

# **L** a Psicología de la Salud en los Hospitales Clínico-Quirúrgicos: La experiencia Cubana.

**Licenciada Marta Martín Carbonel**

*Jefe del Departamento de Psicología. Servicio Nacional*

*Hospital C.Q. «10 de Octubre»*

*Ciudad de la Habana, CUBA<sup>1</sup>*

## RESUMEN

En este artículo se analiza el estado actual de la Psicología en los Hospitales Clínico-Quirúrgicos en Cuba. Se intenta dar una caracterización del trabajo que allí se realiza y se plantean algunos problemas y tareas a los que deberán enfrentarse los psicólogos de estas instituciones.

## RESUMEN

Psicología de la Salud;  
Enfermos crónicos;  
Intervención psicológica.

## SUMMARY

In this article the author analyzes the current conditions of the Health Psychology in Cuban General Hospitals. Challenges and tasks of the psychologists who works in hospitals are exposed.

## KEY WORDS

Health Psychology; Chronic illness; Psychological interventions.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente en la Ciudad de la Habana hay más de 70 psicólogos trabajando en Hosp. Clínico-Quirúrgicos (el 25% de los psicólogos de la provincia que presta servicio en el Min. de Salud Pública MINSAP) según el Grupo Nac. de Psicología (1995); y en casi todos los grandes hospitales del país existen Servicios de Psicología.

El trabajo del psicólogo en los Hospitales Clínico Quirúrgicos ha propiciado la puesta en marcha de intervenciones psicológicas en arcas no tradicionales como son las Unidades de Cuidados Intensivos, los Servicios de Cirugía, etc.

Los psicólogos participan en actividades que hasta hace poco tiempo eran exclusivamente médicas como los paseos de visita o las discusiones de casos. Se ha variado el «locus» tradicional de trabajo (la consulta) y los psicólogos se visten de «verde» en los Quirófanos y realizan tareas de diagnóstico y tratamiento al pie de una cama,

en las unidades de hospitalización.

Su trabajo afecta a parámetros de eficiencia hospitalaria como el tiempo de estancia y el índice ocupacional. Pueden recomendar altas e ingresos, efectuar peritajes y dar bajas por incapacidad, sugerir investigaciones diagnósticas complejas como la TAC, y recomendar el cambio de fármacos o la utilización de otro tipo de técnicas de tratamiento médico.

Tras 15 años de plena incorporación del psicólogo al trabajo hospitalario se impone una reflexión sobre el desarrollo de este trabajo, que trate de establecer los aportes principales que la sistematización de esta experiencia podría hacer al desarrollo de la Psicología de la Salud.

*1.- Dirigir la correspondencia a Lic. Marta Martín Carbonel. Infanta 15067, apto. 14-C, entre Estévez y Sta Rosa, Cerro. Ciudad de la Habana, Cuba.*

## LA INTRODUCCIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN LOS HOSPITALES CLÍNICO QUIRÚRGICOS EN CUBA.

Es difícil intentar una caracterización de la historia y del trabajo del psicólogo en los hospitales clínico quirúrgicos de nuestro país por varias razones.

La primera de ellas es que el surgimiento y desarrollo de los Servicios de Psicología en estas instituciones es aun un proceso vivo y cambiante.

Una segunda razón sería la actualidad de los acontecimientos a analizar:

En tercer lugar, no existe prácticamente bibliografía sobre este tema, si exceptuamos los artículos recogidos en un folleto que se editó a partir de un taller precongreso (2) impartido en 1987 en el Hospital « Hermanos Ameijeiras».

Por último, las rápidas y violentas transformaciones socioeconómicas que ha sufrido nuestro país en el último quinquenio deben estar influyendo de alguna manera en el desarrollo del trabajo del psicólogo en los hospitales y esto aun no ha sido objeto del estudio y la investigación que requeriría

Por estos motivos, el análisis que se realizará a continuación se basa en mi experiencia de trabajo en estas instituciones, en la información que he podido obtener en visitas a otras similares del país y en las informaciones recogidas de otros colegas.

