



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

**EL EJERCICIO PROFESIONAL DESEMPEÑADO DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA
SALUD POR PSICÓLOGAS/OS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN LA
REGIÓN METROPOLITANA**

Memoria para optar al título de Psicóloga

Autora

Claudia Constanza Pizarro Cordero

Profesora Patrocinante

Adriana Espinoza

Fecha Entrega

Enero, 2019

Agradecimientos

A Nicolás, por estar siempre presente desde el amor y el cariño, y apoyarme infinitamente brindándome calma.

A mi madre por quererme y apoyarme.

A la flaca por quererme siempre, apoyarme y escucharme.

Al Osvaldo por su buena onda, su cariño, y el tiempo que compartimos.

A Jennifer, por su cariño, su apoyo y por brindarme seguridad.

A mis abuelos, gracias por su tiempo y su infinito cariño, espero que pueda estar orgulloso de mí en donde sea que esté.

A Camila, Gabriela, Iván y Diego, compañeros de práctica y de diplomado, por aliviar la carga de los días, por su grata compañía, su buena onda y su apoyo.

A los profesionales que quisieron participar y ser parte de este proyecto.

Finalmente agradecer a Adriana Espinoza, quién gracias a su consejo y apoyo me ayudó a concretar mi memoria.

ÍNDICE

	Nº pág.
I. Resumen	4
II. Introducción	5
III. Objetivos	7
1. Objetivo General	7
2. Objetivos Específicos	7
IV. Marco Teórico	8
1. Psicología de la Salud	9
1.1 Historia de la Psicología de la Salud	9
1.2 La perspectiva Biopsicosocial de la Psicología de la Salud	13
1.3 Definición de la Psicología de la Salud	14
1.4 Aplicaciones de la Psicología de la Salud	17
1.5 Interdisciplinariedad en la Psicología de la Salud	18
2. Descripción del sistema de salud vigente en Chile	19
2.1. Prestaciones asistenciales en salud	20
2.1.1 Atención Primaria	20
2.1.2 Atención Secundaria	22
2.1.3 Atención Terciaria	24
3. Psicología de la Salud en el ámbito hospitalario en Chile	25
4. Experiencia Personal	26
V. Marco Metodológico	28
1. Diseño de Investigación	28
2. Participantes	28
3. Instrumentos de recolección de Información	29
4. Procedimiento de análisis de datos	29
VI. Análisis y resultados	31
VIII. Discusión	43
IX. Conclusión	46
IX. Referencias	48
X. Anexos	51

RESUMEN

La Psicología de la Salud se ha instaurado producto de una nueva forma de pensamiento en salud, ésta considera la dimensión psicosocial en el proceso de salud-enfermedad a nivel conceptual, metodológico y en la organización de los servicios. Actualmente no se concibe la atención sin la figura del psicólogo, es por esto que en este estudio de tipo cualitativo fueron entrevistados psicólogos/as del área hospitalaria con el objetivo de analizar las particularidades de la práctica de las profesiones que participan directamente de estos servicios, se constituye como un componente fundamental para la comprensión integral. A partir de los resultados, se destaca la pertinencia de los cambios en la formación de pregrado y postgrado. Por otra parte, también es necesario que se defina y elaboren los perfiles específicos para los psicólogos que se desempeñan en atención tanto, primaria, secundaria y terciaria de salud, a modo que se reduzca la brecha entre la formación y el perfil profesional que se ajusta a las acciones que se deben llevar a cabo. Finalmente, a pesar de las interrogantes y desafíos que presenta éste problema y de las inevitables limitaciones que pueda tener su estudio, es importante recalcar la necesidad de emprender estudios en ésta línea.

Palabras claves: Psicología de la Salud, Rol Psicólogo, Salud Hospitalaria.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el sistema de salud en Chile experimentó cambios estructurales debido a la necesidad de adaptarlos a las nuevas características y necesidades de la población que atiende (Scharager y Molina, 2007). A mediados de 1990 se reemplazó el enfoque biomédico tradicional por el enfoque biopsicosocial, de carácter más integral y que responde a los nuevos conceptos de atención (Scharager y Molina, 2007), en este enfoque el eje central es la salud de la población entendida como el producto de la interacción de un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales, ampliando el foco de las intervenciones para abordar todo el proceso de salud-enfermedad (Scharager y Molina, 2007).

En relación a esto, en el proceso de salud-enfermedad están involucrados diversos aspectos del cuerpo, tanto los de tipo somático como aquellos de tipo psicológico y social (Barra, 2003). A través de los años, se ha logrado tener una comprensión más acabada de cuáles son las variables psicológicas relacionadas con la salud física junto con cuáles son los mecanismos que nos permiten entender cómo nuestros pensamientos y nuestras relaciones sociales afectan tanto a la mantención como a la recuperación de la salud. Esto gracias al desarrollo de un nuevo campo de aplicación psicológica, la Psicología de la Salud (Barra, 2003).

Cabe destacar que este nuevo campo, ha ido adquiriendo una mayor relevancia social por la importancia que tiene la salud para la sociedad en su conjunto (Barra, 2003). En primer lugar, abarca diversos niveles de análisis, desde los factores individuales hasta las relaciones interpersonales y el contexto social. En segundo lugar, representa una integración del conocimiento obtenido a través de las investigaciones sobre los procesos básicos fisiológicos con el desarrollo conceptual y metodológico de la psicología ya sea clínica, social, comunitaria, entre otras (Barra, 2003). En tercer lugar, estudia realidades humanas muy significativas que tienen que ver con el comportamiento, con las emociones y el sentido de bienestar personal, con las relaciones íntimas, con el dolor y el sufrimiento, con la enfermedad y en último término con la muerte (Barra, 2003).

Los cambios en el enfoque de salud en Chile, junto con la alta prevalencia de trastornos mentales; las tasas de prevalencia de trastornos mentales son altas en

comparación con otros países (Scharager y Molina, 2007), contribuyeron a introducir innovaciones en las políticas de salud mental y a la decisión de incorporar en los servicios de Atención Primaria de la Salud a profesionales no integrados con anterioridad, como los psicólogos. Junto con esto, las reformas sanitarias relacionadas con la salud mental culminaron con la publicación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMP) en el año 2000, este plan tiene un enfoque biopsicosocial y se basa en la organización en redes de salud mental, con servicios comunitarios, ambulatorios y hospitalarios.

En este contexto, Remor, Arranz y Ulla (2003) mencionan que la psicología lleva una importante trayectoria de intervención en los hospitales, por lo que, ya no se debería concebir la asistencia sin la figura del psicólogo. No obstante, los autores constataron que existe una ausencia de recursos que informen, orienten y entrenen a los psicólogos que se incorporan al ámbito hospitalario en relación con las características y desarrollo de sus actividades, que puedan servirles de modelo y que cumplan con los criterios de calidad, eficacia y eficiencia que exigen los servicios de salud.

Es importante recordar que es en los hospitales y centros de salud en dónde se producen las situaciones más difíciles que deben afrontar las personas a lo largo de su vida. La enfermedad, el dolor, la incapacidad y las pérdidas, son circunstancias que movilizan emociones de gran intensidad que pueden derivar en importantes problemas de adaptación (Remor, Arranz y Ulla, 2003). Por lo que, el psicólogo de la Salud, cuando desarrolla su labor en el ámbito hospitalario, se encuentra con situaciones donde existen altos niveles de estrés y de experiencias de sufrimiento, derivados de la impredecibilidad, incontrolabilidad e incertidumbre asociados a la enfermedad (Remor, Arranz, y Ulla, 2003).

Por otra parte, pese a que en el PNSMP se detallan las actividades que deben desempeñar los psicólogos y el resto de los integrantes del equipo de salud mental (Scharager y Molina, 2007), una evaluación del PNSMP realizada en 2004 reveló el bajo nivel de registro de las actividades realizadas por psicólogos, pero no contenía los datos suficientes para caracterizar las tareas específicas que desempeñaban en el área de atención primaria de salud (APS), a su vez, no se encontraron resultados en

relación a una evaluación específica del cumplimiento de las acciones propuestas para los psicólogos en la atención secundaria de salud.

Junto con esto, son pocos los estudios relacionados con la actividad laboral y ejercicio profesional de los psicólogos en Chile (Scharager y Molina, 2007), los que se han publicado describen el campo de acción y el papel que desempeñan los psicólogos en atención primaria (Scharager y Molina, 2007). De hecho, no hay estudios que investiguen la actividad laboral de los psicólogos que trabajan en el sector hospitalario público del sistema de salud de Chile.

A raíz de esto, la presente investigación busca explorar y caracterizar el quehacer de los psicólogos que se desempeñan en los centros públicos de salud secundarios en la Región metropolitana en Chile que trabajan desde el enfoque de la psicología de la salud.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la experiencia de los psicólogos del Hospital San Juan de Dios en el ejercicio de su profesión desde el enfoque de la psicología de la salud?

Objetivos

1.- Objetivo General

Conocer y comprender la experiencia de los psicólogos que trabajan en el Hospital San Juan de Dios en el ejercicio de su profesión desde la psicología de la salud en la Región Metropolitana.

2.- Objetivos Específicos

- 1.- Explorar la experiencia personal de los psicólogos relacionada a la psicología de la salud.
- 2.- Indagar sobre la experiencia profesional de los psicólogos en el ámbito hospitalario desde la psicología de la salud.

MARCO TEÓRICO

En el marco teórico se revisará la historia de la Psicología de la Salud, el proceso de definición de sus variables, su campo de aplicación y sus principales actividades, además se dará una pequeña revisión del sistema de salud chileno. Por otra parte la experiencia personal de los profesionales permite acceder a la vivencia de los individuos por lo que se puede reflexionar en torno a las especificidades del mundo en el que se hallan, por lo que, brinda la posibilidad de conocer las experiencias de los sujetos para una mejor comprensión de la contemporaneidad (Arfuch, 2002).

No es nuevo que mencionar que en los últimos tiempos, el modo de desarrollar los conocimientos y las características de las actividades han experimentado sustanciales cambios en el ámbito de las Ciencias Sociales. Por una parte, la instauración del modelo biopsicosocial que dejó atrás al viejo modelo biomédico, junto con factores como, la nueva conceptualización del proceso de salud y enfermedad, el conocimiento creciente de factores asociados a este proceso, la transición en los perfiles epidemiológicos, el redefinición de conceptos como calidad de vida y bienestar junto con la creciente relevancia de la incorporación del trabajo en equipo, entre otros, son factores que en las últimas décadas han aportado a la inclusión de las Ciencias Sociales para pensar una nueva forma de trabajar en salud (Grau y Hernández, 2005).

