



Psicología desde el Caribe

ISSN: 0123-417X

psicaribe@uninorte.edu.co

Universidad del Norte

Colombia

Gómez Plata, Maryluz; Chamorro Molina, Guisella; Obispo Salazar, Kelly; Parra Villa, Yamilena; Paba Barbosa, Carmelina; Rodríguez de Ávila, Ubaldo

Representación social del psicólogo en el área de la salud: un estudio cualitativo en la facultad de ciencias de la salud de la universidad del Magdalena

Psicología desde el Caribe, vol. 30, núm. 1, enero-abril, 2013, pp. 91-122

Universidad del Norte

Barranquilla, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

REPRESENTACION SOCIAL DEL PSICÓLOGO EN EL
AREA DE LA SALUD: UN ESTUDIO CUALITATIVO EN
LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Social representation of the psychologist in the area
of health: a qualitative study in the faculty of health
sciences at the university of Magdalena

Maryluz Gómez Plata, Ps.* , Guisella Chamorro Molina, Ps.* ,
Kelly Obispo Salazar, Ps.* , Yamilena Parra Villa, M.S.* ,
Carmelina Paba Barbosa, Ph.D.* , Ubaldo Rodríguez de Ávila, M.S.*

Resumen

La presente investigación propuso describir la Representación Social (RS) que sobre el psicólogo en el área de la salud tienen los profesionales-docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena. El diseño fue de tipo cualitativo, desde la perspectiva de la etnometodología, que permitió comprender la naturaleza y el proceso de construcción de la Representación Social.

* Grupo de investigación Cognición y Educación de la Universidad del Magdalena, Santa Marta (Colombia).

Correspondencia: Carrera 21 No 18-39 Santa Marta, Colombia. marygomezplata@gmail.com

Las técnicas para la recolección de la información fueron el grupo focal y la entrevista semi-estructurada. La muestra estuvo conformada por 16 profesionales–docentes del área de salud y el número de sujetos fue determinado a partir del “criterio de saturación de la muestra”. La descripción de la información y los elementos actitudinales, enmarcados dentro de una estructura, permitieron identificar como los elementos principales de la representación del psicólogo a la Orientación y el Apoyo. **Palabras Clave:** Representación Social, psicólogo, profesionales de la salud, docentes universitarios.

Abstract

The present investigation was to describe the Social Representation (RS) that the psychologist in the area of health is professionals -teachers of the Faculty of Health Sciences at the University of Magdalena. The design was qualitative, from the perspective of ethnomethodology, which allowed us to understand the nature and process of construction of the Social Representation. Techniques for data collection were focus group and semi-structured interview. The sample consisted of 16 professionals - teachers in the health area and the number of subjects was determined from the “criterion of saturation of the sample.” The description of the information and attitudinal elements, framed within a structure as possible to identify the main elements of the representation of the psychologist in the Guidance and Support.

Keywords: Social Representation, Psychologist, Professionals of the Health, University Teachers.

Fecha de recepción: 7 de diciembre de 2012

Fecha de aceptación: 10 de enero de 2013

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la psicología es una profesión que se desarrolla vertiginosamente, que alcanza de forma creciente más competencias y espacios de trabajo dentro de diferentes campos, adquiriendo mayor reconocimiento en la sociedad y entre las diversas profesiones, y el campo de la salud es uno de ellos. Tradicionalmente su papel en este campo se ha limitado al ámbito de lo mental y la intervención clínica; sin embargo, en las últimas décadas se ha producido un movimiento progresivo en la inserción de la psicología al ámbito de la salud que condujo a la consolidación y desarrollo de una psicología clínica de la salud, con énfasis en actividades de prevención secundaria y terciaria (Flórez-Alarcón, 2006). Producto de la emergencia del concepto de salud como un proceso biopsicosocial y la implementación de importantes técnicas y programas de intervención, la psicología se acerca en la actualidad a un modelo de integración de las diferentes variables que intervienen en el desarrollo humano (culturales, ambientales, sociales, biológicas, personales etc.) (Tobón & Nuñez, 2000).

Sin embargo y de acuerdo con Flórez-Alarcón (2006)

En la actualidad, a pesar del gran desarrollo alcanzado y del dinamismo existente al interior del ámbito académico-científico, la situación de la psicología y de los psicólogos en el ámbito de la salud pública dista mucho de ser la óptima. Profesionalmente es bajo el nivel de empleo y de remuneración de los psicólogos en el sector de la salud en general (p. 12).

Partiendo de este planteamiento, es importante considerar que la inclusión o el logro de un papel más protagónico como profesional de psicología en el bienestar biopsicosocial del ser humano depende, en gran medida, del trabajo interdisciplinar con los profesionales que tradicionalmente han sido protagonistas en el área (la medicina, la enfermería, la odontología, entre otras). Lo anterior plantea retos no solo para los psicólogos sino para todos los profesionales de la salud y el conjunto de creencias, actitudes, expectativas, motivaciones, imaginarios, etc., de estos en el contexto social. Todos estos elementos constituyen un conocimiento de naturaleza distinta al científico, que la psicología social

aborda desde el concepto de Representaciones Sociales, las cuales se constituyen a partir de las experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que son recibidos y transmitidos a través de la tradición, la comunicación social y la educación (Gunter, 2002). Y a través de su estudio se tiene un acercamiento a las realidades sociales, ya que permite reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento, por medio del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social.

Por otra parte, además de un acercamiento a la realidad social, estudiar el núcleo figurativo de una representación social alrededor del cual se articulan creencias ideologizadas, pues constituye un paso significativo para la modificación de una representación y, por ende, de una práctica social (Banchs, 1991). De la misma manera el estudio de las representaciones sociales permite rastrear una prototeoría que posibilita encontrar una narrativa justificadora pública, una teoría explicativa perteneciente al sentido común (Basabe & Páez, 1992).

Sobre el concepto de Representaciones Sociales

La teoría de las representaciones sociales surge con la tesis doctoral de Serge Moscovici, titulada *El psicoanálisis, su imagen y su público* (1961), en la que propuso caracterizar el pensamiento de sentido común como algo distinto al pensamiento científico y explicar cómo una nueva teoría científica se transforma al ser difundida socialmente y cómo esto cambia la visión de la gente sobre determinados objetos o situaciones (Rodríguez, 2007).

Hasta ahora, ni en la primera obra de Moscovici se encuentra una definición acabada de Representaciones Sociales, ya que la misma complejidad del fenómeno hace difícil definirlo en un concepto; al respecto, el propio autor ha declarado: "Si bien es fácil captar la realidad de las representaciones sociales, es difícil captar el concepto..." (Moscovici, 1979, pp. 27- 45).

Para Moscovici (citado por Pereira de Sá, 1993) el principal precepto que sigue una representación social es "la transformación de lo no familiar

en familiar”, es decir, una representación social es creada cuando algo nuevo, no familiar, debe ser incorporado a los universos conceptuales preexistentes.

También se puede entender las Representaciones Sociales (RS) como un conjunto de modalidades del pensamiento de sentido común que se generan, permanecen y transforman mediante procesos comunicativos cotidianos y mediáticos (Rodríguez, 2007), es decir, constituyen un sistema cognitivo en el que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. A su vez, están relacionadas con los sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas (comportamientos), que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo (Araya, 2002).

De igual manera, Jodelet (1984) considera que la noción de representación social involucra lo psicológico o cognitivo y lo social, fundamentando que las representaciones sociales son una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, orientado hacia la práctica y que concurre a la construcción de una realidad común a un conjunto social.

