granada	Nivel especializado (tercero)	Granada	01
HD – Hospital de Día de Salud Mental de Motril	Nivel especializado (tercero)	Motril	02
ESMD – Equipo de Salud Mental de Distrito - Motril	Nivel especializado (segundo)	Motril	01
ESMD – Equipo de Salud Mental de Distrito - Guadix	Nivel especializado (segundo)	Guadix	02
ESMD – Equipo de Salud Mental de Distrito - Baza	Nivel especializado (segundo)	Baza	01
ESMD – Equipo de Salud Mental de Distrito – Órgiva	Nivel especializado (segundo)	Órgiva	01
UH – Unidad de Agudos – Hospital de Baza	Nivel especializado (tercero)	Baza	01
ESMD – Equipo de Salud Mental de Distrito de Loja	Nivel especializado (segundo)	Loja	01
Total de Centros	17 niveles	02	08
			N= 26 *

* El n= 26 corresponde al total de psicólogos actuantes en la Provincia de Granada. Sin embargo, nuestra muestra ha sido compuesta de por sujetos ya que el momento de la toma de datos uno de los tres estaba de baja laboral y los otros dos no han aceptado participar de la investigación.

Cuadro 7.2.4

Demostrativo de los Centros y hospitales investigados pertenecientes al 'Sistema Nacional de Saúde' del Concelho de Coimbra – Portugal

Centro u hospital	Nivel de atención	cantidad de psicólogos por centro
Centro Hospitalar de Coimbra – hospital geral – COVÕES	Especializado (tercero)	03
Centro Hospitalar de Coimbra – Hospital Pediátrico	Especializado (segundo)	07
Instituto da Droga e Toxicoddependência - CAT	Especializado (segundo)	8 (Había uno más, pero estaba de vacaciones)
Hospital da Universidade de Coimbra – HUC – Clínica Psiquiátrica dos HUC	Especializado (segundo)	04
Hospital da Universidade de Coimbra – HUC – Maternidade Daniel de Matos	Especializado (tercero)	02
Centro Hospitalar de Coimbra – Maternidade Bissaya Barreto	Especializado (tercero)	01 (Había una más, pero estaba de baja laboral)
Instituto Português de Oncologia	Especializado (tercero)	01
Hospital Psiquiátrico Sobral Cid	Especializado (tercero)	03
Centro de Saúde de Celas	Cuidados primarios de salud (primero)	01
Centro de Saúde Fernão de Magalhães	Cuidados primarios de salud (primero)	01
Centro Hospitalar de Coimbra – Departamento de Pedopsiquiatria	Especializado (segundo)	02
Total de Centros 11	Niveles asistidos 3	33 *

* Los sujetos investigados fueron 33, pero el Servicio disponía de dos más, los cuales no entraron en el muestreo porque en aquel momento uno estaba de baja laboral y otro de vacaciones.

Cuadro 7.2.5

Demostrativo de los Centros u hospitales investigados en la ciudad de Campina Grande - Brasil

Centro de salud u hospital	Nivel de atención	Cantidad de centros	Cantidad de psicólogos por centro / nivel de atención
Centros de saúde (Unidades básicas de saúde)	Básico – primero	7	15
Hospital Universitario Alcides Carneiro	Especializado - tercero	2	06
Maternidade Elpideo de Almeida (ISEA)	Especializado - tercero	1	11
Centro de Atenção Psicossocial – Alcool e drogas (CAPS AD)	Especializado – segundo	1	5
Centro de Atenção Psicossocial II (CAPSII)	Especializado – segundo	1	2
Centro de Atenção Psicossocial III (CAPSIII)	Especializado – segundo	1	3
Centro de Atenção Psicossocial (CAPSinho)	Especializado – segundo	1	5
Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS infantil)	Especializado – segundo	1	4
Total de centros	3	15	51*

* Además de los 51 psicólogos hemos entrevistado a las dos coordinadoras del servicio de salud mental de la ciudad de Campina Grande, formando un total de 53 sujetos

Mapas del capítulo 7

7.8.1. Mapa de asociación de ideas

Los objetivos de la psicología en la perspectiva de psicólogos actuantes en el 1º nivel de atención de salud APS - Campina Grande Brasil y Concelho de Coimbra – Portugal 2007