No obstante, este proceso demanda nuevos profesionales que, con su formación, sean capaces de contribuir ya sea, desde la investigación o la práctica profesional, a la búsqueda de soluciones acordes a los nuevos retos y problemas en el sector de salud (Grau y Hernández 2005). Por otra parte, la participación de la Psicología en el campo de salud ha tomado especial relevancia a raíz de las redefiniciones del concepto de salud. Así Godoy, (1999) considera dos dimensiones para reformular el concepto de salud: el balance de salud y el potencial de salud; el balance de salud sería el estado de equilibrio dinámico dado por dimensiones de índole positiva (bienestar físico, psíquico y social) y negativas (ausencia de enfermedades, trastornos o síntomas o necesidades), con indicadores complejos a nivel individual y comunitario. Por otra parte, el potencial de salud refiere a cualquier tipo de interacción entre el sujeto y el medio para mantener el balance de salud y/o restablecerlo a nivel individual, como por ejemplo, el estado nutricional, la resistencia

inmunológica, entre otros, y a nivel comunitario, nivel de empleo, políticas de salud, creencias y prácticas de salud.

Godoy (1999) trata de definir la salud como el proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales y características ambientales cuyo resultado es un estado que se caracteriza por el equilibrio y el bienestar psicosocial, siendo por otra parte, la enfermedad la pérdida ya sea momentánea o duradera de dicho equilibrio dinámico, que estaría acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas y/o discapacidades.

La Psicología de la Salud es a grandes rasgos el producto de una forma de pensamiento en salud que considera la dimensión psicosocial en el proceso de salud-enfermedad (Libertad, 2003). En resumen, ha sido un resultado natural de las propias limitaciones del modelo biomédico junto con el fracaso de los sistemas de salud por descontextualizar la salud y por otra parte, la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables tanto de orden psicológico individual o comunitario como sociales mediatizan este proceso (Libertad, 2003). Junto con esto han abierto espacios de intervención, análisis e investigación en el modelo de atención en salud actual, por lo que se han logrado grandes avances desde el quehacer profesional y a través de la construcción de propuestas teóricas para explicar las conductas dirigidas al cuidado, mantención y recuperación de la salud (Gómez, 2007).

1.- Psicología de la Salud

1.1- Historia de la Psicología de la Salud

Desde los inicios de la humanidad, en el pensamiento occidental, han existido dos arquetipos que invaden el tópico de cómo se aprehende mejor la realidad (Berman, 1987) que tienen en último término su origen en Platón y Aristóteles. Para Platón, los datos sensoriales eran una distracción del conocimiento, el cual era de la razón pura, según Aristóteles, el conocimiento consistía en generalizaciones, pero éstas derivan en primera instancia de información obtenida del mundo exterior. Estos dos modelos del pensamiento humano, llamados racionalismo y empirismo respectivamente, formaron la herencia intelectual más importante del Occidente hasta (realizando una reducción muy significativa) Descartes (Berman, 1987).

Ante esto, el descubrimiento fundamental de la Revolución Científica, simbolizado por los trabajos de Newton y Galileo, fue que en realidad no había ningún gran choque entre el racionalismo en donde las leyes del pensamiento se conforman con las leyes de las cosas y el empirismo que siempre coteja sus pensamientos con los datos de modo que se pueda saber qué pensamientos se deben pensar (Berman, 1987). En este sentido, Descartes (2010) demostró que las matemáticas eran el epítome de la razón pura, el conocimiento más confiable del que podíamos disponer. El trabajo de Galileo ilustra la unión de estas dos herramientas (Berman, 1987), cuando este supo cómo se comportan los cuerpos en caída, se supo exactamente cómo se comportan pero no el por qué, así los hombres se contentaron con el “porque” caen los objetos pero no el “por qué” ocurrían los fenómenos.

El punto de partida del método científico, en lo que a Descartes se refiere (2010), fue un sano escepticismo, en donde señala que “todo mi objetivo fue lograr una mayor certeza y rechazar la tierra y la arena suelta en favor de la roca y la arcilla” (Descartes, 2010, pág. 56). Así el método, se basa en la geometría, en donde el primer paso es el enunciado del problema que será complejo; el segundo paso es dividir el problema en sus unidades más simples, sus partes componentes; para después finalmente rearmar la estructura total de una manera lógica. Por lo que, aun cuando un problema pueda ser complejo, ya no es desconocido, porque primero lo hemos dividido y luego vuelto a armar otra vez.

Para Descartes (2010), la actividad del hombre como ser pensante, es puramente mecánica. Es así que aplica este método al objeto, una y otra vez, y eventualmente conocerá todo lo que hay por conocer, más allá el método también es mecánico. Subdivide, mide, combina; subdivide, mide y combina. Este método podría llamarse adecuadamente "atomístico", en el sentido que el conocer consiste en subdividir una cosa en sus componentes más pequeños.

Descartes (2010) también introdujo la concepción dualista mente y cuerpo, que fue fortaleciéndose a través de la formalización y el desarrollo de la Medicina Científica en el Renacimiento (Barra, 2003). Posteriormente con los grandes descubrimientos de las causas biológicas de las enfermedades éstas eran explicadas sólo como fenómenos mecánicos o fisiopatológicos, por lo que los aspectos psicológicos, sociales y las creencias eran descartadas (Gómez, 2007).

Después de la Segunda Guerra Mundial, la psicología muestra un desarrollo importante demostrando ser eficiente en el manejo de casos a nivel individual, social, organizacional y comunitario, a raíz de esto, se da un auge en la psicología social y en paralelo se desarrolla la medicina psicosomática, ambas visiones realizaron aportes al estudio de la relación entre salud, comportamiento y personalidad (Gómez, 2007).

A partir de los años 70', la Psicología de la Salud, emerge como un campo que puede aportar a la solución de los problemas de salud actuales. No obstante, el surgimiento de ésta no se ha dado únicamente por la necesidad de contribuir con un conjunto de conocimientos teóricos a la formación integral de los nuevos profesionales de la salud, sino que, es el resultado de una multitud de factores interconectados entre sí que han ocurrido a lo largo de la historia, en conjunto con el desarrollo de otras disciplinas que contribuyen a la salud pública contemporánea, tales como la sociología, la antropología médica, la epidemiología y la medicina preventiva (Grau y Hernández, 2005).

Los autores Gray y Hernández (2005), plantean que los principales determinantes de la aparición de esta disciplina han sido esencialmente el resultado de las controversias con el modelo biomédico tradicional y sus limitaciones, el fracaso de los sistemas sanitarios al descontextualizar la salud y la posibilidad de comprender otras variables como las sociales y las psicológicas en los problemas de salud, como factores desencadenantes, facilitadores o moduladores del proceso de salud-enfermedad.

Por otra parte, en relación con el fenómeno de transición epidemiológica, las estadísticas de la OMS reflejan un predominio de enfermedades crónicas degenerativas, suicidios, drogadicción, accidentes, alcoholismo y los efectos de la contaminación ambiental sobre las enfermedades infecto-contagiosas y virales, junto con las carencias nutricionales, han transformando las políticas de la salud y la perspectiva desde donde se las mira. Lo anterior se ve reflejado en el cambio de políticas y medidas sanitarias tradicionales, junto con los avances tecnológicos en materia de salud (Grau y Hernández, 2005). En paralelo a esto, se llegó a la conclusión de que ni el enfoque de riesgo o el desarrollo de programas locales de atención primaria resultaban ser efectivos por sí solos, por lo que se debían considerar los factores psicosociales (Grau, 1998, citado en Grau y Hernández, 2005).

Si se visualizan los cuadros de morbilidad en países desarrollados, éstos se entremezclan con los estilos de vida, los efectos del estrés, las emociones, los estilos de afrontamiento y patrones conductuales, los cuales se constituyen en agentes “multi actuantes” en la etiología de lo que hoy en día son llamadas las “enfermedades aprendidas” (Grau y Hernández, 2005), tales como el daño cardiovascular y accidentes cerebro vasculares (ACV), diabetes, asma, afecciones reumáticas, la creciente y rápida extensión del SIDA, por ejemplo, en Chile convirtiéndolo en un serio problema de salud sanitario que obliga a ocuparse de las condicionantes psicosociales relacionadas a su expansión.

Por otra parte, los altos índices de violencia, de accidentes, de problemas en la salud reproductiva, maternas o infantiles, junto a enfermedades respiratorias e infecciones gastrointestinales que aquejan en especial a los sectores socioeconómicos más bajos, mantienen en constante desafío a los servicios de salud y tienen, primordialmente como denominadores comunes, factores psicosociales (Grau y Hernández, 2005). Dentro de estos es posible considerar, los problemas de vivienda o de oferta de servicios urbanos, la contaminación ambiental, la pobreza multidimensional y/o la extrema pobreza, la falta de prevención, malas medidas de higiene, entre otros. Como consecuencia, cada día se presta más atención al análisis de proveer salud, a la formación y el uso de recursos para lograr una cobertura de salud con el impacto más favorable para la población (Grau y Hernández, 2005).

El desafío de mejorar las condiciones de salud frente a este panorama trasciende el ámbito científico, técnico y profesional de la Medicina y de todos los sistemas de salud basados en el modelo biomédico tradicional, es por esto, que desde la conceptualización de la salud y la enfermedad, hasta el aspecto práctico de proveer servicios adecuados de salud, están presentes los factores que han fomentado el desarrollo de la Psicología de la Salud, ya que resulta necesaria la introducción de un nuevo enfoque, que modifique la forma de administrar y proveer salud, que posea un pensamiento que reconozca los factores medioambientales y psicosociales en el proceso de salud y enfermedad, es decir, que sea capaz de aliar a las ciencias médicas y las ciencias sociales desde una perspectiva interdisciplinaria para perfeccionar un modelo biopsicosocial (Grau y Hernández, 2005).

1.2 La Perspectiva Biopsicosocial de la Psicología de la Salud

Cuando se menciona que la Psicología de la Salud se apoya en un modelo biopsicosocial, se refiere a lo biológico, psicológico y social. Según Piña y Rivera (2006), lo biológico y lo social comprenden un rango de fenómenos que son más generales que lo psicológico, ya que este opera desde lo individual. No obstante, para esto autores, no basta con asegurar que la psicología de la salud debe utilizar como modelo explicativo central el biopsicosocial, asumiendo que de esta forma se reconoce el peso de estas variables, sino reconocer que cada una de estas dimensiones posee sus propias categorías, a partir de las cuales, es posible reconocer las diferencias entre conceptos fundamentales.