Funciones de las Representaciones Sociales

La importancia de las representaciones sociales y su papel en las prácticas y en la dinámica de las relaciones sociales radica en las funciones que estas cumplen:

- **Función de saber:** *Permite entender y explicar la realidad.*

Las representaciones permiten a los actores sociales adquirir nuevos conocimientos e integrarlos, de modo asimilable y comprensible para ellos, coherente con sus esquemas cognitivos y valores.

- **Funciones identitarias:** *Definen la identidad y permiten la salvaguarda de la especificidad de los grupos.*

Las representaciones tienen por función situar a los individuos y a los grupos en el campo social y permiten elaborar una identidad social y personal gratificante compatible con los sistemas de normas y valores social e históricamente determinados (Mugny & Carugati, 1985 citados por Abric, 1994).

- **Función de orientación:** *Conducen los comportamientos y las prácticas.*

La representación permite conformar un sistema de anticipaciones y expectativas; constituyendo por tanto una acción sobre la realidad. Posibilitan la selección y filtraje de informaciones, la interpretación de la realidad conforme a su representación. Ella define lo que es lícito y tolerable en un contexto social dado (Perera, 1999).

- **Funciones justificadoras:**

Las representaciones permiten a posteriori justificar un comportamiento o toma de posición, explicar una acción o conducta asumida por los participantes de una situación (Perera, 1999).

Mecanismos de formación de las Representaciones Sociales

Moscovici enunció dos procesos básicos e interdependientes que describen el funcionamiento y la generación de las representaciones sociales. Estos procesos (objetivación y anclaje) designan la actividad social y cognitiva que permiten la construcción y generación del conocimiento social. Ambos son los que permiten que lo novedoso se vuelva familiar, pierda la novedad, se torne socialmente conocido y “real” (Lacolla, 2005).

- **La Objetivación**

Se refiere a la transformación de conceptos abstractos extraños en experiencias o materializaciones concretas, es decir, por medio de él lo invisible se convierte en perceptible puesto que permite poner en imagen las nociones abstractas, dando cuerpo así a las ideas. Es la propiedad de hacer concreto lo abstracto, de materializar la palabra (Araya, 2002). Este proceso a su vez implica tres fases:

1. *Construcción selectiva*. Se produce la retención selectiva de elementos que después son libremente organizados; esta selección se da junto a un proceso de descontextualización del discurso y apropiación por parte de las personas para proyectarlas como hechos de su propio universo.

2. *Esquema figurativo*. En esta fase las ideas abstractas se convierten en formas icónicas: imágenes estructuradas y organizadas, que forman un núcleo figurativo, es decir, se construye una imagen con forma gráfica y coherente que captura la esencia del concepto, teoría o idea que se trate de objetivar, facilitando el acceso al pensamiento concreto y su comprensión

3. *Naturalización*. Finalmente, las imágenes sustituyen la realidad, es decir lo que se percibe no es la información sobre los objetos, sino la imagen que reemplaza y extiende de forma natural lo percibido, constituyendo la realidad cotidiana. Se olvida el carácter artificial y simbólico del núcleo figurativo y se le atribuye existencia fáctica.

● **Anclaje**

El anclaje permite conocer cómo inciden las estructuras sociales sobre la formación de las representaciones sociales, y cómo intervienen los esquemas ya constituidos en la elaboración de nuevas representaciones que incorporan lo extraño en una red de categorías y significaciones (Araya, 2002). El anclaje comprende dos momentos (Rodríguez, Cortés & Varela, 2007):

1. *El anclaje como inserción en las relaciones de grupo*. El sistema de conocimiento de la representación se ancla en la realidad social, atribuyéndole una funcionalidad y un rol regulador de la interacción grupal.

2. *El anclaje como inserción en los sistemas cognitivos preexistentes*. Al entrar una representación en contacto con los sistemas de representaciones sociales preexistentes entra a innovarla y modificarla.

Estructura y contenido de las Representaciones Sociales

● La información

Dimensión o concepto “se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo respecto a un objeto social” (Moscovici, 1979, p. 45). Por lo tanto, esta dimensión conduce necesariamente a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad que se forman los individuos en sus relaciones cotidianas (Mora, 2002).

● La actitud

Es la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social; se puede considerar, por lo tanto, como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación.

Al respecto Moscovici señala: “Se deduce que la actitud es la más frecuente de las tres dimensiones y, quizá, la primera desde el punto de vista genético. En consecuencia, nos informamos y nos representamos una cosa únicamente después de haber tomado posición y en función de la posición tomada” (Moscovici, 1979 citado por Mora, 2002).

● Campo de la representación

Expresa la organización del contenido de la representación en forma jerarquizada, variando de grupo a grupo e inclusive al interior este. Permite visualizar el carácter del contenido, las propiedades cualitativas o imaginativas, en un campo que integra informaciones en un nuevo nivel de organización en relación con sus fuentes inmediatas (Mora, 2002).

“Nos remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de representación” (Moscovici, 1979, p. 46 citado por Mora, 2002). Banchs agrega “debe analizarse en función de la totalidad del discurso sobre un objeto y no solo en un párrafo o en una frase” (Mora, 2002, p.9).

El psicólogo como objeto de representación

Hacia la mitad del siglo pasado existían psicólogos, no obstante no había conciencia pública acerca de su quehacer, solo la había en unos pocos países y en sectores parciales de la sociedad. Hoy, esta conciencia y presencia del psicólogo en los campos empresarial, clínico, educativo y otros ámbitos es cada vez más notable, por lo que es un profesional prácticamente universal (Yela, 1980).

La psicología estudia, entre otras cosas, y muy principalmente, la conducta del hombre; pero la conducta del hombre en función de la situación a la que trata de atenerse, y las situaciones humanas son indefinidamente variables y variadas (Yela, 1980), de ahí la diversidad de campos en los que el psicólogo desempeña roles y funciones que ayudan a mejorar la calidad del ser humano. Hoy el psicólogo hace presencia en la escuela, la empresa, la comunidad, el hospital, entre otras, precisamente atendiendo el llamado y las demandas de las personas, frente a su forma de actuar, pensar y sentir en estos ámbitos. Hay psicólogos que investigan y otros que aplican los resultados de la investigación (Yela, 1980).

De acuerdo con el Código Ético del Psicólogo (2000), la psicología es la ciencia que busca desarrollar un cuerpo de conocimientos que sea válido y confiable, con base en la investigación. Dichos conocimientos pueden ser aplicados al comportamiento humano en diferentes contextos, los cuales llevan a realizar actividades diversas, como la de investigador, educador, psicoterapeuta, evaluador, supervisor, consultor. El principal objetivo del psicólogo es desarrollar conocimientos científicos y aplicarlos, para de esta manera mejorar la calidad de vida de las personas.

La condición “casi genética” de la Psicología sobre su naturaleza clínica, su impronta e identidad fuertemente arraigada en el conocimiento de lo individual, su praxis que privilegia la psicoterapia, y sus debates caracterizados por pugnas intrateóricas, han representado dificultades para la consolidación disciplinar y, por ello, para el abordaje pragmático de problemas de marcada complejidad, que implican una comprensión conjunta con otras disciplinas o campos del conocimiento.