A mi juicio es posible resaltar algunos factores que han facilitado el surgimiento y desarrollo de Servicios de Psicología en los Hospitales Clínico-Quirúrgicos.

En primer lugar citaré los criterios teóricos metodológicos que han conducido a nuevas formas de concebir, planificar y ejecutar los cuidados de salud; específicamente la concepción actual de

la determinación multicausal de la enfermedad y la salud, a partir del modelo biopsicosocial. Esto implica la necesidad de utilizar un enfoque diferente para la organización de los servicios de cuidado de la salud a la población: el **enfoque multidisciplinario**.

A fines de los 60, en nuestro país, se consolida un Sistema de Salud con énfasis en la prevención, y fórmulas de atención basadas en programas integrales y en la institución de Policlínicos para la atención primaria. Al crearse los Policlínicos Integrales, se produjo la entrada de un importante número de psicólogos en la atención primaria, que se incorporaron a Programas de Atención Integral a la mujer y al niño, a la Atención al Escolar y a la Medicina del Trabajo. En 1970 se crean los Servicios de Psicología de los Hospitales de Rehabilitación «Julio Díaz» y Ortopédico «Frank País»; en 1972 empieza la actividad de Psicología en Institutos de Investigación del MINSAP y mas o menos en esa época comienza el trabajo en los Hospitales Gineco-obstetricos.

Todo contribuyó a ampliar el espectro de tareas del psicólogo en el SNS, y a un mayor conocimiento por parte de los médicos y dirigentes de la salud del beneficio que reporta la integración del psicólogo a los equipos multidisciplinarios. (Programa de Desarrollo 2000 «Psicología de la Salud, 1987, MINSAP).

Por otra parte, los psicólogos que trabajaban en los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Clínico-Quirúrgicos, en muchas ocasiones por propia iniciativa, y en otras por solicitud de la dirección de la institución, fueron trascendiendo las fronteras del diagnóstico de los enfermos mentales e interviniendo cada vez mas en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes con enfermedades crónicas. La formación de técnicos de nivel medio en psicometría facilitó sin dudas, este proceso.

Se hizo evidente que se necesitaba dotar a los hospitales de instancias que administrativa y metodológicamente fueran capaces de satisfacer la deman-

da de atención psicológica de los distintos Servicios hospitalarios y que era, por tanto, mas práctico crear Servicios de Psicología como unidades de rango y responsabilidad similar a las de las restantes especialidades médicas.

## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS SERVICIOS DE PSICOLOGÍA DE LOS HOSPITALES CLÍNICO QUIRÚRGICOS.

Es posible encontrar rasgos comunes en la labor asistencial de los psicólogos de los hospitales que pueden ayudar a identificar principios e hipótesis subyacentes a esta práctica. Algunos aún deberán probar su valor como criterios orientadores de la praxis con el paso del tiempo, otros ya parece que pueden ser aceptados como verdaderos principios orientadores del quehacer profesional del psicólogo de la salud, por lo menos en nuestro medio.

Intentando una caracterización de los Servicios de Psicología de los H.C.Q. de nuestro país podrían señalarse los siguientes rasgos comunes:

a) Son unidades administrativas independientes, dirigidas por psicólogos e integradas por psicólogos y técnicos medios en psicometría. Este tipo de organización permite una mejor integración de la labor psicológica a la dinámica asistencial e institucional, que va mas allá de la atención tradicional a los enfermos mentales, abriendo nuevos campos de acción. Se abarcan las enfermedades crónicas, la atención al enfermo grave y al moribundo y la preparación psicológica para técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento, así como aspectos relacionados con la organización de los servicios de salud, la satisfacción de la población y los problemas de dirección, trabajo institucional y liderazgo, por sólo citar algunos.

b) Realizan actividades asistenciales, docentes, investigativas e institucionales.

2. - Me refiero al Taller: «La Atención psicológica en los Hospitales Clínico Quirúrgicos», impartido en el XXI Congreso Interamericano de Psicología, Ciudad de la Habana, jul. 1987.