Por otra parte, su contraparte el modelo biomédico, asume que las enfermedades pueden ser explicadas en términos de variables biológicas medibles o en su extremo, las anormalidades conductuales se reducen a procesos somáticos, biomédicos o neurofisiológicos (Oblitas, 2008). El modelo médico implica un reduccionismo y el mantenimiento del dualismo cartesiano mente y cuerpo, en donde, los procesos somáticos y psicológicos se excluyen mutuamente.

Pese a que el control de enfermedades a través de vacunas permitió reducir ciertas enfermedades, se produjo un aumento de otras enfermedades relacionadas al componente comportamental y a las creencias que afectan al estilo de vida, como las enfermedades coronarias, el VIH, la cirrosis hepática por alcoholismo, aumentando de esta forma, la proporción de personas con enfermedades crónicas (Gómez, 2007). A raíz de esto, cada día se visualiza más la importancia del estrés emocional, los estilos de vida y las variables ambientales en la determinación de la salud y la enfermedad (Grau y Hernández, 2005)

Por esta razón, Oblitas (2008) propone que las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables. Pese a que las expectativas de vida se han incrementado notablemente como consecuencia de las mejoras en la salud, en la actualidad los patrones de morbilidad y mortalidad difieren considerablemente de los de comienzos del siglo XX (Oblitas, 2008). En 1990, la neumonía, la gripe y la tuberculosis eran las principales causas de muerte, sin embargo, en 1998, las principales causas de muerte

fueron, enfermedades coronarias, ataques fulminantes al corazón y cáncer, que se deben, en parte, a la conducta y el estilo de vida (Oblitas, 2008).

Actualmente, hay bastante evidencia de que la conducta incide en nuestra salud, por ejemplo, el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco figuran entre las principales causas de enfermedades cardiovasculares, en particular el infarto de miocardio y los accidentes cerebro vasculares, que contribuyen a la muerte de aproximadamente 3 millones de personas al año (World Health Organization (WHO), 2015).

1.3- Definición de la Psicología de la Salud

Se han propuesto múltiples definiciones sobre este campo de acción, sin embargo, todas éstas comparten una característica sobresaliente, al plantearse sin el apoyo de un modelo teórico, no siempre se encuentra delimitada la dimensión psicológica respecto de los hechos de la salud y la enfermedad (Piña y Rivera, 2006).

En relación con esto, los autores Piña y Rivera (2006), mencionan la importancia de que las definiciones sobre la psicología de la salud se sostengan en un modelo teórico que, puedan delimitar con precisión qué es lo psicológico, cuáles categorías permitirían su correcta interpretación y cómo realizar una evaluación sistemática pertinente a la salud y la enfermedad.

Por esta razón, para justificar una propuesta de la definición de la psicología de la salud, inicialmente se revisarán algunas definiciones reconocidas. Ya que “como el elefante proverbial de cuento de Sufi (y como cualquier otra caso), la psicología de la salud es vista en una forma diferente por cada observador” (Stone, 1988, pág. 15).

Stone (1988) plantea que algunas de las actividades en que los psicólogos de la salud están involucrados son la investigación acerca de las relaciones existentes entre personalidad y susceptibilidad a la enfermedad, orientación a familias con problemas (Erstling, 1985, citado en Stone, 1988), enseñanza a médicos y otros profesionales de la salud para desarrollar una comunicación que facilite la adhesión terapéutica, trabajar con organizaciones de cuidado de la salud, análisis de políticas

alternativas en la provisión de salud. De hecho, estas son sólo algunas de las actividades en las que intervienen los psicólogos de la salud, no obstante, para Stone (1979), “el dominio de la psicología de la salud es la intersección (en el sentido de la teoría de conjunto) la superposición del sistema total de salud con toda la psicología” (citado en Stone, 1988, pág. 16).

Para Stone (1988), la psicología de la salud es el desarrollo junto con la aplicación de teoría y las competencias psicológicas a las acciones del sistema de salud. Por otra parte, el autor menciona que dentro del rango de acción de esta misma existen tres dimensiones para identificarla:

1.- El nivel de actividad que va desde la investigación básica acerca de los procesos mentales hasta la evaluación de las aplicaciones.

2.- El objetivo de la intervención, incluyendo al individuo, otras personas relacionadas con éste, profesionales que trabajan en el sistema de salud y organizaciones e instituciones del sistema mayor de salud.

3.- El tipo de intervenciones a los cuales se dirige la actividad psicológica, desde las encaminadas al cambio de procesos fisiológicos ya sea por medio de hábitos o de la modificación del comportamiento y/o de cogniciones a través de factores educacionales.

Por otra parte, tal como plantea Carrobles (1993):

“La psicología de la salud es el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos con la función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar estos en caso de que tenga 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” (pág. 184)

Carrobles (1993) enfatiza la importancia de la conducta en la determinación de las enfermedades. Así, tanto Stone (1988) como Carrobles (1993) coinciden en el aporte de la psicología en la búsqueda de salud, plantean el nivel de intervención y se interesan por la participación en los procesos de salud y enfermedad. Simón (1993), incluye en la definición el aporte de otras áreas de la psicología para el manejo del proceso de salud - enfermedad, como la psicología clínica, psicología social y la psicobiología, entre otras, tanto a la promoción y mantenimiento de la salud.

Una de las definiciones más completas es la de Godoy (1999) quien define la Psicología de la salud como:

“Un conjunto de contribuciones científicas y profesionales (investigación, evaluación, intervención, formación y gestión) de la psicología relativas a la promoción y acrecentamiento de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como análisis y mejora del sistema sanitario y de las políticas de salud, y consistentes en la investigación de la importancia de los aspectos comportamentales en la preservación de la salud (y generación, mantenimiento o eliminación de la enfermedad) y la elaboración y aplicación de programas destinados al control o modificación de los mismos” (pág. 54).

Esta última definición planteada es desde la cual se parte para definir el quehacer del psicólogo en el ámbito hospitalario. Dar cuenta de la especificidad de lo psicológico, así como de lo biológico y lo social, permite estar en mejor posición para comunicarnos con otros profesionales. Además, es necesario entender qué es lo psicológico frente a los hechos de la salud y la enfermedad, para evitar en la práctica cotidiana, confusiones y malos entendidos a propósito de qué es lo que finalmente los psicólogos hacen y cómo lo hacen (Piña y Rivera, 2006).

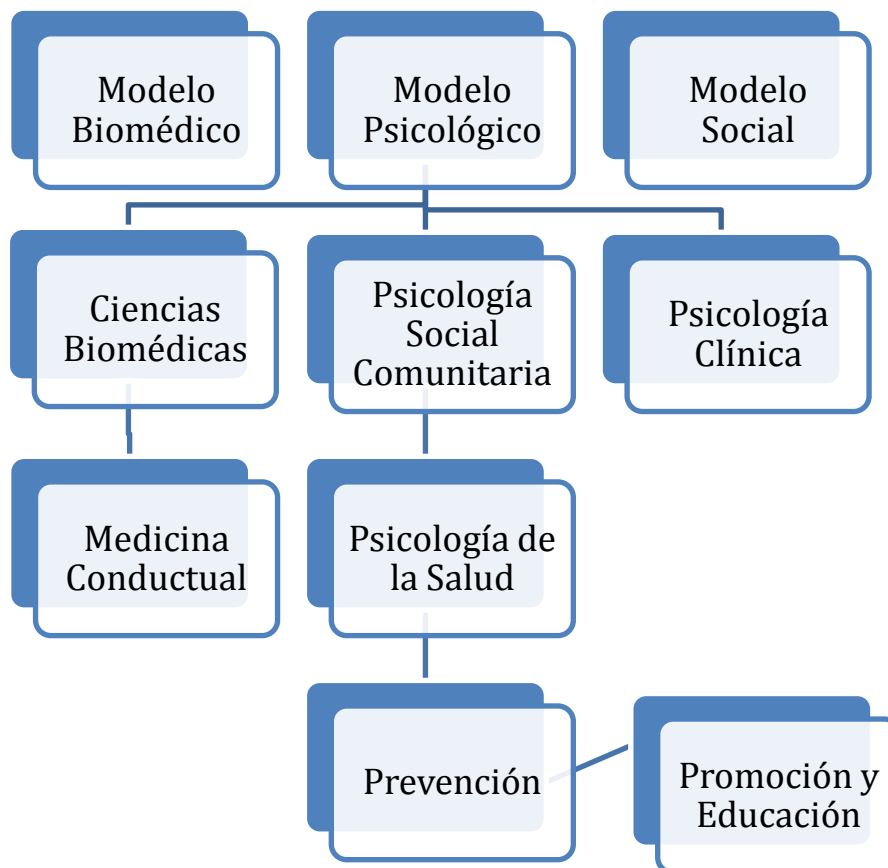


Figura 1. Significación y contenidos de la definición de la psicología de la salud. En el presente modelo se presenta la relación entre la psicología clínica, psicología de la salud y modificación de conducta. Creación propia.

1.4- Aplicaciones de la Psicología de la Salud

Según Oblitas (2007), entre los principales aporte de la Psicología de la salud, se encuentran:

- a. Promoción de estilos de vida saludables
- b. Prevención de enfermedades a través de la modificación de hábitos no sanos asociados a enfermedades (por ejemplo, el consumo de tabaco y alcohol) (WHO, 2018).
- c. Tratamiento de enfermedades específicas como la diabetes, el síndrome de intestino irritable, cáncer, VIH, entre otras. En estos casos, los psicólogos

trabajan en coordinación con otros especialistas de la salud, realizando un apoyo psicológico al tratamiento médico habitual.

Evaluación y mejora del sistema de salud sanitario.

Por otra parte, Godoy (1999) define cinco áreas de intervención de la psicología, en primer lugar, la promoción y mantenimiento de la salud, esto a través de un trabajo educativo, junto con el manejo de la motivación, las actitudes y el componente afectivo con el propósito de desarrollar estilos de vida que sean saludables. Junto con esto, el desarrollo de habilidades y conductas positivas que contribuyan a una mejor salud ambiental.

En segundo lugar, la prevención de las enfermedades a través de la modificación de las conductas y hábitos de riesgo que puedan propiciarse junto con la detección temprana para disminuir el riesgo y las posibles secuelas.

Como tercer aspecto, se presenta la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación, desde el punto de vista funcional y psicológico de enfermedades catastróficas.

La cuarta se corresponde con la búsqueda, el análisis y la transformación del sistema de salud. Es por esto, que dentro de sus objetivos busca humanizar la atención de salud, dentro de esto se incluye mejorar la comunicación médico paciente para la preparación de pacientes.