El psicólogo en el campo de la salud

Teniendo en cuenta la definición propuesta por Matarazzo (1980, citado por Londoño, Valencia & Vinaccia, 2006) sobre la psicología de la salud y sus funciones, en la que incluye acciones específicas en prevención y promoción, así como la formulación de políticas sanitarias que sustenten la creación de un sistema eficiente de salud pública, se observa que el rol del psicólogo de la salud se perfila hacia una perspectiva más completa que tiene que ver con su impacto global sobre el desarrollo de sociedades saludables, visión que implica la integración de la ciencia psicológica al conjunto de disciplinas y aporta una nueva concepción y práctica de la salud pública (Londoño, Valencia & Vinaccia, 2006).

La psicología de la salud debe entenderse como un campo de actuación profesional en el que los psicólogos poseen tanto los conocimientos como las competencias indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación (Piña & Rivera, 2006).

De otro lado, para Oblitas (2006 citado por Oblitas, 2008), la psicología de la salud podría ser definida como

la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar.

Para este autor dentro de las principales aportaciones del psicólogo en el área de la salud se encuentran: la promoción de estilos de vida saludables, la prevención, modificando hábitos insanos asociados a enfermedades, de tratamiento de patologías específicas en las que junto a otros especialistas de la salud se combinan los tratamientos médicos habituales con los tratamientos psicológicos, y de evaluación y mejora del sistema sanitario (Oblitas, 2007).

De acuerdo con Flórez-Alarcón (1999), en Colombia, en la década de los años ochenta, se dio un amplio movimiento progresivo en la inserción de la psicología al ámbito de la salud, que condujo a la consolidación y desarrollo extenso de una psicología clínica de la salud, con énfasis en actividades de prevención secundaria y terciaria, y a la superación de la etapa de realismo ingenuo.

En la primera década del siglo XXI se evidenció un considerable avance y consolidación de la docencia y de la investigación en psicología de la salud en las universidades colombianas donde se enseña psicología (Flórez-Alarcón, 2006), reconociendo a partir de estas acciones la importancia de formar a los futuros profesionales en esta área.

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Entre las investigaciones que se han realizado sobre las RS, en las que la figura del psicólogo es objeto de estudio, encontramos la de Palmonari (1989) (*Representaciones sociales del trabajo del psicólogo*), quien buscaba analizar cómo las representaciones generan tomas de posición específica frente al trabajo de este profesional. El estudio se efectuó en tres contextos diferentes: en la universidad, los servicios de salud y en el ejercicio liberal de la profesión de cuatro ciudades italianas. Los resultados mostraron la existencia de cuatro agrupamientos de psicólogos: El Tipo A donde se ve al psicólogo como un “activista político”. El Tipo B concibe la psicología como una ciencia social por lo que busca conocer la sociedad y elaborar propuestas de intervención social. El Tipo C, el psicólogo sería, en último término, un médico clínico con capacidades técnicas, y el Tipo D define a los profesionales como “psicoterapeutas”, donde la psicología sería entendida como una profesión liberal. (Citado por Arrós-pide, Blanco, Casanueva & Díaz (s.f.) ; Torres, Maheda & Aranda, 2004).

Con base en la clasificación hecha en el estudio anterior, se realizó una investigación acerca de *Las representaciones sociales del psicólogo en el medio universitario de la comunidad autónoma del País Vasco*, cuyo objetivo era estudiar la RS que un grupo de estudiantes de facultades y escuelas tienen sobre el oficio del psicólogo. Los resultados encontrados en la investigación de Arrós-pide y otros arrojaron que la de mayor prevalencia

es la Tipo C, que concibe un psicólogo dotado de instrumentos teóricos y técnicos precisos que le posibilitan abordar problemas de índole individual. Seguidamente, el Tipo D, representación que fundamenta la actividad del psicólogo en sus cualidades personales. Finalmente, el Tipo B que presenta un psicólogo integrado en un proyecto interdisciplinar que posibilite un cambio social, trabajando en colaboración con otros especialistas en ciencias humanas. Y la opción Tipo A es la única que no obtiene respaldo (Arróspide, Blanco, Casanueva & Díaz (s.f.)).

Siguiendo la línea de estudios realizados en población universitaria, se encuentra el realizado por Rosa Romo, en México, que investigó las *Representaciones sociales sobre la constitución de la identidad social y profesional de los académicos de Psicología*. Se plantearon 3 categorías generales: la primera es la *Identidad como producción cultural* (jerarquías de identidades gremiales), un primer grupo incluye los roles de médico, psicólogo, maestro; un segundo grupo considera los de docente, investigador, profesionista; y el tercer grupo comprende los roles de político, docente, profesionista.

Otra de las categorías fue *el Ethos de la profesión de origen*, (transformación de una necesidad en virtud), el ser psicólogo se representa en idealización, en utopía, lo que remite al plano del imaginario, apertura hacia los demás, la colaboración, así como la disposición a resolver problemas. La representación simbólica referidas a principios como la justicia, la honestidad, el compromiso por la “salud psicológica” de los demás y la propia. Otros aspectos de la cultura profesional son los estilos de hablar, vestir y los de relación, que en este caso se caracterizan por la informalidad y la relación cara a cara, es decir, sin protocolo. La última de las categorías fue *la Historia profesional y curricular*, que constituyó una revisión histórica sobre la carrera de Psicología en la Universidad de Guadalajara (Romo, 2000).

Otras investigaciones se han centrado en estudiar las RS del psicólogo relacionado con su desempeño el área de la salud, así se presenta el estudio de las *RS sobre el psicólogo en el ámbito de la formación de profesionales de la salud*, que tuvo como finalidad identificar las RS sobre el psicólogo y su práctica profesional de estudiantes de nuevo ingreso y egresados de la carrera de Psicología. En los resultados se encontraron diferencias

importantes entre las representaciones sociales de los estudiantes de ingreso y los egresados. En la representación del psicólogo y su ejercicio profesional de los estudiantes de nuevo ingreso no existe una diferenciación clara entre las características personales y la formación académica, tanto la concepción de la ética como el espacio laboral del psicólogo están bastante difusos, pero en forma más marcada en el aspecto ético. Por otra parte, las imágenes que se tienen sobre esta profesión están sumamente idealizadas, y se destaca el carácter humanitario, espiritual y de compromiso social, al mismo tiempo que se le confiere el poder de solucionar cualquier tipo de problemas. (Torres, Maheda & Aranda, 2004)

Otro estudio dirigido al área de salud es: *Las RS de los psicólogos concurrentes de salud mental acerca del quehacer del psicólogo (RSCQP)*; allí se observó en los imaginarios sociales de los estudiantes de Psicología una prevalencia de la clínica por sobre otras áreas de trabajo. Asimismo, en otras investigaciones (Falleti, 2000), se detecta que esto es coincidente con las representaciones que los funcionarios del gobierno de la ciudad y en especial en la Dirección de Capacitación de la Secretaría de la Salud tienen de los estudiantes de Psicología de la UBA (Antman, s.f).

METODOLOGÍA

Enfoque

Esta investigación fue de tipo cualitativo, ya que privilegia las experiencias de los actores para describir, explicar y por tanto construir conocimiento, partiendo siempre de la subjetividad de estos, en este caso de los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, quienes aportan desde lo que hacen, piensan y saben sobre el psicólogo y su quehacer.