Objetivos compatibles con APS	Objetivos compatibles con ASS	Objetivos compatibles con ATS	Respuestas imprecisas / genéricas
<p>“Implementar la psicología como profesión accesible a todas las personas”</p> <p>“Derivar a sectores específicos”</p> <p>“Orientación a las familias de los usuarios”</p> <p>“Objetiva a trabajar la salud como un todo porque la persona no puede ser tratada en partes (separadas)”</p> <p>“Prevenir”</p> <p>“Dar soporte técnico a los profesionales y contribuir para una mejor calidad de vida de los usuarios”</p>	<p>“Hacer grupos terapéuticos”</p> <p>“La psicología es el referencial en la atención primaria ya que si se dedica a salud mental de la población, actúa como un organizador psíquico del sector, en conjunto con el equipo de trabajo”</p> <p>“Ser responsable en coordinación con el PSF, de la salud mental en su distrito, realizando orientación al equipo de salud, psicoterapia individual y en grupo, derivando los pacientes a los servicios especializados como el CAPS. O sea, hace una regulación”</p>	<p>“Asistir a casos de urgencias”</p>	<p>“Es un campo importantísimo para el área de salud”</p> <p>“Es necesario tener el profesional en el equipo para el apoyo psicológico cuando sea necesario”</p> <p>“¡Importantísimo! Será el hombre del futuro”</p> <p>“Brindar asistencia psicológica y social garantizando a los usuarios una mejor calidad de vida”</p> <p>“Devolver el bien estar a las personas, calidad de vida”</p>

<p>“Prevención. Aunque la intervención se justifique, en última instancia, deberá tener como objetivo las situaciones más graves”</p>	<p>“Promover mejor calidad de vida al paciente, derivarlo a otro servicio, cuando haga falta, disminuir su sufrimiento psíquico para mejorar su calidad de vida”</p> <p>“Atender el ser humano en todas las necesidades, ayudándole a buscar y encontrar nuevas perspectivas en su vida”</p> <p>“Como el término atención primaria refiere, es atender a las necesidades primarias respecto a salud mental, en una dimensión pública”</p>		<p>“Llevar las informaciones del trabajo del psicólogo hasta las personas más pobres, para que tengan la oportunidad de “vislumbrar” unas mejoras en sus vidas”</p>
---	---	--	---

7.8.2. Mapa de asociación de ideas

Los objetivos de la psicología en la APS en la perspectiva de psicólogos actuantes en los 2º y 3º niveles de atención de salud – Campina Grande – Brasil - 2007

Objetivos compatibles con APS	Objetivos compatibles con ASS	Objetivos compatibles con ATS mezclado con ideas parciales sobre la ATS	Descripción de actividades del psicólogo en cualquier nivel de atención de salud y/o respuestas desconectadas	Actividades de prevención de enfermedades
<p>“trabalhar com a prevenção e promoção da saúde”</p> <p>“é importante mediante a necessidade de realizar um trabalho no sentido de prevenir, intervir, promover, ou seja, o primeiro passo para o processo de um todo”</p> <p>“atuar na prevenção e/ou na intervenção com o intuito de oferecer opções de tratamento prá que não se limite à terapia medicamentosa exclusivamente”</p> <p>“trabalhar preventivamente; desenvolver trabalhos educativos que focalizem diversos temas (sexualidade, alcoolismo...); desenvolver trabalhos voltados para a família; etc.”</p> <p>“sendo o Centro de</p>	<p>“acredito que seja atuar com um novo olhar na saúde mental, especialmente no caso do CAPS, e permitir intervenções pontuais n a atenção básica”</p> <p>“preperar o individuo emocionalmente para que ele possa resignificar sua estória e viver melhor psicológica e fisicamente”</p>	<p>“o objetivo é levar o individuo a compreender todo o procedimento dentro do processo gestacional, já que muitas mulheres ali atendidas não entendem as mudanças ocorridas no período gestacional, como também favorecer uma melhor satisfação pessoal e emocional em todos os sentidos, valorizando-os principalmente como pessoas e respeitando seus princípios sócio-cultural. Vale salientar ainda que estes objetivos aí citados faz referência a nossa prática com mães gestantes. Mas que o objetivo nos outros</p>	<p>“poder discutir com gestores, coordenadores e demais profissionais para que o olhar sobre o sujeito seja no um a um mesmo. Visitar a comunidade junto ao PSF, UBS, etc, acredito que uma intervenção primária junto a uma equipe interdisciplinar evitariam problemas posteriores”</p> <p>“regulación de la Rede” (?)</p>	<p>“a psicologia se propõe a contribuir na atenção primária no sentido de prevenir precocemente nas questões de saúde mental, além de promover um novo olhar sobre o ‘adoecer’, ‘doença’ e ‘saúde”</p> <p>“quando atuo em tempo hábil a psicologia é capaz de evitar transtornos graves e ameniza o sofrimento humano”</p>