La quinta hace referencia a la docencia a otros profesionales sobre la importancia de los componentes comportamentales en el manejo del proceso de salud enfermedad.

1.5 Interdisciplinariedad en la Psicología de la Salud

La interdisciplinariedad hace referencia al método, al modelo de trabajo y a la aplicación de los conocimientos y de la técnica, con el fin de desarrollar un conjunto de conocimientos y disciplinas. La interdisciplinariedad se define como una puesta en común, una forma de conocimiento aplicado que se produce en la intersección de los

saberes. Es, por tanto, una forma de entender y abordar un fenómeno o una problemática determinada (Menéndez, 1998).

Para realizar una labor interdisciplinaria, se debe confluir y trabajar con distintos profesionales o campos del saber sobre un caso concreto, una situación concreta o sobre la realidad que lo precise, sea esta a nivel individual, social, familiar y/o institucional, entre otras, no sólo pertenecer a un grupo administrativo con diferentes profesionales (Menéndez, 1998).

Un modelo interdisciplinar se presupone en un marco de acción comunitaria y territorializada, en dónde, los recursos y los dispositivos de atención, tanto sanitarios como no sanitarios estén por área, dichos recursos y dispositivos de atención articulan su trabajo en equipos coordinados, confluyendo sus intervenciones en un intercambio que no "fagocite" a los demás profesionales (Menéndez, 1998).

2. Descripción del Sistema de Salud Vigente en Chile

El sistema de salud chileno es mixto (público/privado) con un rol rector del Estado, por una parte, el financiamiento proviene principalmente del Estado y por otra, de las cotizaciones de trabajadores y empresas. Junto con esto, el rol regulador está a cargo de la superintendencia de salud y el aseguramiento público está a cargo del Fondo Nacional de Salud (FONASA) mientras que el sistema privado es administrado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) (Benavides, Castro, y Jones, 2013).

El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención a su población beneficiaria, la que alcanzó en 2011 aproximadamente al 81% de la población del país. El sistema privado está en manos de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) cuya población beneficiaria alcanzó el 17% de la población (Benavides, Castro, y Jones, 2013).

Con el objetivo de garantizar un acceso libre e igualitario de la población a la salud, en 2002 se enviaron al Congreso Nacional cinco proyectos de ley que conformaron la Reforma de la Salud, orientados a garantizar igualdad de derechos a todos los chilenos a través de la implementación de políticas públicas basadas en

equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales (Benavides, Castro, y Jones, 2013).

2.1 Prestaciones Asistenciales en Salud

Las Prestaciones Asistenciales del sector público de salud en Chile cumplen la función de entregar el servicio de salud directamente a sus usuarios. Su estructura es altamente compleja y existen múltiples clasificaciones en su interior. Es posible clasificarlo tanto por el tipo de establecimientos que posee y por sus niveles de atención, como por la autoridad administrativa que se hace cargo de estos (Narbona y Durán, 2009). Los establecimientos del Sistema Nacional de Salud se clasifican en tres niveles de atención: primario, secundario y terciario, según los siguientes criterios de complejidad y cobertura:

Tabla 1

Establecimientos del Sistema Nacional de Salud. (Narbona y Durán, 2009).

Establecimientos	Complejidad	Cobertura Poblacional
Nivel Primario	Baja	Alta
Nivel Secundario	Media	Media
Nivel Terciario	Alta	Baja

2.1.1 Atención Primaria de Salud

El objetivo de la Atención Primaria de Salud es otorgar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, es decir, anticipándose a la enfermedad, bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, que es un modelo de atención centrado en las personas, sus familias y la comunidad, con un equipo de salud de cabecera que brinda atención continua a lo largo de todo el ciclo vital (Ministerio de Salud [MINSAL]). Por otra parte, representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, brindando una atención ambulatoria, a través de :

- a. **Centros de Salud (CES)/Centros de Salud Familiar (CESFAM):** Son centros que proporcionan cuidados básicos en salud, con acciones de

promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud. Estos atienden en forma ambulatoria. La diferencia entre un CES y un CESFAM es que en este último se trabaja bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, y por tanto, se da más énfasis a la prevención y promoción de salud, se centra en las familias y la comunidad, da importancia a la participación comunitaria, trabaja con un equipo de salud de cabecera que atiende a toda la familia en salud y enfermedad durante todo el ciclo vital y con estas acciones pretende mejorar la calidad de vida de las personas (Narbona y Durán, 2009).

- b. Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF):** Estos centros brindan atenciones básicas de salud y trabajan al alero de un CES o CESFAM, dependiendo de éstos para prestaciones más complejas. Tienen como objetivo acercar la atención de salud a las personas. Por su cercanía con la comunidad y la definición conjunta de las acciones que allí se otorgan, el CECOSF pretende resolver de manera más oportuna la demanda de necesidades de salud de la población a cargo (MINSAL).
- c. Postas Salud Rurales (PSR):** este establecimiento busca brindar una atención de salud que cubra las necesidades de salud de sectores de población rural. Preferentemente de fomento y protección de la salud, promoción, prevención, trabajo comunitario en salud y a su vez, recepción y atención de problemas de salud, derivando a otros establecimientos de la red las situaciones que no pueden ser resueltas en ese nivel y las urgencias que presentan los habitantes de la localidad (Narbona y Durán, 2009).
- d. Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):** es un componente de la Red de Urgencia. Atiende urgencias/emergencias de baja complejidad. Depende, en forma técnica y administrativa de un CES o un CESFAM (Narbona y Durán, 2009).

Tabla 2
Características de los Establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS). (Narbona y Durán, 2009).

Establecimientos	Nivel Primario
Complejidad	Baja
Cobertura Poblacional	Alta
Atención	Ambulatoria
Medios	Unidades simples de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico Actividades Controles, Consultas, Visitas Domiciliarias, Educación de Grupos, Vacunaciones y Alimentación Complementaria
Personal	Médicos Generales y Personal de Colaboración (Técnicos, Auxiliares, etc.)
Tipos de Establecimientos	Consultorios Generales, Centros de Salud, Servicios de Urgencia, Postas de Salud y Estaciones Médicas

2.1.2 Atención Secundaria de Salud

El rasgo fundamental de este nivel es que (junto con el nivel terciario) sirve de referencia para la Atención Primaria, y que sus recursos para satisfacer las demandas son más complejos (Narbona y Durán, 2009). Los establecimientos tipo de estos niveles son:

- a. Hospitales: son establecimientos destinados a tratar a aquellos pacientes que han sido derivados desde los establecimientos de nivel primario o bien integrados de emergencia. Su principal función es la asistencial, esto se lleva a cabo a través de las Unidades de Atención Directa de Pacientes (con atención abierta o cerrada) y las Unidades de Apoyo Diagnóstico (que entregan insumos para la Atención Directa, ya sea a través de la sección de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre, Anatomía, Patológica, Radiología o Medicina Nuclear).

- i. Por otro lado, los hospitales se clasifican en cuatro tipos (1, 2, 3 y 4), de acuerdo a los siguientes criterios:
 - Grado de desarrollo de organización administrativa.
 - Grado de complejidad técnica y nivel de desarrollo de las especialidades.
 - Ámbito geográfico de acción
 - Número de prestaciones, consultas, egresos y otros.
- b. Centros de Atención Primaria con tecnología de especialidad
 - i. Consultorio Adosado de Especialidades (Policlínico de Especialidades) (CAE): establecimiento de alto grado de especialización, ubicado fuera de los hospitales de mediana y alta complejidad, bajo su completa dependencia administrativa.
 - ii. Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT): es un establecimiento de atención ambulatoria de alta complejidad, donde se pretende diagnosticar y tratar expeditamente las patologías más complejas de la población. Se encuentra adosado al hospital de mayor complejidad del Servicio de Salud, en las ciudades cabeceras, además existe al menos uno por región.
 - iii. Centro de Referencia de Salud (CRS): es un establecimiento de atención ambulatoria de mediana complejidad, que otorga atención de referencia para una red de 4 a 6 Consultorios Urbanos en ciudades grandes (desde 150.000 a 200.000 habitantes).

Tabla 3
Características de los Establecimientos de Atención Secundaria de Salud (ASS). (Narbona y Durán, 2009).

Establecimientos	Nivel Secundario
Complejidad	Media
Cobertura Poblacional	Media
Atención	Ambulatoria y Hospitalaria
Medios	Unidades diferenciadas de Atención Directa al Paciente y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
Actividades	Principalmente actividades de Recuperación y Rehabilitación de pacientes más complejos, a través de un tratamiento especializado.
Personal	Mayor dotación de Médicos Generales y de Médicos Especialistas, como así también de Personal de Colaboración
Tipos de Establecimientos	Hospitales y Centros de Atención Ambulatoria con Tecnología de Especialización

2.1.3 Atención Terciaria de Salud

El nivel terciario está “orientado a la resolución de los problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia para la derivación de pacientes de su área de influencia más inmediata, como así también de áreas de carácter regional, suprarregional y en oportunidades nacional” (Narbona y Durán, 2009, pág. 23).

No obstante, aunque realizan actividades de alta complejidad, también desarrollan funciones correspondientes al nivel secundario, ya que, solucionan los problemas de frecuencia intermedia de la población a su cargo. Algunos

establecimientos están bajo el nombre de Institutos, Hospitales de Especialidades o Centros Clínicos Especializados, los cuales están determinados por el Ministerio de Salud, por ejemplo, Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río, Instituto Nacional del Cáncer, Instituto Traumatológico, entre otros.

Tabla 4
Características de los Establecimientos de la Atención Terciaria de Salud (ATS). (Narbona y Durán, 2009).

Establecimientos	Nivel Terciario
Complejidad	Alta
Cobertura Poblacional	Baja
Atención	Ambulatoria y Hospitalaria
Medios	Unidades Complejas de Atención Directa al paciente, apoyo diagnóstico y terapéutico.
Actividades	Recuperación y Rehabilitación de pacientes con problemas o patologías atingentes a una determinada especialidad médica, con alta complejidad técnica.
Personal	Médicos Especialistas y Personal de Colaboración
Tipos de Establecimientos	Institutos, Hospitales de Especialidad y Centros Clínicos Especializados

3. Psicología de la Salud en el Ámbito Hospitalario en Chile

Los cambios en el enfoque de salud en Chile, junto con la alta prevalencia de trastornos mentales (Scharager y Molina, 2007), contribuyeron a introducir innovaciones en las políticas de salud mental y a la decisión de incorporar en los servicios de Atención Primaria de la Salud a profesionales no integrados con anterioridad, como los psicólogos.