La investigación cualitativa tiene varias perspectivas, entre ellas la etnometodología, la cual fue escogida como orientación metodológica, por la coherencia que existe entre esta y la teoría de las representaciones sociales que sustenta el estudio, ya que busca privilegiar la racionalidad de los sujetos frente a la racionalidad científica, al igual que tiene dentro de sus ejes centrales la constitución social del conocimiento. Garfinkel (1967) define a la etnometodología como el estudio de los modos (conscientes

o inconscientes) en que los actores sociales utilizan sus conocimientos para reconocer, producir y reproducir las acciones sociales y las estructuras sociales, cómo analizan sus circunstancias y pueden compartir una comprensión intersubjetiva de ellas (Ceirano, 2000).

Participantes

La población objeto de esta investigación estuvo conformada por los profesionales-docentes de los programas de Medicina, Odontología y Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena. Para el proceso de selección de la muestra no se tuvo en cuenta ningún criterio de representatividad estadística, teniendo en cuenta lo planteado por Rodríguez (2003) y Bonilla (1995) (citado por Rodríguez, Cortes & Varela, 2007) respecto a que “todo conocimiento es, necesariamente, conocimiento social, lo que inexorablemente significa que las representaciones que se dan en la mente individual no tiene un origen individual sino social”, por lo que se considera que la muestra es homogénea, ya que todos sus miembros comparten características comunes (Henríquez, s.f). El tamaño de la muestra fue de 16 profesionales, y el número se determinó a través del llamado “Criterio de Saturación de la Muestra”, es decir que al momento que los argumentos que expresaron los participantes se tornaron repetitivos se llegó al límite de sujetos, ya que una mayor cantidad de individuos no aportaba ninguna significación diferente al contenido de la representación estudiada (Perera, 1999). La selección de los participantes de la investigación se realizó a través del muestreo de Nominados o en “Bola de Nieve”, propuesto por Leo A. Goodman en 1961; cada individuo en la población nominó a otros individuos, quienes tenían la misma probabilidad de ser seleccionados (Salamanca & Martín-Crespo, 2007).

Técnicas

Se utilizaron dos tipos de técnicas para recolectar la información: el grupo focal y la entrevista semiestructurada. El grupo focal, por tener como característica fundamental la interacción social, permitió resaltar y rescatar la concepción de la realidad, sus vivencias, su lenguaje cotidiano, sus valores y creencias acerca del psicólogo (Aignerren, s.f.). Asimismo, se

empleó la técnica de la entrevista semiestructurada, para cual se dispuso de una guía que recogía los temas más relevantes y que por tanto debían ser tratados a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordaron las diversas temáticas y el modo de formular las preguntas se dejaron a la libre decisión y valoración del entrevistador (Herrera, s.f). El diseño de la entrevista fue validado a través de un ejercicio exploratorio que consistía en la realización de 3 entrevistas, a partir de las cuales se evaluó el uso del tiempo, la coherencia, la claridad de las preguntas y el nivel en el que estas respondían a los objetivos de la entrevista. A partir de esta evaluación se realizaron las reestructuraciones pertinentes. La información recolectada en estas 3 primeras entrevistas formó parte del contenido de análisis de la investigación. Con estas técnicas (grupo focal y entrevista semiestructurada) se buscó favorecer en los participantes la expresión de ideas, pensamientos, conocimientos y sentimientos sobre sus experiencias alrededor de la práctica del psicólogo.

Para el análisis de la información cualitativa obtenida, se hizo uso del software ATLAS ti; a través de este programa se llevó a cabo la identificación de códigos y la formación de las primeras categorías de análisis, logrando un primer nivel de análisis de todos los documentos escritos producto de las entrevistas.

RESULTADOS

Los elementos de Información, Actitud y Campo de las representación son las dimensiones a través de las cuales se irá configurando la representación social aquí estudiada; estas tres dimensiones, halladas por Moscovici, forman un conjunto que tan solo puede escindirse para satisfacer las exigencias propias del análisis conceptual (Araya, 2002). Teniendo en cuenta lo anterior, en un primer momento descriptivo se consignan de manera integrada los elementos de Información y Actitud, que responden al: qué saben, qué creen y cómo actúan los sujetos estudiados con respecto al PSICÓLOGO en el área de la salud, y en un segundo momento qué mostrará la dimensión del campo de la representación, mediante un mapa de relaciones que se construyó a través de las dos dimensiones anteriores, tal como lo plantea Perera, (1999) y se analizó en función de la totalidad del discurso (Banchs,1986 citado por Araya,

2002), estructurándose en torno al esquema figurativo (Perera, 1999), que en este caso lo constituyen la orientación y el apoyo.

El análisis de los datos se realizó a través de un proceso constante de codificación e identificación de categorías y subcategorías, las cuales fueron dando a entrever seis aspectos centrales que constituyen los hallazgos del proceso de investigación: 1) La percepción del psicólogo en la salud, 2) Funciones que desempeña el psicólogo en la salud, 3) Abordaje integral, 4) Trabajo interdisciplinar, 5) Experiencias laboral con el psicólogo y 6) Opinión del trabajo del psicólogo en la salud, los cuales se describirán a continuación:

Con respecto a la **percepción del psicólogo en la salud** los participantes expresaron:

“En el área de la salud el psicólogo trabaja como psicólogo clínico...” (A8; P:23)¹. “Entonces el psicólogo clínico, como su nombre lo indica, está ubicado en instituciones hospitalarias, es la persona que está conjuntamente, digamos, con el personal clínico para ayudar en los problemas de los pacientes” (A1; P:1)

Además consideran que el psicólogo desempeña

“Un rol desde atención primaria en salud, el hecho de la asesoría, en la parte de nutrición, en la parte de educación sexual, en la parte de adaptación del niño, el manejo de los problemas de cognición del desarrollo del niño, eso es un rol que el psicólogo puede hacer dentro del área de salud” (A7; P:21)

Para los sujetos el psicólogo

“En el área clínica, básicamente, brindan un apoyo a todo el equipo interdisciplinario...” (A5; P:16) “...Por así decirlo, ellos tiene ahí como un apoyo, como un profesional adicional a los profesionales de la salud que prestan un servicio y que hacen parte del complemento de salud...” (A3; P:12).

¹ A8;P:23, corresponde a Anexo 8 página 23

En cuanto a las funciones que el psicólogo desempeña en las instituciones de salud, una de las personas expresa que

“...Siempre he visto el psicólogo apoyando esa parte como psicosocial del paciente en su entorno, la relación con su familia, con el manejo del paciente, con el estado de ánimo...” (A9;P:25).

Otro de los sujetos agrega que

“A la vez específicamente en el área emocional para tratar pues de solucionar inquietudes, dudas que tiene esa persona respecto a su estado de salud y apoyarlo y fortalecerlo emocionalmente” (A6; P:19). “Nosotros que estamos en el área de la salud somos un apoyo supremamente importante (refiriéndose al apoyo emocional), es como la parte humana de ese paciente, (...) a veces uno no tiene todo el tiempo como para escuchar al paciente...” (A4; P:14).

Otra función manifestada por el grupo es la orientación, refiriéndose así de ella:

“El psicólogo debe darle la parte de la orientación hacia la atención en el orden de salud mental...” (A7; P:22) [considerando que] “... es importante que él sepa el estado general del paciente, para que lo pueda orientar...” (A1; P:6), un ejemplo es “...si la prueba sale positiva, entonces, entra ya la figura del psicólogo, para la orientación y ayudarlo a dar el resultado al paciente y ayuda al paciente a afrontar...” (A1; P:4).

