

## **Intervenciones de psicólogos en la salud pública de Brasil, España y Portugal**

Railda Fernandes Alves<sup>1</sup>, Sylvia A. Jiménez-Brobeil<sup>2</sup>, Maria do Carmo Eulálio<sup>3</sup>, Danyelle Almeida de Andrade<sup>4</sup>, Elizabeth Cristina do Nascimento Cunha<sup>5</sup> y Patrick Ramon Araújo Ferreira<sup>6</sup>  
*Universidade Estadual da Paraíba<sup>1,3,5,6</sup>, Brasil; Universidad de Granada<sup>2</sup>, España y Universidade Federal de Pernambuco<sup>4</sup>, Brasil*

---

El presente artículo expone los resultados de una investigación hecha en Brasil, España y Portugal. Los objetivos fueron conocer los discursos de psicólogos respecto a su práctica en los servicios de salud pública de atención primaria, secundaria y terciaria. Es un estudio de campo, comparativo, con estrategia descriptiva. La metodología incluyó un cuestionario y una entrevista abierta. Participaron en el estudio 107 sujetos. Los resultados expresan que la muestra de Brasil presentó más dificultad para ubicarse y distinguir las especificidades

<sup>1</sup> Doctora en Antropología de la Salud por la Universidad de Granada y profesora del Departamento de Psicología y del Programa de Posgrado en Psicología de la Salud de la Universidade Estadual da Paraíba. Dirección postal: Rua Rodrigues Alves, 350. Prata. Cep: 58400-550. Campina Grande, PB. Brasil. Contacto: railda@uepb.edu.br

<sup>2</sup> Doctora en Biología y profesora titular de la Universidad de Granada. Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Antropología Física. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Dirección postal: Rua Rodrigues Alves, 350. Prata. Cep: 58400-550. Campina Grande, PB. Brasil. Contacto: cjangarcia@ugr.es

<sup>3</sup> Doctora en Psicopatología Clínica por la Université Paul Valéryere – Francia y profesora del Departamento de Psicología y del Programa de Posgrado en Psicología de la Salud – Universidade Estadual da Paraíba. Dirección postal: Rua Rodrigues Alves, 350. Prata. Cep: 58400-550. Campina Grande, PB. Brasil. Contacto: carmitaeulalio@terra.com.br

<sup>4</sup> Doctora en Psicología Social por la Universidade Federal de Pernambuco. Dirección postal: Rua Rodrigues Alves, 350. Prata. Cep: 58400-550. Campina Grande, PB. Brasil. Contacto: danyelle.almeida@gmail.com

<sup>5</sup> Psicóloga del Centro de Referência de Assistência Social de Remígio, Paraíba, Brasil. Dirección postal: Rua Rodrigues Alves, 350. Prata. Cep: 58400-550. Campina Grande, PB. Brasil. Contacto: elizabethcristina\_nc@hotmail.com

<sup>6</sup> Psicólogo por la Universidade Estadual da Paraíba. Dirección postal: Rua Rodrigues Alves, 350. Prata. Cep: 58400-550. Campina Grande, PB. Brasil. Contacto: patrick\_raimond@hotmail.com

de sus intervenciones en los niveles primario, secundario y terciario de salud. Los españoles definieron mejor las intervenciones de salud primaria. Los portugueses demostraron una mediana dificultad en la identificación del nivel de pertenencia de sus prácticas. Palabras clave: psicólogos; sanidad pública; atención primaria de salud; psicología de la salud.

#### **Public health interventions conducted by psychologists in Brazil, Spain and Portugal**

This article presents the results of a survey conducted in Brazil, Spain and Portugal. The objectives were to explore the discourses of psychologists about their practices in public health services in primary, secondary and tertiary care. A comparative and descriptive field study was employed. One hundred seven participants filled out a questionnaire and were interviewed. The results indicate that the Brazil samples had more difficulty to situate and distinguish the specifics of their interventions at primary, secondary and tertiary health care levels. The Spaniards defined primary health interventions better while the Portuguese showed moderate difficulty in identifying the level of relevance of their practices.

Key words: Psychologists; public health; primary health care; health psychology.

#### **Intervenções do psicólogo na saúde pública no Brasil, Espanha e Portugal**

Este artigo expõe os resultados de uma investigação feita no Brasil, Espanha e Portugal. Os objetivos foram conhecer os discursos de psicólogos sobre suas práticas nos serviços de saúde pública nos níveis de atenção primária, secundária e terciária. Foi um estudo de campo, comparativo, com estratégia descritiva. A metodologia incluiu um questionário e uma entrevista aberta. Participaram do estudo 107 sujeitos. Os resultados expressam que a amostra do Brasil foi a que apresentou maior dificuldade para situar-se e distinguir as especificidades de suas intervenções nos níveis primário, secundário e terciário de saúde. Os espanhóis definiram com clareza as intervenções de saúde primária. Os portugueses demonstraram uma dificuldade mediana na identificação de suas práticas em relação ao nível de pertinência.