## DOSSIER

Las funciones asistenciales son la actividad básica y ocupan el 80% del tiempo de trabajo en casi todas las instituciones.

Al incorporarse al trabajo del hospital, los psicólogos han asumido tareas asistenciales propias de los médicos como es el participar en los pases de visita y las discusiones diagnósticas; esto facilita su integración al equipo y su adaptación a la dinámica y disciplina hospitalaria.

**Los Serv. de Psicología colaboran en la docencia** a residentes de diversas especialidades, a enfermeras y otros técnicos de la salud; también imparten docencia a otros psicólogos y estudiantes de psicología.

**Los psicólogos participan en investigaciones** dirigidas por otras especialidades médicas, y también dirigen sus propias investigaciones, orientadas hacia la solución de problemas de la práctica asistencial

c) Prestan atención tanto a pacientes hospitalizados como de Consulta Externa.

Generalmente, los pacientes hospitalizados son ingresados por las diversas especialidades médicas ( Medicina Interna, Cirugía, Endocrinología, Dermatología, etc.) y las Consultas Externas se nutre de los casos remitidos por los especialistas del Hospital. Es decir, l Servicios de Psicología están dirigidos a satisfacer básicamente las necesidades asistenciales de la institución.

d) La forma de organizar la atención en la mayoría de Hospitales puede denominarse de «especialidades médicas priorizadas y no priorizadas

**Los servicios «priorizados» cuentan con uno o más psicólogos que se integran de manera profunda al equipo asistencial**, que de hecho se convierte en un equipo multidisciplinario, con el que desarrollan actividades de asistencia, investigación-desarrollo y docencia

Los psicólogos suelen atender a más de un servicio priorizado, amén de realizar labores de interconsulta. Esto

conlleva que utilicen diversas técnicas de diagnóstico e intervención si están adecuadamente preparados, o que se limiten a la aplicación de los mismos procedimientos en diferentes contextos, disminuyendo así la eficacia potencial de las intervenciones psicológicas.

Entre los Servicios priorizados en la mayoría de Instituciones se encuentran Psiquiatría, Neurología, Cardiología, Nefrología, Endocrinología, Cirugía (Maxilo Facial, Cirugía General y los que se relacionan con los trasplantes de órganos) y las Unidades de Cuidados Intensivos.

e) Prevalencia del modelo clínico y el enfoque individual.

La organización del trabajo en los Hospitales esta basada en el modelo clínico y por ende, el trabajo de los psicólogos debe adecuarse al mismo. Las principales demandas de las diferentes especialidades médicas se centran en el diagnóstico y tratamiento de los sujetos enfermos y, por ello, se pide al psicólogo que colabore en tareas de diagnóstico positivo y diferencial, y que realice tratamientos psicológicos para alivio de síntomas. Desde el punto de vista diagnóstico predomina el diagnóstico clínico, individual. Se trabaja en la valoración de factores psicosociales que inciden en la presentación del cuadro clínico y la evolución de la enfermedad, en la evaluación de capacidades (intelectuales, volitivas, etc.) y en el diagnóstico- caracterización de trastornos de organicidad neuropsíquica (fundamentalmente con estudios neuro y patopsicológicos).

Aunque se aplican procedimientos grupales (fundamentalmente psicoterapia de grupo) en la mayoría de casos estos se realizan con fines terapéuticos y se basan en el diagnóstico de individuos y no de grupos de riesgo.

Dado el amplio espectro de problemas y sujetos a tratar, la mayoría de los psicólogos no se adscriben a una escuela teórica particular; sino que utilizan diferentes procedimientos.

## PROBLEMAS, RETOS Y PERSPECTIVAS

Es indudable que la introducción de Servicios de Psicología en los Hospitales Clínico- Quirúrgicos ha supuesto un avance en el desarrollo de la Psicología de la Salud y de la propia Medicina, por esta misma razón plantea una serie de retos a los sujetos que están involucrados en ella.

Sin embargo, a mi juicio, los retos más difíciles se plantean a los propios psicólogos.