En el caso particular de los odontólogos con respecto a la preparación psicológica de un pacientes antes de una intervención, afirmaron que

“En el caso mío, yo soy cirujano, el cirujano siempre infunde como miedo... entonces yo pienso que es ahí donde estaría el psicólogo, en la preparación, en el preámbulo del paciente al momento quirúrgico”(A3; P:11) “...la odontología causa temor, ansiedad, aprehensión entonces en algunas oportunidades he necesitado de enviarlos al psicólogo... usted lo que necesita es primero antes de venir aquí es ir donde el psicólogo” (A2; P:10) otro de los casos son“...esos pacientes con cáncer que los atiende primero el psicólogo antes de hacer la quimioterapia

como una parte de concientización, de su problema y también a la familia...” (A1; P:3).

Con respecto al **abordaje integral** en la salud uno de los participantes señala:

“A veces pensamos que el psicólogo solo aborda la parte mental; el psicólogo tiene la capacidad de abordar todo un ser integral” (A7; P:21), [otro de los sujetos afirma]: “Si nosotros hablamos de una atención integral que es lo que buscan casi todos los programas a nivel mundial de salud, debemos verlo como tal y debemos crear ese grupo, como su nombre lo indica integral...” (A9; P:26) “...donde todos compartimos información y se le da atención continua a esa familia, a ese paciente” (A7; P:22).

Del significado del **trabajo interdisciplinar** ellos expresan

“...cuando uno logra trabajar con un equipo de salud donde el médico hace su aporte, la enfermera hace su aporte, y el psicólogo hace su aporte (...), entonces tú te das cuenta que la meta que pretendes alcanzar con el paciente se logra mucho mejor, porque cada quien desde su óptica profesional tiene un abordaje diferente del paciente (...) esa es la idea del trabajo interdisciplinar” (A5; P:17). “Entonces cada quien dentro del equipo de salud tiene que saber hasta dónde puede abordar a una persona; eso no quiere decir que unos seamos mejores que otros, sino que cada quien aporta desde su óptica lo que pueda hacer...” (A5; P:17).

En relación a la **experiencia laboral** algunos de los participantes manifestaron:

“En la experiencia que yo tengo en el centro de salud sentir el respaldo de la psicología, (...) porque es como el punto de atención, digamos esas irregularidades que se pueden presentar en el comportamiento de algunos individuos, de algunas personas...lo que conozco ha sido más una orientación general” (A3; P:12). “Yo trabajé 10 años en centros de salud, de acá de Santa Marta (...) anteriormente, había un psicólogo que de pronto abordaba 2 o 3 centros de salud, y tenía su agenda y atendía en riesgo. Se crearon muy buenos lazos con psicólogos” (A1; P4).

Algunos de los participantes expusieron casos específicos en los que se evidenciaba la experiencia laboral con el psicólogo; así relatan que:

“Recuerdo una vez en la clínica la ----, teníamos un paciente del que sospechábamos tenía VIH, (...) y estaba muy preocupada porque era un paciente jovencito, entonces le dijimos a la psicóloga que trabajaba en la institución y ella hablo con él y su esposa... y fue así que él accedió sin ningún problema, cuando le hicieron el examen el estaba tranquilo” (A4; P:15). “En alguna oportunidad tuve una paciente que manifestaba unos dolores dentales, y eso se hacían todos los exámenes, y al final nos dimos cuenta, lo mandamos a donde un psicólogo y nos dimos cuenta que el problema era psicológico, entonces yo particularmente tuve esa experiencia con un paciente, entonces de ahí la importancia que ha venido teniendo el psicólogo” (A2; P:9).

En contraposición, otras personas expresaron no haber tenido ningún tipo de relación a nivel profesional con el psicólogo, afirmando:

“Así como requerido pues no... no he tenido la oportunidad, no se le involucra en algunos aspectos, pero de necesitarlo de pronto /pensativo/... pero nunca he tenido la oportunidad...” (A3; P:11). “En mi campo, lo que yo he visto, lo que me ha tocado es más psiquiatra (...), entonces me ha tocado más el contacto interdisciplinario más con psiquiatras que con psicólogos... porque ha sido en hospitales (A8; P:24).

Las personas opinan respecto al trabajo del psicólogo en la salud que

“He trabajado en instituciones donde el profesional de psicología está muy metido en las situación clínica del paciente, o sea es un apoyo realmente vital en las instituciones...” (A4; P:15).

Asimismo, manifiestan en cuanto al desempeño del psicólogo que

Cuando el psicólogo valora el paciente antes de una cirugía normalmente viene más tranquilo, entonces la parte emocional la maneja bastante bien” (A4; P14). “En el área clínica, tuve la oportunidad de ver cómo los profesionales de la psicología trabajaban en cuidado intensivo y me parecía formidable la labor que hacían los psicólogos en esa área con el paciente crítico” (A6; P:19).

Refiriéndose al trabajo interdisciplinar consideran que el psicólogo “... es un soporte fundamental del equipo...” (A6; P:20).

Con respecto al desempeño del psicólogo en el ámbito de la salud algunos de los sujetos expresaron:

“Bueno, realmente bueno, pues como en todas las cuestiones, hay profesionales buenos y malos, pero la experiencia mía fue buena, ese psicólogo me llevó ese caso de esa niña que me tenía al borde de la locura...”. (A2; P:10). “Yo he trabajado en instituciones la parte de salud mental y he visto pues, que es bien, bien fundamental en el manejo de este tipo de pacientes con enfermedad mental, y sobre todo en la integración a nivel familiar (...) que tenido muy cerca en la parte de la psicología clínica. (A1; P:2).

“No obstante, cuando uno llega a las instituciones de salud, a veces el psicólogo se aísla, se separa de la situación realmente del paciente” (A4; P:14) “... siempre maneja un perfil demasiado bajo en la atención integral al paciente...” (A9; P:25)

De acuerdo con lo anterior sugieren que el psicólogo debe

“Fortalecer mucho más el liderazgo...” (A6; P: 20. Deben darse a conocer más, sé que es un talento humano fuerte, son personas muy analíticas, muy críticas... a la vez muchas veces no son visibles (A6; P: 20).

De acuerdo con la información obtenida a través del análisis discursivo, se encontró que los núcleos centrales de la representación social del psicólogo en los docentes- profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena son la orientación y el apoyo, entendidos estos como los dos elementos principales de la estructura de dicha representación, según los criterios descritos por Verges y Boumediene (2001, citados por Valencia & Larrañaga, 2004), quienes plantean que los elementos del núcleo central de una representación social deben tener una frecuencia alta, representar el universo colectivamente compartido de la población, aparecer citados en lugar preferente y en las relaciones que se establecen entre las diferentes dimensiones.

Además de los elementos centrales existen elementos periféricos que están estrechamente relacionados con los núcleos centrales y que, en conjunto, configuran la estructura de la representación social del psicólogo, la cual se encuentran representada en la figura 1.