En este contexto, Remor, Arranz y Ulla (2003) mencionan que la psicología lleva una importante trayectoria de intervención en los hospitales, por lo que, ya no se debería concebir la asistencia sin la figura del psicólogo. No obstante, son pocos los estudios relacionados con la actividad laboral y ejercicio profesional de los psicólogos en Chile (Scharager y Molina, 2007), los que se han publicado describen el campo de acción y el papel que desempeñan los psicólogos en atención primaria (Scharager y Molina, 2007). De hecho, no hay estudios que investiguen la actividad laboral de los psicólogos que trabajan en el sector hospitalario público del sistema de salud de Chile.

A su vez, Remor, Arranz y Ulla (2003) constataron que aún existe una ausencia de recursos que informen, orienten y entrenen a los psicólogos que se incorporan al ámbito hospitalario en relación con las características y desarrollo de sus actividades, que puedan servirles de modelo y que cumplan con los criterios de calidad, eficacia y eficiencia que exigen los servicios de salud. Incluso muchas mallas curriculares de distintas universidades no poseen formación en psicología en centro de salud secundarios y terciarios, menos en formación en Psicología de la Salud.

4. Experiencia Personal

El concepto de experiencia constituye una tradición reflexiva en la filosofía y se interpreta como el punto de partida del proceso cognoscitivo y su contenido. Tradicionalmente es posible distinguir una doble concepción de la experiencia a lo largo del pensamiento occidental. En primer lugar, está la experiencia externa, asociada a los sentidos y a la concepción del objeto (Arfuch, 2002). En segundo lugar, está la experiencia interna, asociada a la imposibilidad de separar al sujeto del mundo en el proceso de conocer, es desde acá donde se sitúa Kant (citado en Amengual, 2007), para este la experiencia aparece fundamentalmente como el resultado, como el producto de la actividad cognoscitiva, en la que necesariamente interviene como soporte todo el conjunto de condiciones interpuestas por la subjetividad humana.

No obstante, se entenderá la experiencia desde el anclaje articulado de ambas visiones, por lo que nos referiremos a la tradición de la fenomenología (Arfuch, 2002). Desde Hegel a Heidegger, se traza un puente entre la experiencia externa, es decir, la experiencia como la aprehensión del entorno a través de los sentidos, y la experiencia

interna, como la vivencia del mundo por el sujeto en su dimensión sensorial y simbólica (Arfuch, 2002).

MARCO METODOLÓGICO

1. Diseño de investigación

La investigación cualitativa presupone una manera diferente de comprender la investigación en general, ya que incluye una manera específica de entender la relación entre el problema y el método (Flick, 2007). Por lo que para efectos de esta investigación, y debido a la naturaleza del problema se optó por un diseño metodológico de orden cualitativo, ya que este enfoque posibilita una comprensión del problema desde la subjetividad de las propias personas (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). Este estudio se plantea desde un nivel exploratorio y descriptivo, puesto que pretende obtener una aproximación inicial respecto al tema en cuestión, y a su vez, se busca describir las características del mismo (Calventus, 2000) teniendo en cuenta el hecho de que el texto es el material empírico real y la base última para desarrollar la teoría (Flick, 2007). Por otra parte, en la investigación cualitativa hay una interdependencia mutua de las partes individuales del proceso de investigación (Flick, 2007), por lo que no sigue una lógica lineal.

2. Participantes

La muestra la constituyen psicólogos/as que ejercen en el Hospital San Juan de Dios una institución hospitalaria de nivel secundario y terciario en la Región Metropolitana. Por otra parte, la muestra accedió voluntariamente a participar de la investigación, tras la autorización por escrito a través de un consentimiento informado (ver anexo 1). A su vez, la muestra es de carácter intencional, ya que no depende de un procedimiento probabilístico.

Tabla 5

Características de la muestra del estudio.

Psicólogo	Edad	Sexo	Experiencia	Servicio
1	26	F	3 años	Gastroenterología Infantil Reumatología Infantil
2	38	F	7 años	Neuropsiquiatría Infantil
3	31	F	9 años	Neuropsiquiatría Infantil Diabetes Infantil

4	31	F	7 años	Nefrología Infantil Pediatría Unidad de Cuidados Intensivos
5	41	M	+10 años aprox	Oncología pediátrica

3. Técnicas de Producción de datos

Los métodos para recoger información como las entrevistas, producen datos que se “transforman en textos por el registro y la transcripción” (Flick, 2007, pág. 25). A partir de esto, se inician los métodos de interpretación, por lo que se utilizó la entrevista semi estructurada que es una técnica de investigación que favorece la producción de un tipo de discurso respecto al tema de investigación (Hernández et al., 1998). En este sentido el diseño de la entrevista contempló la elaboración de siete preguntas, las que fueron diseñadas de modo de responder a los objetivos de la investigación (ver anexo 2)

4. Procedimiento de análisis de datos

El análisis de contenido ofrece la oportunidad de investigar sobre la naturaleza del discurso, es decir, es un procedimiento que permite analizar y cuantificar los materiales de la comunicación humana. A grandes rasgos, es posible analizar con detalle y profundidad el contenido de cualquier forma de comunicación: en código lingüístico oral, icónico, gestual, etc. y sea cual sea el número de personas implicadas. También se puede emplear cualquier instrumento de compendio de datos, por ejemplo, agendas, cartas, revistas, diarios, encuestas, test proyectivos, libros, anuncios, etc. (Porta y Silva, 2003).

Bardin (1996), define esta técnica como “el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendentes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes” (pág. 32). Esta técnica, sitúa al investigador respecto de la realidad en una triple perspectiva, los datos tal y

como se comunican al analista, el contexto de los datos y la forma en que el conocimiento del analista obliga a dividir la realidad (Krippendorff, 1990). Finalmente, el análisis de contenido se configura como una técnica objetiva, sistemática, cualitativa y cuantitativa que trabaja con material representativo, marcada por la exhaustividad y con posibilidad de generalización (Porta y Silva, 2003).

El procedimiento de análisis de contenido, se inició con las transcripciones de las entrevistas realizadas, una vez realizado, se rescató y destacó las citas que aludían a temáticas relevantes para el problema definido en la presente investigación. Posteriormente, se agruparon las citas formando tópicos que hacían sentido y que referían a temas diferentes. Luego se revisaron los tópicos para generar categorías, es decir, agrupaciones de mayor nivel abstracto y de integración. De esta forma, cada categoría ofreció no sólo ideas específicas sino también una comprensión interpretativa. Finalmente, se construyó una red de sentido, que permitió construir esquemas de distinciones que apuntaron a responder la pregunta inicial del estudio.

ÁNALISIS Y RESULTADOS

A partir del análisis de las entrevistas realizadas a los/as psicólogos/as, se realizó un procedimiento que buscó agrupar en categorías las principales temáticas expuestas por los/as entrevistados/as con el fin de dar respuesta a la pregunta de investigación. A partir de este proceso surgen 3 categorías con subcategorías cada una (ver tabla nº6):

Tabla 6

Categorías y subcategorías de resultados.

Categorías	Subcategorías
1.- Experiencia profesional de las/os psicólogos/os desde la psicología de la salud en el ámbito hospitalario.	1.1 La Psicología de la Salud desde los psicólogos de la salud. 1.2 Campo de Intervenciones desde la psicología de la salud. 1.3 Trabajo Interdisciplinario. 1.4 Dificultades en el ejercicio profesional. 1.5 Experiencias Profesionales en diferentes servicios hospitalarios desde el enfoque de la psicología de la salud.
2.- Experiencia personal de las/os psicólogos desde la psicología de la salud en el ámbito hospitalario .	2.1 Experiencia Personal.
3.- Experiencia en formación académica y profesional de los psicólogos/os en psicología de la salud.	3.1 Formación Académica y Profesional en Psicología de la Salud. 3.2 Formación en pregrado en psicología de la salud u Hospitalaria .

1.- Experiencia profesional de los psicólogos en el ámbito hospitalario desde la psicología de la salud.

1.1 La Psicología de la Salud desde los psicólogos de la salud

La Psicología de la Salud según las/os participantes tiene diversos matices y puede ser definida desde sus mismos practicantes como un área de la Psicología, que puede integrarse como una subespecialidad clínica, en donde el punto de encuentro es el trabajo interdisciplinario desde un paradigma biopsicosocial que estudia los procesos de salud y enfermedad. Por otra parte, también brinda herramientas en el ámbito hospitalario que pueden ayudar a realizar intervenciones relacionadas con las enfermedades médicas, como lo demuestran las siguientes definiciones proporcionadas por las/os participantes:

“La psicología de la salud puede ser considerada con un área de la disciplina psicológica, pero también puede integrarse como una subespecialidad clínica” (1).

“(…) área de la psicología que se dedica a estudiar los procesos de salud y enfermedad, desde la psicología e incluye prevención, promoción, evaluación y tratamiento” (2).

“Para mí es la aplicación de herramientas de la psicología clínica, en el ámbito hospitalario para poder, aportar temas que se relacionan con la salud física, desde el manejo de un diagnóstico complicado, de un tratamiento difícil de llevar” (3).

“Es poder realizar intervenciones en pacientes y sus familias que tiene alguna enfermedad médica y que necesitan cierto apoyo tanto para llevar un tratamiento de manera adecuada” (4).

De esta misma forma, las/os entrevistadas/os también mencionan que la psicología de la salud como enfoque permite una comprensión biopsicosocial de la salud y la enfermedad lo que pone en juego a la concepción dualista cuerpo-mente, a su vez, al reconocer en su conjunto al paciente, permite una intervención integral que

está basada en la evidencia y que aporta las competencias necesarias para trabajar en equipos de salud, brindando por ejemplo, un lenguaje en común con los demás profesionales de la salud.

Además, favorece no sólo el proceso de adaptación y ajuste del paciente a su enfermedad, sino que realiza un seguimiento de la adherencia al tratamiento médico previniendo recaídas.

“Comprensión Biopsicosocial de la salud y enfermedad cambia la concepción dualista cuerpo-mente(...) (...) base para la intervención integral al considerar los factores biopsicosociales que influyen en los procesos de salud enfermedad” (1)

“Práctica basada en la evidencia (...) permite un lenguaje común con profesionales de la disciplina médica” (1)

“Favorece la adherencia a los tratamientos médicos (...) (...) previene recaídas” (2).

“(...) al ser un enfoque más fácil de ocupar, yo creo, me parece que facilita el lenguaje interdisciplinario” (3).