Nos enfrentamos al problema de que la psicología, en su doble carácter de ciencia y profesión, aun no esta preparada para satisfacer las demandas provenientes de 109 contextos sociales (Ardila 1984). Los psicólogos «de la práctica» no encontramos, en la psicología generada en laboratorios y academias, respuesta a muchos de los problemas que se nos exige resolver, viendonos obligados a improvisar soluciones apresuradas, de cuestionable eficacia.

Carecemos de un aparato conceptual propio y común a todos los psicólogos que nos permita comunicarnos intradisciplinariamente primero y aun menos que nos permita comunicarnos a plenitud con representantes de otras ciencias; carecemos de procedimientos, métodos y tecnología que nos permitan dar respuesta total a los complejos problemas en que se nos demanda nuestra colaboración

Amén de los problemas y confusiones conceptuales propias del desarrollo de nuestra ciencia, los psicólogos que en la práctica atendemos al cuidado de «enfermos», trabajamos con categorías médicas que son tan relativas y discutibles como nuestras propias categorías psicológicas.

Nos encontramos por ejemplo ante la paradoja de que, si de un enfermo «crónico» o «somático» se trata, to-

dos sabemos acerca de que estamos hablando, pero no sabemos como nombrarlo, cosa poco frecuente en nuestra disciplina, en la que frecuentemente el problema que enfrentamos es el contrario: tener un concepto para referirnos a fenómenos diferentes, incluso antagónicos.

**Un problema tangencial al de la definición de nuestro universo de estudio, es el propio problema de la distinción entre salud y enfermedad.**

Rosenberg (1987) observaba «Una enfermedad no es absolutamente una entidad física sino un complejo constructo intelectual, una amalgama de estados biológicos y definiciones sociales», o como plantea G. Herek «las enfermedades son socialmente construidas». Por tanto, lo que ayer se consideraba como un síntoma, mañana puede ser que se catalogue como entidad nosológica.

Los intentos de encontrar un «perfil psicológico típico» para cada enfermedad (años 50 y 70), fracasaron, entre otras razones, por no tener en cuenta la relatividad del conocimiento médico en la clasificación de las enfermedades.

Es más, cuando se aplica este modelo para atribuir condiciones de salud-enfermedad al comportamiento humano, nos tropezamos con el problema de que «...la conducta, en tanto morfológica, posee múltiples dimensiones de funcionalidad» (Ribes, 1990).

Con respecto a la mayoría de las enfermedades, no es posible establecer una asociación directa entre la patología biológica y el nivel de competencia social y desarrollo personal. Muchos estudios reportan la presencia de cambios positivos en la calidad de vida de personas que sufren de enfermedades crónicas severas como cáncer o infarto del miocardio (Taylor y Aspingwall, 1990).

En otras palabras, los comportamien-

tos, emociones, creencias y valores humanos no pueden ser catalogados como «normales o anormales», «buenos o malos», patológicos o «sanos» en sí mismos, sin examinarlos dentro del contexto en que ocurren.

**Otro importante problema que debemos mencionar es el de la determinación multicausal de la enfermedad y el trabajo multidisciplinario.**

El trabajo multidisciplinario se presenta a los profesionales de la salud como un reto a la flexibilidad de pensamiento, a la capacidad de organización y a las habilidades para comunicarse con otros especialistas y con los propios pacientes.

De hecho, la inclusión de los psicólogos en los equipos de atención a enfermos crónicos le ha conferido a este profesional un puesto de avanzada en la «lucha» por la multidisciplinariedad. Esto ha representado y representa una demanda de alta complejidad para los psicólogos pues de hecho ni ellos, ni los otros miembros del equipo, ni los sistemas sanitarios, están preparados en realidad para enfrentar este tipo de enfoque que en la mayoría de los casos es más declarativo que real.