²⁵ SABs “Sociedade de Amigos do Bairro”, en una traducción aproximada podría ser entendido como una asociación de vecinos de un barrio.

<p>Saúde a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, cabe aos psicólogos na atenção primária a realização de atividades de orientação e prevenção, assim como os encaminhamentos para os demais serviços que compõe a Rede de atenção à saúde mental”</p> <p>“acredito que o objetivo da psicologia a priori na atenção primária é ser reconhecido como ciência, sobretudo que pode atingir o social, fazer intervenções nesse social, fazer parte da construção desse social, trabalhos de prevenção de apoio...”</p> <p>“trabalhar com prevenção, nos temas, um trabalho de informação sobre drogas nas SABs²⁵, geralmente e o serviço social e a parte de psicologia”</p> <p>“ao meu ver o trabalho da psicologia é essencial, prevenindo e tratando problemas relacionados a saúde mental e física do paciente”</p> <p>“a psicologia tem o objetivo de prevenir e acompanhar numa perspectiva multiprofissional aos usuários da saúde pública, tornando o trabalho mais</p>	<p>“é procurar sempre ajudar ao máximo nos problemas diversos que se desenvolvem a partir de transtornos mentais ou problemas ou problemas relacionados aos problemas familiares, aos vícios, traumas, carências financeiras e afetivas etc.”</p> <p>“oferecer uma melhor assistência, vendo o ser humano dentro de suas especificidades, e no contexto no qual está inserido”</p> <p>“é importantíssimo, mesmo por ser um aconselhamento breve, percebemos a importância, principalmente quando o paciente se sente só, inseguro e não tem acompanhante”</p> <p>“prevenção no que diz respeito a orientação e informações para prevenção de doenças com sequelas. E promoção de saúde num abordagem sistêmica”</p>	<p>setores da saúde é tentar mostrar que a psicologia, ou seja, que a presença do psicólogo na saúde (atenção básica) vem transformar e humanizar o atendimento dentro do sistema hospitalar no intuito de valorizar o sujeito como um todo, não só no aspecto físico da dor, mas no seu aspecto emocional e na inter-relação de alguns fatores somáticos e psicológicos vivenciados por ele naquele momento, e favorecer um crescimento emocional saudável”</p> <p>“dentro do hospital a psicologia tem como objetivo facilitar a hospitalização visando a diminuição da ansiedade gerada pela doença e pelos procedimentos realizados, facilitando a recuperação”</p>	<p>“é desenvolver uma escuta advertida para a partir daí trabalhar a prevenção em saúde” (obs:el uso del término prevención de salud es inadecuado. Debería haber acudido al término prevención de enfermedad)</p> <p>“ordenar a vida do paciente e respeitar a auto-estima”</p> <p>“de suma importância”</p> <p>“abrandar um pouco o sofrimento, ansiedade, angústia, entre outros do paciente”</p> <p>“é importante para o desenvolvimento do equilíbrio mental do indivíduo que procura o Programa de saúde”</p>	<p>“tristemente não trabalho na atenção primária, mas acho um trabalho essencial na prevenção de transtornos mentais. Acredito que no PSF se possa fazer essa atenção”</p>
---	---	---	--	--