“Aporta con un modelo distinto al biomédico que favorece el proceso de adaptación del paciente a su enfermedad..., incluye aspectos personales del individuo, sociales y culturales...” (2)

1.2 Campo de Intervenciones desde la Psicología de la Salud

Se puede observar que los psicólogos/os entrevistados realizan diferentes actividades, estas varían dependiendo del servicio en el que se encuentren. Algunas de las descritas por éstos a nivel general son:

1. Intervenciones que puedan promover la salud o prevenir las enfermedades en sus distintos niveles.

2. Trabajar en equipos de salud con los cuales se realizan reuniones para llegar a acuerdos en relación a, por ejemplo, como darles la información respecto a un diagnóstico a los padres de niños hospitalizados.
3. Recibir y realizar derivaciones con diferentes especialistas o servicios de atención primaria según sea requerido.
4. Brindar apoyo en diferentes etapas del proceso médico al paciente y su familia, por ejemplo, en pacientes aún en diagnóstico el objetivo es acompañar el proceso; mientras que en pacientes con diagnóstico reciente de enfermedad crónica el objetivo se orienta a favorecer un ajuste eficaz a la condición de salud y tratamiento
5. Atención de pacientes ambulatorios y hospitalizados.

“Intervenciones que promuevan la salud o prevengan la enfermedad en sus distintos niveles (...) Trabajo en equipos de salud y líneas investigativas (...) Infante Juvenil entre 0 a 18 años de edad que presentan alguna condición de salud crónica o funcional (...)” (1).

“Trabajo con niños y adolescentes y sus familias que se atienden en forma ambulatoria, por diversos trastornos, como TDAH (...)” (2).

“(...)se brinda apoyo durante la hospitalización, yo trabajo sólo con pacientes hospitalizados, yo no hago seguimiento, ni hago terapia post alta, se deriva al poli correspondiente, una vez que es dado de alta el niño o se deriva al consultorio, al COSAM, o al lugar que requiera” (4).

“A veces, se encuentran en etapas de diagnóstico reciente de enfermedad crónica y el objetivo se orienta a favorecer un ajuste eficaz a la condición de salud y tratamiento (...), (...) pacientes aún en proceso diagnóstico, objetivo acompañar el proceso” (1).

“(...) en hospitalizados trabajo en generalmente haciendo contención emocional a los padres, intervención en crisis, nos ponemos de acuerdo con el equipo médico para hacer reuniones y darle la información a los papás con apoyo psicológico” (4).

1.3 Trabajo Interdisciplinario

Existe entre los entrevistados un amplio consenso en el carácter interdisciplinario del trabajo en el ámbito hospitalario, este trabajo se da entre dos o más profesionales de la salud (médicos especialistas, enfermeras/os, kinesiólogas/os, fonoaudiólogas/os, psicólogas/os, entre otros). En la actualidad, esta interdisciplinariedad se ha presentado como una estrategia y una herramienta de trabajo que según los entrevistados contribuye a generar una atención integral, lo que influye en una mejor vinculación con el paciente y que incluso hay otros hospitales con una tradición de años de interdisciplinariedad.

“Me relaciono principalmente con médicos, pediatras sub especializados, en reumatología gastroenterología y neuropsiquiatría infantil” (1).

“Aquí más que nada ha sido más interdisciplinario, por lo menos ahora, en los servicios que tengo hora, generalmente tengo horas acá, tengo horas también en diabetes y en nefrología” (3).

“Si es interdisciplinario, porque trabajamos en equipo con médicos, las enfermeras, las técnicas, además como yo pertenezco al equipo Chile Crece Contigo” (4).

“(...) hay hospitales que tienen tradiciones súper antiguas, no sé, el Barros Luco, el Sotero del Río, tienen no sé, 30 años de trabajo interdisciplinario, nos dan, años luz, nos dan patadas, digamos en eso, y acá en el Hospital San Juan de Dios en particular, ahora somos sólo 15 psicólogos, y eso que ha habido un avance tremendo porque hace diez años habían solo 2 (...)”. (3)

No obstante, los entrevistados también mencionan que no siempre se realiza un trabajo interdisciplinario como tal, no es algo transversal, puesto que por una parte, depende del servicio en el que se encuentren y la perspectiva de los profesionales con los cuales trabajan. En este sentido, las labores en el hospital pueden darse como un quehacer paralelo de disciplinas de la salud en dónde los profesionales no comprenden los roles de sus compañeros.

“No siempre se puede realizar un trabajo interdisciplinario (...) a veces otros profesionales no comprenden el rol del psicólogo” (2)

“ (...) no es una cosa transversal, yo creo que se da en ciertas equipos, en otras unidades, no te toman mucho en cuenta, por ejemplo, hace poco se unió una psicóloga a la neonatología, que está por el chile crece contigo, que le ha costado un mundo poder validarse” (3)

Los obstáculos que se dan pueden relacionarse con la formación inicial, ya que hoy en día los profesionales tienen actitudes flexibles y abiertas sobre su ejercicio profesional. Por otra parte, también es necesario que a los profesionales no sólo de la salud, se les prepare para reconocer y valorar la diversidad de los aportes de diferentes profesionales, que permita instaurar hábitos de colaboración y trabajo interdisciplinario.

“(...) y en ese sentido, los equipos han estado mucho más abiertos, que por ejemplo, años atrás que yo partí en el calvo Mackenna, que en general, uno se paseaba por los pasillos del hospital, te miraban así como tú que “hací” acá, ósea, es como(...)” (3)

“ (...) competencia para trabajar en equipos de salud, mayor receptividad para brindar orientaciones en cuanto a las prácticas de los equipo de salud (...)” (1).

“Sin embargo, creo que las diferencias de formaciones profesionales creo que en muchos momentos juega en contra, de lograr funcionar más interdisciplinariamente” (5).

1.4 Dificultades en el Ejercicio Profesional

Dentro de las principales dificultades para ejercer los psicólogos/as entrevistados/as mencionan el hecho de que la medicina se erige como lugar de saber por excelencia, por lo que muchas veces son vistos como “la extensión del médico”, lo que dificulta la comprensión del rol del psicólogo.

Por otra parte, la población tiene a ser poli compleja, es decir, cuenta con indicadores o patologías de salud clínicamente relevantes, lo que muchas veces los hace consultantes en varios servicios, esto dificulta la atención puesto que hasta el momento no hay un flujo de comunicación continua entre los médicos tratantes o los distintos servicios.

“Importancia de la formación en psicología clínica, donde la población es poli compleja y cuenta con indicadores o patologías de salud mental clínicamente relevantes” (1).

“No hay hasta el momento un flujo de comunicación continua con los médicos tratantes” (1).

“eso sí claro, que uno queda como la extensión del médico, yo aquí como todo esto, delantal blanco, entonces, eso sí, como que tiñe un poco el vínculo (...)” (3).

“que los médicos entiendan qué hace un psicólogo acá, en esto que ha sido históricamente de médicos” (3).

1.5 Experiencias Profesionales en diferentes servicios hospitalarios desde el enfoque de la Psicología de la Salud.

Dentro de las experiencias profesionales en servicios hospitalarios desde el enfoque de la psicología de la salud, las/os entrevistados recalcan diferentes experiencias en diferentes especialidades y servicios, entre ellas está el trabajo de una psicóloga en un programa de anestesia, ésta relata que es una aplicación clínica acotada y que la realizó sólo en un hospital. Otras psicólogas relatan que en el servicio de Reumatología Infantil realizaron trabajos diferentes como promover el automanejo de experiencias de dolor hasta realizar psicoprofilaxis para preparación para cirugía de escoliosis. A su vez, estas psicólogas trabajan en paralelo en otros servicios como Diabetes infantil y Nefrología infantil, relatando que en las intervenciones psicológicas en el primer servicio por ejemplo, son de impacto directo ya que se nota en los niveles de glucemia que presentan los niños. No así en Nefrología, ya que la psicóloga relata

que a raíz del suicidio de jóvenes con post trasplante se visualizó la necesidad de psicólogos para trabajar en aspectos de autonomía, adherencia al tratamiento y psicoeducación con respecto a los fármacos. Por otra parte, un psicólogo relata desde su trabajo en Oncología que los pacientes infanto-juveniles están mucho tiempo en tratamientos complejos y que a raíz de esto pierden bastante de su desarrollo óptimo y que incluso las dinámicas de atención que se dan son distintas.

“Promover automanejo de experiencias de dolor” (1).

“teníamos, un programa de anestesia, entonces hacíamos psicoprofilaxis quirúrgica, entonces, estábamos muchas horas a la semana, al menos nueve, en pabellón,(...)lo hice solamente en el calvo Mackenna (...) entonces estuve harto rato en pabellón, ehh, en algo súper distinto, pero igual es clínica, ósea, es una aplicación clínica pero es súper acotado porque, es en el momento, y es exclusivamente para reducir la ansiedad quirúrgica, eso fue psicoprofilaxis” (3).

“... por ejemplo, en nefrología empezamos a darnos cuenta que los pacientes llegaban a trasplante a los 15 años, y llegaban súper dependientes de los papás, no tenía idea de los fármacos que tomaban, pésima adherencia, (...) porque también, ellos pedían psicólogos, porque en nefrología habían tenido casos de suicidio post trasplante y que nunca se dieron cuenta y no supieron qué hacer” (3).

“Desde mi experiencia, cuando los niños tienen estas enfermedades catastróficas pierden mucho de lo más esencial para su óptimo desarrollo, el desarrollo del juego y relación con sus pares” (5).

“No vas a ver una persona que viene a consulta por depresión, sino una persona con diagnóstico de cáncer que le genera sintomatología depresiva, si, pero el motivo de consulta es otro, las dinámicas son otras” (5)

2.- Experiencia personal de los psicólogos relacionada a la psicología de la salud.

2.1 Experiencia Personal

Como se menciona en el marco teórico la experiencia personal de los entrevistados es resultado de sus vivencias y sus propias interpretaciones de ésta, en general aunque son variadas y con diferentes matices, todos coinciden en que su trabajo les resulta gratificante, que ha sido una excelente experiencia, muy enriquecedora, resaltando que les gusta el trabajo desde la psicología de la salud y que se han sentido útiles a través de este enfoque, recalcando que han logrado “abrir la mirada” biomédica respecto a las personas. No obstante, también mencionan que ha sido muy desafiante, y que a su vez, no siempre han contado con todo el apoyo, llegando a sentirse “solos” en el trabajo y que “no es fácil sobrevivir” en el ámbito hospitalario.

“Mi experiencia trabajando desde el enfoque biopsicosocial y trabajo de salud ha sido desafiante y gratificante a la vez” (1).