**Por otra parte, los psicólogos debemos enfrentar una serie de problemas prácticos, el primero de ellos es el problema de los sujetos de la intervención psicológica.**

Los enfermos mal llamados «somáticos» pueden ser muy diferentes a los pacientes «mentales» que se suelen ver en los servicios de Psicología Clínica y Psiquiatría en dos aspectos fundamentales:

- El grado y tipo de trastorno psíquico que presentan.
- Las creencias y expectativas con respecto a la atención psicológica. Se supone que el paciente que acude a los servicios de un psicólogo clínico (hablo de la psicología en el ámbito de

la salud mental, por supuesto) presenta algún tipo de trastorno psíquico que le molesta a él o que afecta a los sujetos de su entorno (familia, comunidad). En la mayoría de casos el paciente supone que «hay algo en su cabeza que no funciona bien» y acude voluntariamente.

Un diabético, un asmático o una persona que padece de artrosis no necesariamente sufre algún tipo de malestar emocional, ni presenta comportamientos considerados «anormales» por él o por su entorno. De hecho, en nuestra sociedad se le adjudican al «rol de enfermo», comportamientos que pueden ser perjudiciales para la evolución del padecimiento (como son la pasividad, el consumo indiscriminado de fármacos, la evitación de actividad, etc.) pero que son considerados «normales» por la población.

Por ello, la indicación de que el paciente debe ser valorado por el psicólogo asume para el enfermo y su familia connotaciones ambiguas y amenazadoras que ellos pueden no estar preparados para afrontar. Este carácter «amenazante» de la visita al psicólogo subyace en las ciencias predominantes socialmente acerca de la «enfermedad física» frente a la «enfermedad mental» que restan legitimidad e importancia a los síntomas y quejas del enfermo si existe sospecha de estar psíquicamente determinados.

Por tanto, entre el momento en que el sujeto es remitido a la Consulta de Psicología, y el momento en que es valorado por el psicólogo, existe un proceso de toma de decisión acerca de si va a aceptar o no la valoración psicológica y que determina en gran medida la actitud que el paciente tendrá ante esta valoración y la información que está dispuesto a suministrar; la imagen que pretenderá ofrecerle al terapeuta y la disposición a aceptar los tratamientos psicológicos.

## DOSSIER

*Otro importante problema práctico es el que se deriva de la actual organización de los servicios de salud y del estatus de los psicólogos en los centros de salud.*

En nuestro medio (y me refiero a los países «occidentales» y no solo a Cuba), tanto entre el personal de salud como en la población, prevalece aún el modelo médico tradicional y el dualismo mente-cuerpo.

De esta ideología sobre la enfermedad no estamos exentos ni aún los propios psicólogos y ello matiza el reconocimiento y las representaciones sociales que existen acerca del trabajo del psicólogo lo que determina ambigüedad y confusión con respecto al papel que este juega en el equipo multidisciplinario. Salvo contadas excepciones, el psicólogo es visto como un profesional de «segunda clase».

Amén de los problemas profesionales que se derivan de esta situación, este rol de «paramédico» tiene graves repercusiones en la organización de los servicios psicológicos, limitando los aportes que la Psicología puede hacer.

En otras palabras, la intervención psicológica se considera prescindible y secundaria y no todos los pacientes se benefician de ella.

Por otra parte, aunque los factores psicológicos intervienen en el curso de todas las enfermedades, es necesario definir la naturaleza y la complejidad de las intervenciones psicológicas que se requieren para los distintos pacientes, en las diferentes enfermedades y en diversos momentos o estadios de su evolución.

De hecho, la intervención psicológica no es exclusivamente una tarea de los psicólogos. El resto de los miembros del equipo de salud también ejecutan este tipo de intervenciones, de forma premeditada o involuntaria, para bien o para mal.

*Un tercer problema práctico es el problema del «locus de la intervención».*

Al ampliarse el espectro de acciones del psicólogo con su introducción en la problemática de las enfermedades crónicas, se modificó también el «locus» habitual de trabajo: la consulta.

En los hospitales, el psicólogo tiene que trabajar en las Salas, con el enfermo hospitalizado y adaptarse a la disciplina y la dinámica particular del trabajo en estas instituciones.