<p>humanizado e mais ético”</p> <p>“atender as necessidades psicossociais do usuário realizando um trabalho informativo e preventivo”</p> <p>“ações preventivas e profiláticas; humanização da saúde; integração à equipes multiprofissionais; ajudar na promoção do bem-estar psicossocial do indivíduo”</p> <p>“trabalho de orientação para a saúde pública no alcance de uma atividade preventiva”</p> <p>“um trabalho de prevenção e orientação – principalmente e de intervenção quando necessário”</p> <p>“é proporcionar a própria saúde, entendemos que a saúde é o bem-estar bio-psico-social”</p> <p>“super importante como prevenção nas doenças psicossomáticas”</p>	<p>“fazer atendimentos individuais, grupos, terapêuticos, grupos de famílias, orientação aos outros funcionários”</p> <p>“acredito que seja realizar atendimentos à população em sofrimento psíquico, mas também a de saber encaminhar determinadas pessoas com problemas mais específicos para outros serviços que estejam capacitados para trabalhar determinado problema”</p>		<p>“entendo que a atenção primária deve estar ligada à prevenção. No entanto, imagino que um psicólogo deste setor pode atuar com psicoterapia, apoio, e ainda em trabalhos com grupos de orientação”</p>	
--	--	--	---	--

7.8.3. Mapa de asociación de ideas

Los objetivos de la psicología en la perspectiva de psicólogos actuantes en los 2º y 3º niveles de atención de salud – Concelho de Coimbra – Portugal - 2006/2007

Actividades compatibles con APS	Actividades compatibles con ASS	Descripciones genéricas
<p>“Alterar estilos de vida”</p> <p>“Promover conductas de salud; evitar situaciones de riesgo del desarrollo psicoafetivo”</p> <p>“Programas de educación para la salud”</p> <p>“Promoción de programas de prevención primaria”</p> <p>“Prevenir situaciones de riesgo psicoterápico”</p> <p>“Diagnosticar grupos en riesgo social y ayudar a estructurarlos cuando haga falta”</p> <p>“Triar y derivar a los servicios especializados los pacientes de consulta primaria”</p> <p>“Profilaxía de la salud mental”</p> <p>“Permite al individuo valorar, identificar y decidir acerca de las cuestiones relacionadas con su salud y su realidad de vida”</p>	<p>“Tratamiento de pacientes con problemas psicológicos”</p> <p>“Promover cambios en el funcionamiento interno del sujeto, ayudándole a reflexionar sobre si mismo”</p>	<p>“Intervención, valoración y prevención en los diversos niveles: situaciones de crisis, enfermedades agudas y crónicas, dificultad de adaptación, psicopatología”</p> <p>“En este momento, el objetivo se relaciona con la necesidad de concienciar los profesionales de salud y la población en general para la importancia de las prácticas interdisciplinarias en las intervenciones de salud. Cambiar el modelo que divide (parcela) el ser humano en: físico, psicológico y social”</p>

<p>“Intervención precoz junto a las familias de los niños en riesgo”</p> <p>“Definición de comportamientos de riesgo e intervención en los factores de predisposición”</p> <p>“Trabajar en equipos multidisciplinares (modelo bio-psicosocial de salud)”</p>	<p>“Aumentar la salud mental de la población”</p> <p>“Llevar el paciente a centrarse en sus problemas, a no ir fuera de si a buscar lo que está en si mismo. Confrontar la división subjetiva, conocer su inconciente”</p>	
--	--	--

7.8.4. Mapa de asociación de ideas

Los objetivos de la psicología en la perspectiva de psicólogos actuantes en los 2º y 3º niveles de atención de salud – Provincia de Granada - España - 2006/2007

Compatibilidad con las intervenciones de APS	Compatibilidad con las intervenciones de ASS
<p>“Interviene en programas de salud general”</p> <p>“Trabaja con el paradigma de la psicología de la salud”</p> <p>“Tiene en cuenta otros parámetros de salud”</p> <p>“Interviene en los factores psicológicos del binomio salud-enfermedad”</p> <p>“Diferencia conflicto de enfermedad”</p> <p>“Actúa en la primera línea de abordaje”</p> <p>“Actúa como filtro”</p> <p>“Actúa en las crisis”</p> <p>“Evita la cronificación de los trastornos adaptativos”</p> <p>“Hace prevención primaria”</p> <p>“Necesita conocimiento de la comunidad”</p> <p>“Trabaja en coordinación con otros dispositivos sociales”</p> <p>“Deriva a otros servicios especializados”</p> <p>“Descongestiona los médicos de familia y especialistas también”</p> <p>“Colabora en equipos de APS”</p> <p>“Hace asesoramiento, interconsulta, cooterapia, supervisión”</p> <p>“Actúa en sensibilización y formación de los profesionales de APS”</p>	<p>“Hace prevención secundaria en adultos e infanto-juveniles”</p>