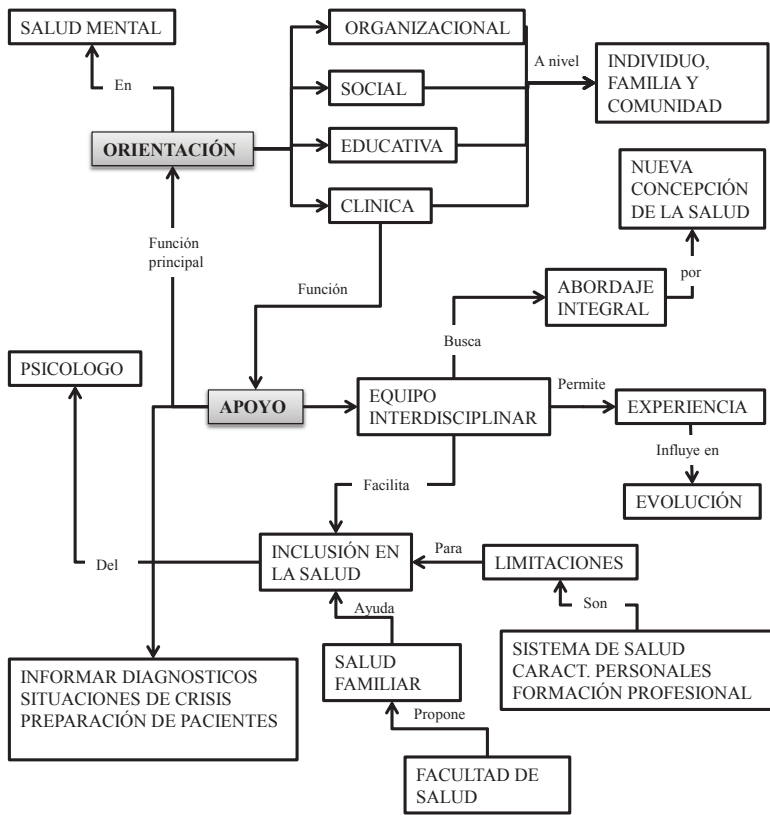


Figura 1. Campo de representación de la RS del psicólogo en profesionales docentes de la Facultad De Ciencias De La Salud de la Universidad del Magdalena

DISCUSIÓN

Se buscó establecer las relaciones que le dan sentido y significado a la representación, a través de un proceso de triangulación interpretativa, en el cual se ponen en relación: el vértice de la realidad (constituida por la descripción), el vértice teórico y el vértice del observador-investigador

(De Tezanos, 1998). Para una mejor comprensión la interpretación de los resultados se divide en diferentes temáticas, las cuales son presentadas de acuerdo con la jerarquización dada por la estructura de la representación expuesta en el apartado de resultados (Ver figura 1).

La orientación, la función principal del psicólogo

La orientación, además de ser un elemento central por la frecuencia con la que se repite y por tener un lugar preferente en lo manifestado por los profesionales-docentes, también es una función que relacionan con los diversos campos de acción del psicólogo y con las diferentes poblaciones a las que su trabajo está dirigido. Expresaron que “lo principal en la psicología es la orientación” (...), a la familia, el individuo y la comunidad” (A1: P3) “...la orientación a la resolución de los problemas personales...” (A1:P2). Siguiendo esta línea, Senta (1979, citado por Molina, s. f.) plantea la orientación como “un proceso o conjunto de acciones para ayudar a otros en la solución de situaciones críticas y conflictivas o en la satisfacción de necesidades para el logro de un estado de bienestar”.

Con relación a lo anterior, Silva (2009) expresa que “en la actualidad la orientación psicológica ha tomado un mayor impulso, es así que observamos un gran número de profesionales de diversas especialidades que se han avocado a esta función, en el ámbito escolar, organizacional/laboral, hospitalario o en el consultorio privado”.

El psicólogo como apoyo en el área de la salud

Con respecto al apoyo que es el otro elemento considerado hipotéticamente central, los participantes comentan que

“Por así decirlo, ellos tiene ahí como un apoyo, es como un profesional adicional a los profesionales de la salud que prestan un servicio y que hacen parte del complemento de salud...” (A3: P12). “Nosotros que estamos en el área de la salud un apoyo supremamente importante (refiriéndose al apoyo emocional), es como la parte humana de ese paciente, (...) a veces uno no tiene todo el tiempo como para escuchar al paciente...” (A4:P14).

El psicólogo cumple una función en el área de la salud, complementaria, adicional y que define su labor dentro del equipo interdisciplinar.

Se destaca que el apoyo al que ellos hacen referencia tiene que ver con la orientación al paciente, considerando también esta como una de las funciones principales que tiene este profesional en el área de la salud, y está dirigida primordialmente hacia su salud mental: “ (...) el psicólogo debe darle la parte de la orientación hacia la atención en el orden de salud mental” (A7: P22). Es así que para ellos la orientación está relacionada con los aspectos emocionales y psicosociales, “ (...) siempre he visto el psicólogo apoyando esa parte como psicosocial del paciente, en su entorno, la relación con su familia, con el manejo del paciente, con el estado de ánimo” (A9:P25).

En relación a esto Tobón y Núñez (2000) expresan que aún muchos profesionales perciben al psicólogo como un especialista en problemas de salud mental y solamente le remiten pacientes cuando tienen serios trastornos a nivel mental o comportamental.

Los participantes requieren del apoyo del psicólogo en diferentes situaciones, tales como la entrega de un diagnóstico médico, situaciones de crisis o cuando no encuentran una explicación desde el ámbito médico u odontológico. Lo anterior, según Zas (2009), serían falsas funciones que se le atribuyen al psicólogo en las instituciones de salud. Señala que al psicólogo se le ha solicitado sus servicios para anunciar muertes, amputaciones, operaciones y otros hechos desagradables, como se evidencia en una de las experiencias relatada en la investigación:

“Recuerdo una vez en la clínica la ----, teníamos un paciente del que sospechábamos tenía VIH, (...) yo estaba muy preocupada porque era un paciente jovencito entonces le dijimos a la psicóloga que trabajaba en la institución y ella habló con él y su esposa... y fue así que él accedió sin ningún problema, cuando le hicieron el examen él estaba tranquilo. (A4: P13).

O después que un paciente fue visto por diez especialistas durante diez días y no le encontraron nada y además era un paciente de los llamados

“conflictivos”, en el día once llaman al psicólogo, para que previo a su alta que se producirá en el día doce, descubra que su problema es psíquico. Con relación a esto, una de las experiencias citadas fue:

“En alguna oportunidad tuve una paciente que manifestaba unos dolores dentales, y eso se hacían todos los exámenes, y al final nos dimos cuenta, lo mandamos donde un psicólogo y nos dimos cuenta que el problema era psicológico” (A2: P9).

El psicólogo: salud física y mental

Según los participantes, el psicólogo aborda solo la salud mental del paciente obviando la labor que tiene también dentro de la salud física, ya que los psicólogos pueden y deben implicarse en los programas de prevención que atienden a la población en su salud física y en su desarrollo global como personas, además de seguir atendiendo a los afectados específicamente por enfermedades mentales (Martínez, 1994).

Entre las múltiples actividades que se le han asignado al psicólogo que puede desarrollar e intervenir en una institución de salud se encuentran, desde la perspectiva preventiva, la preparación e intervención para procedimientos de alta complejidad e invasivos; en tratamientos aversivos (quimioterapia, radioterapia); a portadores de enfermedades agudas o crónicas (renales, diabetes, reumáticas, VIH, sida, cáncer); tratamiento del dolor crónico; en adicciones (drogas, tabaquismo y alcoholismo) e intervención psicosocial orientada a nivel individual, vincular, familiar, comunitario o del equipo de salud (Mucci & Benaim, 2005). En síntesis, el psicólogo puede y debe traspasar los límites de la práctica estrictamente clínica para poder trabajar en prevención, atención al individuo y a la comunidad, seguimiento de los procesos individuales y colectivos afectados en su salud (Martínez, 1994).