El ambiente hospitalario es particularmente estresante ya que posee códigos y valores sui generis. La vida, el sufrimiento, el dolor y la muerte son asumidos de manera diferente a la habitual en la vida cotidiana; se rige por estructuras jerárquicas rígidas y sólidamente establecidas con el devenir del tiempo y por normas (explícitas e implícitas) que afectan profundamente al rol del psicólogo pues implican una reconversión de aquellos códigos de comportamiento que se consideraban válidos para el trabajo con el enfermo en el marco de la consulta privada de Psicología; (piénsese si no en los países de visita en que los se ventilan públicamente las intimidades del sujeto, o la despersonalización del enfermo que se convierte en la «cama 2»).

En este marco institucional, las intervenciones psicológicas deberán integrarse a la dinámica de la organización del trabajo y a las normas de disciplina propias del medio, por lo que es una variable que influye de manera no pequeña en la selección de los procedimientos a ejecutar.

*Otro de los problemas de mayor relevancia para la intervención psicológica quizás sea el tema de la selección de los contenidos y procedimientos de intervención.*

La práctica de la psicología ha demostrado que es posible que un mismo problema de salud sea conceptualizado (y por ende, medido) desde enfoques

contradictorios, sin existir necesariamente un error de conceptualización.

Lezinger (1981) en una investigación realizada con psiquiatras y con psicoterapeutas de orientación psicoanalítica, examinó la manera en que se forman las decisiones terapéuticas y plantea: «lo más impresionante de los registros de pensamiento examinados es, con toda certeza, su pluralidad y variabilidad, lo que nos indica la complejidad del elemento cognitivo a la hora de tomar una determinación terapéutica» (p.120).

Schulte (1985) nos dice «en cierto modo, las dificultades del paciente son replanteadas por el terapeuta, y las tareas que ve se convierten en tareas para su propio tratamiento. En último término podemos decir: a partir de los trastornos de paciente se plantean los terapeutas cuestiones, tareas y problemas» (p.213).

Terapeutas de distinta orientación ven en los mismos pacientes distintos problemas y tareas. Es más, la propia experiencia vital del terapeuta (que conforma también su ideología sobre la salud y la enfermedad, lo normal y lo anormal, etc.) también influye para que en diferentes momentos conceptualice de forma distinta el mismo problema.

En muchas ocasiones, la tecnología de la que disponemos para evaluar es la que determina la manera en que conceptualizamos los problemas y no, viceversa, como sería más lógico esperar.

Queremos pues resaltar el hecho, a menudo olvidado, de que el contexto en que se realiza la evaluación y las posibilidades de intervención práctica, también determinan la forma en que se conceptualizarán los trastornos o quejas del paciente.

En la práctica, la selección de contenidos y los procedimientos de intervención dependerá además de las creencias y expectativas de todos los sujetos

implicados en el proceso de intervención psicológica: la población, el personal de salud y los propios psicólogos y psicometristas.

Otro factor que mediatiza este proceso son las creencias sobre salud y enfermedad, así como las expectativas con respecto a las posibilidades de la Psicología, presentes en los administradores o proveedores de salud (¿a cuantos de nosotros no nos han enviado casos para «relajación»?).

Por último, la calificación pre y postgraduada del psicólogo, sus habilidades con uno u otro procedimiento, la confianza en sus recursos y técnicas, son variables decisiva en la selección de las técnicas de tratamiento.

*De esta forma, la validez clínica y social de las metas de tratamiento no puede predeterminarse en abstracto. Se trata de establecer para que problema, de que paciente, en que momento, en que contexto y con cual terapeuta.*

Tarea presente y futura de la Psicología de la Salud, es el ir creando su propio aparato conceptual. Es posible que en el futuro se puedan proponer conceptos que permitan su clasificación en función de parámetros relevantes a la intervención psicológica, como el grado y tipo de incapacidad residual, las demandas que exige en cuanto a modificaciones de estilo de vida, la inminencia de la amenaza (percibida o no) a la supervivencia, la presencia de dolor, etc.