Palavras chave: psicólogos; saúde pública; atenção primária de saúde; psicologia da saúde.

---

Este artículo está centrado en exponer los resultados de una investigación hecha en Brasil, España y Portugal con psicólogos que trabajan en la sanidad pública, en servicios de salud de atención primaria, secundaria y terciaria. Los objetivos fueron conocer los discursos de psicólogos respecto a su práctica en los servicios de salud pública de atención primaria (APS<sup>7</sup>), secundaria (ASS) y terciaria (ATS); verificar si hay compatibilidad entre la práctica en sus niveles de atención y conocer el grado de familiaridad de los psicólogos con las prácticas de APS. La justificación de este estudio se basa en las observaciones sobre las dificultades de los psicólogos en incorporarse al sistema de salud público considerando que sus intervenciones son distintas y tienen características específicas para cada nivel de atención. Es decir, sobre el problema de salir de un modelo clínico tradicional fundamentado en la psicoterapia y en el psicodiagnóstico, con una aplicación más específica en el campo de la salud mental, para ampliar su práctica a todos los niveles de atención de salud.

La psicología, en su intervención en el campo de la salud, ha estado históricamente anclada al modelo clínico. Es decir, una psicología especializada, basada en la psicoterapia y, como tal, volcada a la atención secundaria de la salud. La tradición clínica de la psicología es una herencia del modelo médico hospitalario, el cual es centrado en el médico, privilegia la clínica especializada, el diagnóstico y la psicoterapia, y guió, durante mucho tiempo, la formación de psicólogos reforzándoles un perfil clínico (profesionales de segundo nivel de atención). Los últimos avances y reformas observados en el campo tanto conceptual como práctico de la salud generaron demandas de actuación de los psicólogos en sectores en los que no había la tradición de su práctica, como en la atención primaria y terciaria. Tal hecho exigió del

<sup>7</sup> Los términos atención primaria de salud (APS), atención secundaria de salud (ASS) y atención terciaria de salud (ATS), de aquí en adelante serán identificados por sus siglas.

psicólogo una ampliación conceptual del proceso salud/enfermedad, la comprensión de los temas de salud pública, el desarrollo del trabajo en equipo interdisciplinar y, sobre todo, el abordaje del individuo en un contexto menos individual y más colectivo.

En la realidad brasileña, principalmente, la incorporación de los psicólogos al campo de atención primaria de salud merece ser señalada, porque es donde se aprecian los mayores problemas a la hora de intervenir, ya que el cambio que se exige al profesional es importante, pues, en general, este profesional no obtuvo una formación académica que le suministrara soporte teórico y técnico adecuado a la atención primaria. A pesar de ello, la incorporación del psicólogo a todos los sectores de salud siguió adelante y en la actualidad, a nivel mundial, hay demanda de psicólogos no solamente en los sistemas oficiales de salud de la mayoría de los países, sino también en la red de asistencia social. Este contexto pone al descubierto una discontinuidad entre las demandas sociales de la práctica de los psicólogos y la formación académica que no marchan al mismo ritmo.

La inclusión de los psicólogos en la APS está relacionada con algunos hechos importantes:

- la evolución del concepto de salud-enfermedad-vida-muerte (Alves, 2008), que toma el factor psicológico como un elemento importante del proceso salud-enfermedad, no solamente en el plano mental sino también en el de salud en general;
- los conceptos de promoción de salud, prevención de enfermedades y educación para la salud, originarios de la psicología de la salud, pasan a ser incorporados al trabajo del psicólogo;
- las reformas llevadas a cabo en varios países en sus planes de salud pasan a invertir en la APS como instrumento capaz de resolver gran parte de los problemas de salud incluso los mentales, mediante la prevención de enfermedades y la promoción de la salud;
- la implantación de la reforma psiquiátrica en varios países, que implicó la desinstitucionalización de los pacientes

psiquiátricos, la implantación de asistencias sustitutivas y el cierre de los hospitales psiquiátricos (Brasil, 1987; Brasil, 1992; Brasil, 2001; Medeiros & Guimarães, 2002).