Es importante considerar con respecto a lo anterior, que los participantes no establecen una diferencia entre el psicólogo clínico y el psicólogo de la salud, es así que en sus apreciaciones manifiestan que “en el área de la salud el psicólogo trabaja como psicólogo clínico...” (A8:P23). De hecho, en ninguna de las entrevistas mencionan al psicólogo de la salud,

sino que “el psicólogo clínico, como su nombre lo indica está ubicado en instituciones hospitalarias, es la persona que está conjuntamente digamos con el personal clínico, para ayudar en los problemas de los pacientes...” (A1:P1), lo cual evidencia la confusión que tienen en relación con los roles y funciones del psicólogo clínico y el psicólogo de la salud.

En la actualidad la literatura hace una diferenciación y delimitación del campo y función entre el psicólogo de la salud y el psicólogo clínico. Así, Marino Pérez (1991, citado por Rodríguez, 1998) concluye que la psicología de la salud se ocupa de los asuntos psicológicos que puedan tener consecuencias fisiológicas, es decir, le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación (Morales, 1995 citado por Morales, 1997), mientras que la psicología clínica se ocupa en los problemas psicológicos por sí mismos.

Todos los resultados expuestos hasta el momento tienen similitud con un estudio realizado en Argentina a usuarios de los servicios de salud sobre las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales; se encontró que en el área de la salud sobresalen como competencias más valoradas las relacionadas con las tareas de psicología clínica en instituciones de salud. Y entre las habilidades más necesitadas por los usuarios del sistema se encuentran las tareas de orientación psicológica y tratamiento psicológico del adulto, adolescentes, niños y familias, las tareas de interconsulta y entrevistas de diagnóstico clínico. Otra de las competencias valoradas son las intervenciones en crisis y emergencias y el trabajo en grupos interdisciplinarios (Castro, 2004).

Trabajo interdisciplinar: el reto en la nueva concepción de la salud

Desde la nueva concepción de la salud proclamada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que considera a esta como un “Estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia”, dirigida hacia al abordaje biopsicosocial del ser humano (Vélez, 2007) se plantea el reto de la convergencia de diferentes disciplinas para lograr un abordaje integral de las personas. En

este sentido, los participantes expresan sobre la inclusión del psicólogo al equipo interdisciplinar

“Si analizamos la definición hoy en día de salud, nos habla de un equilibrio biopsicosocial, obligatoriamente está incluida ahí (...) esas funciones importantes que ejerce el psicólogo” (A9: P:26). “...es precisamente para darle a salud ese toque que se necesita de la psicología (...) porque es que hace parte del equipo de salud...” (A2:P10).

Hoy por hoy la complejidad de los procesos de salud y enfermedad exigen que cada uno aporte sus conocimientos para llegar a un objetivo común (Arrivillaga, 2007). En referencia a ello, algunos de los sujetos expresaro

“cuando uno lograr trabajar con un equipo de salud donde el médico hace su aporte, la enfermera hace su aporte y el psicólogo hace su aporte (...), entonces tú te das cuenta que la meta que pretendes alcanzar con el paciente se logra mucho mejor, porque cada quien, desde su óptica profesional, tiene un abordaje diferente del paciente (...) esa es la idea del trabajo interdisciplinar” (A5: P:17).

Por tanto, en la atención sanitaria trabajan un gran número de profesionales: trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, enfermeros, médicos, etc., cada uno de estos profesionales tiene distintas responsabilidades y competencias (Portillo, Portillo & Rodrigo, s.f.).

Inclusión del psicólogo en la salud: limitaciones

Teniendo en cuenta todo lo anterior es importante considerar que hay una serie de limitaciones para la inclusión y para la aplicación de todos los elementos que se han planteado desde la teoría en referencia al psicólogo de la salud.

Debe tenerse presente que la forma como se han estructurado las reglamentaciones y normas dentro de los sistemas de salud han perpetuado la permanencia de un modelo biomédico disfrazado de cambio (Tobón & Nuñez, 2000) y no se le ha concedido al psicólogo una clara ubicación en el sistema, aunque se reconoce cada vez con mayor claridad su im-

portante papel en el desarrollo de programas de prevención, promoción e intervención efectivos (Durán, Hernández & Becerra, 1995; Laviana, 1998, citados por Londoño, Valencia & Vinaccia, 2006), lo cual provoca una limitación en el sistema de atención integral.

“Yo pienso que si miramos desde la problemática de la salud actualmente tenemos una situación muy seria (...) porque de pronto tú quieres poder hacer algo por tu paciente pero de pronto se te limita, no te autorizan una consulta con psicología, entonces la limitación la está colocando la forma en la que se maneja nuestra legislación” (A5:P17).

Otra dificultad que se presenta está relacionada con las diferencias individuales de los profesionales de la psicología ya que

“Cuando uno llega a las instituciones de salud, a veces el psicólogo mismo se aísla, se separa de la situación realmente del paciente” (A4:P14)
“... siempre maneja un perfil demasiado bajo en la atención integral al paciente...” (A9:P25). “No es de pronto el psicólogo, nombre como tal, sino la persona (...) entonces yo no puedo decir el psicólogo, sino que cada persona de acuerdo con lo que se enseña, con lo que se educa puede manejar su propia filosofía” (A5:P18).

La formación es también una limitación que hace parte del sentir de los participantes:

“Pienso que se requiere desde el inicio, desde el mismo proceso de formación de los profesionales, meterlos en esa línea, que nos obligue a todos a pensar en funciones integrales para la prestación del servicio, debemos estar ya en ese perfil” (A9:P26).

Esto se relaciona con lo planteado por Martínez (1994), que dice que la formación que debería permitir al psicólogo su plena integración en el ámbito de la salud, es todavía demasiado artesanal y carece en su concepción de la globalidad que reclamamos para la atención a la población. Tal formación se configura como un fuerte componente de la determinación de un perfil profesional inadecuado para la realidad de salud del país (Dimenstein, 2003).

La formación profesional tubular, sin contacto con las otras disciplinas y sin la capacidad de trabajo en equipo multidisciplinario, se constituye en una limitación para el psicólogo pues está confinado en sus métodos y conceptos sin posibilidad de entender a las otras profesiones; el psicólogo debe ser capaz de trabajar en equipo, y tener una preparación multidisciplinaria que le prepare para abordar la compleja y multifacética realidad humana (Chiappo, s.f.).

Reflexiones finales

En términos generales se puede concluir que para los profesionales docentes del área de la salud, el psicólogo en dicha área desempeña dos roles básicos: la orientación hacia la resolución de problemas emocionales y el apoyo al equipo interdisciplinar en la entrega de diagnósticos médicos, situaciones de crisis o en aquellos momentos en los que no hay una explicación física a la molestia del paciente. De esta manera se determina la inclusión de dicho profesional en el trabajo interdisciplinar, ya que la labor del psicólogo es requerida en situaciones que demandan un abordaje a nivel emocional o mental, por parte de los médicos, odontólogos y enfermeros.

Vale la pena rescatar dentro del discurso de los participantes, los aspectos relacionados con la aplicación del modelo biopsicosocial y la inclusión del psicólogo al ámbito de la salud, ya que el sistema lo ha impedido a través de sus múltiples limitaciones prácticas y normativas.