Le corresponde a la Psicología la tarea de establecer los parámetros para la elaboración de un concepto sobre la salud y la enfermedad que permita fijar nuestras metas de acción, y así contribuir a que los sistemas de cuidados de la salud lleguen definiciones más precisas y útiles sobre estos conceptos.

La Psicología científica esta naciendo en un parto doloroso y traumático. La complejidad derivada de ser sujetos y objetos de la investigación puede que

explique en parte el proceso de desarrollo de nuestra ciencia, marcado por las «guerras» entre escuelas y teorías.

En el campo de la psicoterapia, se tiende a contemplar las diferentes estrategias y procedimientos con los mismos derechos, considerándose que a través de la investigación empírica se deberán delimitar sus efectos y ámbitos de validez (Shultze, 1985, Basabe y otros, 1989, Frank, 1988).

Por lo tanto, al problema del eclecticismo y el pragmatismo en la práctica psicológica no se debe responder con la adhesión fanática a una u otra escuela o método.

Se trata de construir un aparato conceptual y tecnológico que responda las necesidades que demanda la práctica asistencial y que contribuya a desarrollo de la Psicología y de las Ciencias Médicas contemporáneas.

En su doble carácter de disciplina científica y profesión, la Psicología de la Salud deberá ser construída desde la práctica en los sistemas de salud, lo que no niega el valor que pudieran tener contribuciones provenientes del ámbito académico.

Los psicólogos que trabajamos en los Hospitales deberemos asumir esta oportunidad y estos retos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- Ardila, R. (1984): «El futuro de la Psicología». Ediciones Pedagógicas Latinoamericanas Ltda., Colombia.

2- Basabe, N; Celorio, M; De la Vía, R; Echebarría, L; Hormaza, M. y Paez, D. (1989): «Perspectivas psicosociales de las emociones, Salud Mental y Psicología y Psiquiatría Cínicas y Comunitarias». En A. Echebarría y D. Paez (Eds): «Emociones: Perspectivas Psicosociales», p.9-39. Editorial Fundamentos, Madrid.

3- Engel, G.L. (1977): «The need for a new medical model: a challenge for

biomedicine». Science, 196 (4286), p.129-136.

4- Frank, J.D. (1985): «Elementos terapéuticos compartidos por todas la Psicologías» en M. Mahoney y A. Freeman (Eds) «Cognición y Psicoterapia». Ediciones Paidós: Barcelona

5- Grau, J.A., Duque A.M. y Mas M. (1987): «Personalidad y enfermedad: un nuevo enfoque en la investigación de distintos enfermos» en «La atención psicológica en los Hospitales Clínico Quirúrgicos: Apuntes de un Taller PreCongreso». Edit. por Palacio de Convenciones, Ciudad de la Habana.

6- Herek, G.M. (1990): «Illness, stigma and AIDS». en P.T.Costa y G.R. VandenBos (Eds): «Psychological aspects of serious illness: chronic conditions, fatal diseases and clinical care». American Psychological Association, Washington D.C., p.103-137.

7- Lezinger, M. (1981): «Kognitive prozesse bei der indikationsstellung». en U.Baumann (Ed.): «Indikation zur Psychotheraphie» Urban & Schwarzenberg, Munich., p.10-121.

8- «Psicología de la Salud'2000: Programa de Desarrollo» MINSAP, 1987.

9- Ribes, E. (1990): «Psicología y Salud: un análisis conceptual». Editorial Martínez Roca, Barcelona.

10- Rosenberg, C.B. (1987): «The cholera years: The United States in 1823, 1849 and 1866.» (2ª. edición). University of Chicago Press, Chicago.

11- Schulte, D. (1985): «Indicación de métodos terapeuticos: Problemas en la práctica clínica y en la investigación». Revista de Evaluación Psicológica, (1), 1- 2, p.267 - 281.

12- Taylor S.E, Aspinwall L. G. (1990): «Psychosocial aspects of chroni illness» en P.T. Costa y G. R.Vanden Bos (eds). «Psychological aspects of serious illness: chronic conditions, fatal diseases and clinical care». Washington; American Psychological Association. Master Lectures, p.3 - 60.