“Igual muy buena, muy nutritiva, a mi me encanta la psicología de la salud, pretendo seguir trabajando en esto, y me parece que es súper útil yo me he sentido mucho más útil en psicología de la salud, que en psicología clínica propiamente tal” (3).

“ (...) para englobar todo, yo creo que ha sido aportar como un poco a abrir la mirada biomédica respecto a las personas, para incorporar variables más bien personales, relacionales, o contextuales, que no estaban siendo abordadas a la hora de los tratamientos” (3).

“Muchas veces te vas a ver más bien solo, no, no vas a tener siempre la oportunidad de discutir los casos con colegas que estén en las mismas, yo aquí estoy solo” (5).

“No es fácil sobrevivir acá” (5).

3.- Experiencia en formación académica y profesional de los psicólogos/os en psicología de la salud.

3.1 Formación Académica y Profesional en Psicología de la Salud

En relación a la formación académica que recibieron las/os entrevistadas/os en psicología de la salud, en general mencionan que ha sido autoformación y que eso se ha complementando a través de las experiencias en la práctica., coincidiendo en que existe una dificultad para formarse en este enfoque debido a la ausencia de recursos que informen, orienten y entrenen a los psicólogos que se incorporan al ámbito hospitalario en relación con las características y desarrollo de sus actividades, que puedan servirles de modelo.

“Autoformación complementando con experiencias de supervisión clínica en el mismo contexto “(1).

“Formación formal inició con estudios de posgrado en 2017... en magister en psicología de la salud en la UC” (1).

“(…) primero fue por el tema de la práctica, porque justo yo quería el calvo Mackenna, (...) y ahí descubrí la psicología de la salud, como tal porque nunca tuve un ramo en ese tiempo, yo salí de la católica, pero en ese tiempo, no era parte de pregrado” (3).

“entonces así me he ido autoformando la verdad como y porque en estos dos servicios en nefrología y diabetes primera vez que había psicólogo, entonces tampoco había un camino hecho, sino que en el fondo yo me lo fui haciendo y en conjunto con el equipo” (3).

“Autodidacta, totalmente. Tomando algún curso, o yendo a algún seminario, pero, diplomado em, no” (4).

“no es tan sencillo, la formación en psicología de la salud, porque hay poco, tengo colegas que se han formado fuera, porque acá hay bastante poco” (5).

3.2 Formación Académica en pregrado en Psicología de la Salud u hospitalaria

En relación a la formación académica que recibieron durante pregrado en psicología de la salud, las/os entrevistadas/os mencionan que nunca cursaron algún ramo u optativo de psicología de la salud, por otra parte, también mencionan la importancia de la formación en el ámbito hospitalario, ya que muchas de sus experiencias fueron duras por la falta de conocimientos. Incluso proponen que se podría implementar ramos que entreguen conocimientos sobre salud pública o incluso una práctica breve para quienes quieran formarse en ésta área.

“Para nada, si todos le decíamos entre los practicantes, el calvario, al calvo, ósea fue una muy buena escuela, todos los que salimos de ahí salimos súper agradecidos, pero fue ir a la guerra, de verdad fue ir a la guerra, porque de verdad te ponían ahí” (3)

“(…) nada más, nadie me explicó, que en el COSAM pertenece un dispositivo de atención secundaria, ya, yo sabía que habían 3 niveles, pero nada, yo no sabía, no sabía que era parte de un plan que tenía metas, que habían sectores, nada” (3)

“yo creo hace falta como salud pública, algún ramo de salud pública, como nociones básicas, si finalmente esto es salud mental y pucha la gran masa de la población se atiende en salud pública” (3).

“Creo que sí, porque el rol del psicólogo en esta área es muy relevante, actúa como facilitador de los procesos de salud y enfermedad y puede ayudar a que un paciente. enferme gravemente e incluso muera” (3).

“(…) aunque la verdad, que yo compartí con practicantes de hartas universidades, y nadie sabía mucho, la verdad, era como bastante transversal y yo tenía compañeras de la chile, de la portales, de la humanismo cristiano, de la central y llegábamos todas medias perdidas” (3).

“no es sencillo, pero acá te toca una realidad bastante, bastante dura, y no estoy seguro de que el panorama los prepare para lo que viene” (5).

A modo de conclusión de este capítulo, se puede mencionar que los y las profesionales entrevistadas cuentan con una visión similar y con diferentes matices de lo que es la Psicología de la Salud, a su vez, participan en una amplia gama de intervenciones y en diferentes servicios, aunque mencionan que esto se configura como un desafío, a la mayoría de los y las profesionales les resulta gratificante su trabajo. A su vez, se menciona la carencia de recursos formativos en este enfoque y en los aspectos referentes al funcionamiento hospitalario, por lo que, las y los profesionales, mencionan que es necesario implementar en pregrado, cursos que puedan suplir estas falencias. Finalmente cabe mencionar que se logró abordar los objetivos planteados, y con ello dar respuesta a la pregunta de investigación del presente estudio.

DISCUSIÓN

A raíz de los resultados obtenidos, es posible reflexionar en torno a la Psicología de la Salud y las definiciones que las/os mismas/os psicólogas/os nos dan de esta, en general, se dan varios matices entre las definiciones lo que se podría relacionar con las múltiples definiciones que se han dado al tratar de plantear un modelo teórico (Piña y Rivera, 2006). La importancia de las definiciones radica en la importancia de delimitar con precisión qué es lo psicológico frente al proceso de salud y enfermedad, cuáles son sus categorías que permiten interpretarlo y cómo realizar una evaluación sistemática pertinente, esto con el fin de evitar en la práctica cotidiana malas prácticas en relación a qué es lo que hacen finalmente los psicólogos y cómo lo hacen en un hospital (Piña y Rivera, 2006).

En relación con lo anterior, las actividades realizadas por las/os entrevistadas/os pueden ser categorizadas como transversales o específicas, en este sentido, en primer lugar, se podría hablar de actividades que coinciden con el campo de intervenciones de la Psicología de la Salud (Oblitas, 2007), como la promoción de estilos saludables a través de la psicoeducación, trabajo en coordinación con otros especialistas de la salud para realizar un apoyo psicológico al tratamiento médico que puede variar dependiendo del tipo de enfermedad. Por otra parte, también se presenta la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación, desde un punto de vista funcional y psicológica de enfermedades con diferentes impactos (Godoy, 1999)

En segundo lugar, las actividades específicas podrían corresponder con la capacidad de cada profesional de usar sus propios recursos para utilizar de manera óptima los dispositivos y herramientas de intervención adecuadas al contexto en el que se desempeñan, haciendo a su vez uso de sus propios recursos, ya que el psicólogo de la salud que se desempeña en el ámbito hospitalario, se encuentra con situaciones donde se dan altos niveles de estrés que se derivan de la impredecibilidad e incontrolabilidad de las enfermedades (Remor, Arranz, y Ulla, 2003). Por otra parte, estas funciones también pueden ser específicas puesto que dependen del servicio en el que se encuentre el profesional, por ejemplo, un profesional del servicio de diabetes no realiza las mismas actividades o intervenciones que un profesional del servicio de nefrología.

Por otra parte, también es posible reflexionar en torno a la preparación de las/os psicólogas/os para enfrentar los desafíos de las instituciones de salud pública. Las/os psicólogos entrevistados mencionaron que en principio no contaban con los conocimientos y/o habilidades suficientes para abordar su labor en la práctica hospitalaria, a raíz de esto, se constató que existe una ausencia de recursos que informen, orienten y entrenen a las/os psicólogas/os que se incorporan al ámbito hospitalario en relación con las características y desarrollo de sus actividades, que puedan servirles de modelo. Esto se relaciona con lo que los autores Remor, Arranz y Ulla (2003) mencionan en su trabajo, constatando que existe una ausencia de recursos que informen, orienten y entrenen a las/os psicólogas/os que se incorporan al ámbito hospitalario en relación con las características y desarrollo de sus actividades, que puedan ser un modelo y que cumplan con los criterios de calidad, eficiencia y eficacia que exige un servicio de salud.

Ante esto, también se menciona que en muchas mallas curriculares en distintas universidades no poseen formación en psicología en centros de salud secundarios y terciarios, o en Psicología de la Salud, si bien la formación de pregrado en psicología en Chile, forma a las/os psicólogas/os titulados para cumplir con tareas de diagnóstico e intervención, en general no responde a un modelo público de atención, es más, la formación clínica inicial está orientada al ejercicio de la profesión privada, y a la aplicación de dispositivos clínicos de orientación clásica. Como consecuencia, no se brindan las herramientas suficientes y necesarias, en particular, para la atención secundaria y terciaria de salud, en donde los métodos y tiempos de trabajo son diferentes. A raíz de esto, se identifica que las carencias fundamentales en la formación están relacionadas con el dominio de la gestión en salud, enfoque comunitario en salud, contenidos asociados al sistema hospitalario y formación en salud pública.

Por otra parte, también es importante realizar a modo de sugerencia la pertinencia de ciertos cambios en la formación de pregrado y postgrado. En primer lugar, la estructura curricular debe ser más flexible, además, debe orientarse al desarrollo de diferentes habilidades desde las etapas iniciales, desde una sólida formación teórica, ética y epistemológica, fomentando la integración de diferentes modelos teóricos y de atención psicológica. Junto con fomentar, las áreas de la psicología clínica, en especial de la psicología de la salud, para integrar nuevos

contenidos y habilidades relacionadas con el sistema de salud y el desarrollo de habilidades para el trabajo en equipo interdisciplinarios con diferentes profesionales del área de salud. Estas propuestas son consistentes con las necesidades actuales del sistema de salud y con las falencias reconocidas por las/os psicólogas/os en su formación.

Por otra parte, también es necesario que se defina y elaboren los perfiles específicos para las/os psicólogas/os que se desempeñan en atención tanto, primaria, secundaria y terciaria de salud, a modo que se reduzca la brecha entre la formación y el perfil profesional que se ajusta a las acciones que se deben llevar a cabo.

Finalmente, cabe mencionar que el presente estudio aporta una información valiosa y necesaria en torno a la experiencia de las/os psicólogas/os en el ámbito hospitalario en el ejercicio de su profesión desde la psicología de la salud. Los resultados muestran que las innovaciones en políticas de salud mental llevaron a la decisión de incorporar en los servicios de Atención Secundaria y Terciaria de la Salud a profesionales no integrados con anterioridad, las/os psicólogas/os

CONCLUSIONES

La Psicología de la Salud se ha instaurado producto de una nueva forma de pensamiento en salud, ésta considera la dimensión psicosocial en el proceso de salud-enfermedad a nivel conceptual, metodológico y en la organización de los servicios. También ha sido el resultado de las propias limitaciones del modelo biomédico y un fracaso de los sistemas sanitarios por su concepción descontextualizante de la salud, junto con las posibilidades que se abren cada vez más de comprender cómo las variables sociales y personales mediatizan este proceso.