Las características de personalidad de los psicólogos, de acuerdo con la opinión de los participantes han limitado la integración en el trabajo con ellos, pues muchos se aíslan y manejan un perfil bajo dentro del equipo interdisciplinar.

No obstante surgen los siguientes interrogantes: ¿Debe el psicólogo reorientar su práctica, ahora dirigida al campo clínico, para superar ese modelo de actuación reducido como lo es el biomédico? ¿Es necesario crear espacios de intervención en salud que faciliten la integración a nivel interdisciplinar? ¿Los psicólogos consideran que su práctica profesional en el área de la salud está enmarcada en el apoyo a los médicos, odontólogos y enfermeros?

Referencias

- Abric, J. (1994). Las representaciones sociales: Aspectos teóricos. En *Pratiques sociales et Representations*. Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores (2001). Prácticas sociales y representaciones sociales. México: Coyoacán.
- Aignerren, M. (s. f.). La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. Universidad de Antioquia. Recuperado en www.inppares.org/revistasss/.../11%20-%20Grupos%20Focales.pdf
- Antman, J. (s.f). Representaciones sociales de los psicólogos concurrentes de salud mental acerca del quehacer del psicólogo. Recuperado en http://www.avizora.com/publicaciones/psicologia/textos/quehacer_del_psicologo_0013.
- Araya, S. (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. San José, Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Arrivillaga, M. (2007). Psicología y salud pública: tensiones, encuentros y desafíos. *Universitas Psychologica*, 8 (1), 137-148. Recuperado en: <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V08N01A11.pdf>
- Arróspide, J., Blanco, F., Casanueva, F. & Díaz, O. (s.f.). Estudio de las representaciones sociales del psicólogos en el medio universitario de la comunidad Autónoma del País Vasco. Recuperado en <http://www.ehu.es/.../Representaciones%20sociales%20del%20psicologo%20en%20la>
- Banchs, M. (1991). Representaciones sociales: pertinencia de su estudio y posibilidades de su aplicación. *Boletín de AVEPSO*, XIV, (3), 3-16.
- Basabe, N. & Páez, D., (1992). *Los jóvenes y el consumo de alcohol*. Madrid: Fundamentos.
- Castro, A. (2004). Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. *Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 21 (002), 117-152. Recuperado en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/180/18021201.pdf>
- Ceirano, V. (2000). Las representaciones sociales de la pobreza. *Cintas de Moebio*, 9. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10100909>.
- Chiappo, L. (2006). Vocación del psicólogo. *Revista Psicológica Herediana*, 1 (01) 102. Recuperado en: <http://www.upch.edu.pe/fapsi/rph/NUMERO/Chiappo.pdf>
- Código Ético del Psicólogo (2000). Recuperado en http://www.infopsicologica.com/documentos/codigo_de_etica.doc

- De Tezanos, A. (1998). Una etnografía de la etnografía. Bogotá: Antropos.
- Dimenstein, M. (2003). Los (des) Caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública. *Revista Panam Salud Pública*, 13(5), 341-345. Recuperado en: <http://journal.paho.org/uploads/1155581663.pdf>
- Flórez-Alarcón, L. (1999). Origen y evolución de la psicología de la salud en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología, Edición especial*, 125-126.
- Flórez-Alarcón, L. (2006). La psicología de la salud en Colombia. *Universitas Psychologica*, 5(3), 681-693.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Gunter, E. (2002). *Las representaciones sociales*. Recuperado en <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/.../egg%20las%20representaciones.pdf>
- Henríquez, K. (s.f). La fuga en niñas y adolescentes en sistemas de residencia especializada. Chile: Universidad Alberto Hurtado. Recuperado en <http://www.trabajosocial.uahurtado.cl/download/arthenriquez.pdf>
- Jodelet, D. (1984). *La representación social: Fenómeno, concepto y teoría*. En Moscovici, S. (Ed.), *Psicología Social II, Pensamiento y Vida Social, Psicología Social y Problemas Sociales* (pp. 469-506). Buenos Aires: Paidós.
- Lacolla, L. (2005). Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos. *Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa* [en línea]. 1,(3). Disponible en Internet: <<http://revista.iered.org>>. ISSN 1794-8061
- Londoño, C., Valencia, S. & Vinaccia, S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. *Revista Psicología y Salud*, 16(002), 199-205. Recuperado en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29116209.pdf>
- Martínez, M. (1994). La psicología clínica en la actualidad: Salud, formación e interdisciplinariedad. *Anuario de Psicología*, 63, 213-217. Recuperado en: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61248/88938>
- Molina, D. (s.f). Concepto de orientación educativa: Diversidad y aproximación. *Revista Iberoamericana de Educación*. Recuperado en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/736Molina108.PDF>
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Revista Athenea Digital*, 2. Recuperado en psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/.../55/55
- Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. México: Editorial UniSon.

- Moscovici, S. (1979). La representación social un concepto perdido. En *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. (2a. ed., Cap. 1, pp. 27-44). Buenos Aires: Ed. Huemul.
- Mucci, M. & Benaim, D. (2005). Psicología y salud. Calidoscopio de prácticas diversas. *Revista Psicodebate* 6, 123-137. Recuperado en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico6/6Psico%2009.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. *Avances en Psicología*, 16 (1). Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>
- Perera, M. (1999). *A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. La Habana: Centro de Investigación en Estudios Psicológicos y Sociológicos .
- Piña, J. & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 669-679. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a19.pdf>
- Portillo, M., Portillo R. & Rodrigo, F. (s.f.). Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Recuperado en: http://www.macmillanprofesional.es/fileadmin/files/online_files/_pro/demo/contenidos/libros_del_alumno/PROMO_DEMO_Web.pdf
- Rodríguez, J. (1998). Psicología de la salud y psicología clínica. *Revista Papeles del Psicólogo*, 69. Recuperado en: http://www.papelesdelpsicologo.es/ver_numero.asp?id=772
- Rodríguez, T. (2007). Sobre el estudio cualitativo de la estructura de las representaciones sociales. En Rodríguez, T. & García, M., *Representaciones sociales. Teoría e investigación* (pp.157-188). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Rodríguez, U., Cortes, S., & Varela, M., (2007). Representación socioespacial del Centro Histórico de la Ciudad de Santa Marta – Colombia. Santa Marta, Col.: Universidad Del Magdalena.
- Rodríguez, U., (2010). *Representación social del medio ambiente y la educación ambiental. Estudio en la ciudad de Santa Marta, Colombia*. (Tesis de Maestría) Santa Marta, Col.: Universidad Del Magdalena.
- Romo, R. (2000). *Una mirada a la construcción de identidades: Los psicólogos de la Universidad de Guadalajara*. Guadalajara: CUCSH Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanas.
- Salamanca, A. B. & Martín-Crespo, C. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 27.

- Vélez, A. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el Estado social de derecho. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 63 – 78. Recuperado en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_6.pdf
- Tobón, S., & Nuñez, A. C. (2000). Psicología y sistema de salud en Latinoamérica. *Perspectivas en psicología*, 3, 21- 40.
- Torres, T. M., Maheda, M. T. & Aranda, C. (2004). Representaciones sociales del psicólogo: Investigación cualitativa en el ambito de la formacion de profesionales de la salud. *Revista de Educación y Desarrollo*, 2, 29-42.
- Yela, M. (1980). El psicólogo, los otros y la gente. *Estudios de Psicología*, 1, 1-12.
- Zas, B. (2009). La psicología en las instituciones de salud. *Psicología Online*. Recuperado en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/index.shtml>