Por otra parte, este nuevo campo de salud, ha ido adquiriendo una mayor relevancia por la importancia que tiene la salud para la sociedad en su conjunto (Barra, 2003), lo que se refleja en su notable desarrollo y la rapidez del incremento de publicaciones especializadas en el ámbito internacional, también últimamente ha crecido la preparación especializada en el campo a través de programas de maestrías, especialidades y la incorporación de la figura del psicólogo a las investigaciones.

Esto a su vez, se relaciona con las particularidades de su objeto de estudio, al ser una rama aplicada de la Psicología que se dedica al estudio del proceso de salud-enfermedad, su campo se constituye de todos los componentes del proceso salud-enfermedad y también de la atención en salud, del riesgo de enfermar, de la condición de enfermedad y/o recuperación (Gómez, 2007). Esto en el plano práctico, se refleja en acciones que incluyen promoción de salud, prevención de enfermedades, atención de pacientes que van a pasar por procesos de cirugía, que están hospitalizados y/o de pacientes con secuelas.

Esto a raíz de que actualmente no se concibe la asistencia sin la figura del psicólogo, desde la comprensión del ser humano como un ser biopsicosocial, por tanto, el proceso de evolución del proceso de una enfermedad debe incluir la intervención psicológica en todos los momentos de ésta (Remor, Arranz y Ulla, 2003), a su vez, es por esta misma razón que, actualmente se encuentran más psicólogos en diferentes servicios hospitalarios de segundo y tercer nivel, que no sólo realizan intervenciones psicosociales durante el proceso de enfermedad como las dirigidas a la adherencia del tratamiento, la optimización de rutinas, manejo del estrés y favoreciendo el proceso de reajuste psicosocial, sino que también tienen como objetivo la prevención de

patologías, ya sea a través de la psicoeducación o la modificación de hábitos no saludables asociados a patologías.

No obstante, a través de esta investigación se ha evidenciado lo que autores como Remor, Arranz y Ulla (2003) recalcan con respecto a la inexistencia de modelos que sirvan de ejemplo para que los profesionales realicen de mejor forma sus actividades, por otra parte, no se recibe una formación integral y específica que considere las actividades específicas de cada servicio en el que se desempeñan. Además de que, algunos profesionales actualmente no son parte de un equipo interdisciplinario.

La interdisciplinariedad se presenta como un desafío que debe ser superado puesto que es una de las principales barreras a la hora de pensar el trabajo entre profesionales, recordando que este trabajo presupone un marco de acción comunitaria, en dónde los recursos y los dispositivos de atención se articulan en trabajos de equipos coordinados, por lo que se debe velar porque los profesionales de cualquier servicio no sean "fagocitados" (Menéndez, 1998), por otros profesionales que se establecen en jerarquías en los servicios de atención de salud en dónde de cierta forma aún imperan los restos del modelo médico que implica un reduccionismo y el mantenimiento de un visión dualista del cuerpo.

Finalmente es importante mencionar que a pesar de las interrogantes y desafíos que presenta éste problema y de las inevitables limitaciones que pueda tener su estudio, es importante recalcar la necesidad de emprender estudios en ésta línea. Éstos aportaran a la comprensión no sólo del rol del comportamiento humano en el proceso de salud-enfermedad sino, al rol que cumplen los profesionales del área de la salud en este proceso y por tanto, en la medida en que estos estudios enriquezcan el quehacer y el conocimiento de los profesionales de la salud, se podrán generar contribuciones importantes para el desarrollo de la psicología de la salud, recalcando que analizar las particularidades de la práctica de los profesiones que participan directamente de estos servicios, se constituye como un componente fundamental para la comprensión integral.

REFERENCIAS

- Amengual, G. (2007). El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. *Tópicos*, (15), pág. 5-30.
- Arfuch, L. (2002). *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2002.
- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. Akal. 2da Edición.
- Barra, E. (2003). *Psicología de la Salud*. Editorial: Mediterráneo. Investigador Senior Fundación Centro Estudios Andaluces. Profesor Titular Departamento Sociología Universidad de Granada.
- Benavides, P., Castro, R., Jones, I. (2013). Sistema Público de Salud, situación actual y proyecciones fiscales 2013- 2050. Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.
- Berman, M. (1987). *El reencantamiento del mundo*. Cuatro vientos Editorial.
- Carrobles, J. (1993). La psicología de la salud: estado actual y perspectivas. En X. Bormas, G., Buela-Casal, V., Caballo, R., Moll, J., Pérez-Pareja, *Actualidad de la Psicología Conductual en España*, 184-187. Granada: Asociación Española de Psicología Conductual.
- Calventus, J. (2000). Acerca de la relación entre el fundamento epistemológico y el enfoque metodológico en la investigación social: la controversia cualitativo vs. cuantitativo. *Revista de Ciencias Sociales*, 1 (2), 7-16.
- Descartes, R. (2010). *Discurso del método*. Colección Austral-Espasa Calepe, Madrid.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. (2da edición). Ediciones Morata.

- Godoy, J. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. En Simón, M. A. *Manual de Psicología de la Salud*, Madrid.
- Gómez, M. (2007). La psicología de la salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad. Fundación Cardio Infantil- Instituto de Cardiología. *Psicología Avances en la Disciplina. Vol. 1.(2)*, 159-179.
- Grau, J. (1998). La Psicología de la Salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. En: Rodríguez, G., Rojas, M. (Eds.) *La Psicología de la Salud en América Latina*. México, DF: UNAM, 45-60.
- Grau, J., Hernández, E. (2005). Psicología de la salud: aspectos históricos y conceptuales. En: Hernández ,E., Grau, J. (Comps) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*, Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud, 2005, 22-84.
- Hernández, S; Fernández, C. y Baptista, L. (1998). *Metodología de la investigación*. (2da edición). México: Mc Graw Hill.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología del análisis de contenido. Teoría y Práctica*. Barcelona. Paidós Ibérica, S.A.
- Libertad, M. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275-281.
- Menéndez, F. (1998). Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XVIII, (65), 145-150. Disponible en: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1998/revista-65/12-interdisciplinariedad-y-multidisciplinariedad-en-salud-mental.pdf>
- Narbona, K., Durán, G. (2009). *Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque Laboral, Sindical e Institucional*. Fundación Sol. Recuperado de http://www.proyectoaraucaaria.cl/documentos/20090303100520caracterizacion_del_sistema_de_salud_chileno.pdf

- Oblitas, L. (2007). *Enciclopedia de psicología de la salud*. Bogotá: PSICOM
- Oblitas, L. (2008). *Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad*.
- Piña, J., Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, vol. 5 (3), 669-679.
- Porta, L., Silva, M. (2003). La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa. *Red Nacional Argentina de Documentación e Información Educativa*. Recuperado de <http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2016/01/An%C3%A1lisis-de-contenido-en-investigaci%C3%B3n-educativa-UNMP-UNPA-2003.pdf.pdf>
- Remor, E., Arranz, P., Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Editorial Desclée de Brouwer. España.
- Scharager, J., Molina, M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 22(3), 149–159.
- Simón, M. A. (1993). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Stone, G. (1988). Psicología de la salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 20, N°1, pág. 15-26.
- World Health Organization (WHO). (2015). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025*. Second Edition. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272694/9789241514170-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization (WHO). (2018). *World Health Statistics*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf>

ANEXO 1

___ de _____ de 2018, Santiago.

Consentimiento Informado

Usted ha sido invitado a participar de la investigación “**El trabajo desde la psicología de la salud en el ámbito hospitalario en la Región Metropolitana**”.

El propósito de esta investigación es explorar y caracterizar el quehacer de los psicólogos de la salud que se desempeñan en el ámbito hospitalario. El documento que se le presenta a continuación está pensado para ayudarlo a tomar la mejor decisión de manera informada, respecto a su participación en esta actividad.

Si acepta participar, se le solicita su autorización para realizar una entrevista grabada, cabe destacar que su **participación es absolutamente libre y voluntaria**, por lo que si usted no desea participar o desea retirarse de la investigación una vez iniciada, no requiere dar explicación y ello no tendrá consecuencias de ningún tipo. Por otro lado, no hay respuestas ni buenas ni malas, toda la información recogida será un gran aporte para este trabajo, cuyos resultados le serán informados, en caso que usted lo solicite. Se garantiza confidencialidad, es decir, su identidad permanecerá en secreto, nunca será revelada.

Si usted necesita cualquier información adicional sobre su participación en este trabajo puede contactar a Claudia Pizarro, Lic. En Psicología de la Universidad de Chile. Correo: claudia.pizarro@ug.uchile.cl

Declaración del Participante

Yo _____, he sido invitada(o) a participar en el estudio “**El trabajo desde la psicología de la salud en el ámbito hospitalario en la Región Metropolitana**”. He leído (o se me ha leído) la información del documento de consentimiento. He tenido tiempo para hacer preguntas y se me ha contestado claramente. No tengo ninguna duda sobre mi participación. Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento. Recibo duplicado de este documento.

Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento.

Nombre_____
Firma Participante

ANEXO 2

A.- Pauta de entrevista

I.- Información del Entrevistado

1.-Nombre:

2.-Edad:

3.-Ocupación:

4.-Lugar de trabajo:

-¿Hace cuánto tiempo forma parte de la institución? Ó ¿Durante cuánto tiempo formó parte de la institución?

-¿Definiría su trabajo como interdisciplinario?

*Si el trabajo es interdisciplinario

¿Con qué otras personas y cargos se relaciona usted para realizar su trabajo en la organización?

II.- Preguntas

1.- ¿Qué es para usted la psicología de la salud?

2.- ¿Cuál ha sido su trabajo desde la psicología de la salud?

3.- ¿Qué ventajas y desventajas podría mencionar del trabajo desde la psicología de la salud?

4.- ¿Cómo ha sido su experiencia desde el enfoque?

5.- ¿Cómo ha sido su trayecto para formarse en el enfoque?

6.- ¿Cuánto de lo que utiliza actualmente en su campo laboral en relación a la psicología de la salud lo aprendió en su formación en pregrado?

7.- ¿Cree usted que es necesario implementar mayor formación en el área en las instituciones universitarias en relación a la psicología de la salud?