Este contexto despertó una discusión sobre los marcos de formación teóricos y prácticos de estos profesionales, ya que se tornó evidente que el modelo clínico especializado no respondía a las demandas de los otros niveles de atención de salud, tampoco otros servicios donde podía actuar el psicólogo. Todo esto lleva asociada la crítica sobre la formación académica de estos profesionales que todavía se sustenta sobre enfoques teóricos clínicos tradicionales (Spink, 2003). Una posibilidad para contrarrestar el problema de la formación es incluir el abordaje de la psicología de la salud en los currículos, ya que esta es la disciplina que trata de las intervenciones en todos los niveles de atención de salud, tiene como foco la prevención de enfermedad y la promoción de la salud y entiende la salud de modo integral más allá de la dicotomía entre lo físico y lo mental (Alves, 2008; Alves, Eulálio & Brobeil, 2009).

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

Desde el año 1990 se registran en Brasil críticas a la formación académica de los psicólogos. La crítica va dirigida a su carácter conservador de las tradiciones clínicas de la psicología y al desprestigio de las prácticas de salud pública/comunitaria (Alves, Silva & Santos 2003; Boarine, 1996; Lovelle, 2003; Peter Spink, 1992; Silva, 1992; Spink, 1992; Yamamoto & Cunha, 1998). Los críticos afirman que la formación no sigue la lógica de la demanda de trabajo en la salud pública/comunitaria y tiende a aplicar las intervenciones de la Psicología clínica, entendida en un contexto limitado a la psicoterapia y al diagnóstico, como adecuadas a todos los niveles de salud. Así que se asocian una falta de habilidad de las instituciones formadoras para afrontar las exigencias del sector de la sanidad pública y la preocupación con la necesidad de ampliar la formación profesional del psicólogo hacia las asistencias de los otros niveles de atención de salud.

En esta línea de pensamiento, Spink (1992) constata la inauguración en Brasil de un discurso sobre la psicología de la salud, inserto en los cambios ocurridos en las formas de intervención de los psicólogos y en la apertura de nuevos campos de actuación que vienen transformando las intervenciones por la introducción de nuevas perspectivas teóricas. A pesar de ese avance, la autora afirma que la psicología entra dentro de las profesiones consideradas de salud desde el punto de vista técnico, derivado del modelo clínico, sin haberse hecho aún los cuestionamientos necesarios sobre la transformación de las técnicas de una esfera a la otra. Silva (1992) critica los programas de formación profesional de varias categorías y afirma que el caso de la psicología es más serio debido al hecho de que las enseñanzas regladas se encaminan al ejercicio autónomo de la profesión, priorizando un único modelo de asistencia, el individual.

Spink (1992), observando la formación académica de esos profesionales, afirma que las bases existentes para el desarrollo de un marco teórico adecuado a la psicología de la salud se enfrentan con algunos problemas: el predominio del modelo psicodinámico en la enseñanza de grado de la psicología, donde se da mayor énfasis al aspecto clínico; la total ausencia de las temáticas relacionadas con la salud pública/comunitaria; el predominio del enfoque del sujeto tratado como ser abstracto y a-histórico, desvinculado de su contexto social; la hegemonía del modelo médico en la definición del objeto de investigación y la ausencia de paradigmas psicológicos para el estudio del proceso salud-enfermedad. A pesar de los problemas de formación en la licenciatura las iniciativas para ofrecer nuevos cursos en psicología de la salud son insuficientes. Y en nivel de posgrado, en la actualidad, se aprecia en Brasil dos másteres oficiales (uno en São Paulo y otro en Paraíba) y algunos cursos de especialización.

### ***La enseñanza de la psicología (clínica) de la salud en España***

De acuerdo con Rodríguez-Marín (1999) la enseñanza de la psicología de la salud al nivel de la licenciatura, no ha logrado estar en los departamentos universitarios españoles. Los cursos de psicología de la

salud, además de la licenciatura, están repartidos entre los niveles de grado y de posgrado. En nivel de posgrado existen másteres que pueden durar uno o dos años. Existen también unos cursos máster que, a pesar de no llevar la denominación específica de Psicología de la salud, poseen contenidos bien coincidentes. Hay también cursos de especialización. Algunas universidades ofrecen programas de doctorado en Psicología de la salud, pero hay que resaltar que la característica básica de estos cursos es formar investigadores y no psicólogos para que actúen en el campo de la salud pública, ya que la competencia para la formación práctica de los profesionales queda restringida a la licenciatura. Así que, al igual que en Brasil, esta área está algo desfavorecida a nivel de formación profesional. Aunque incipiente y carente de más incentivos, el desarrollo de la psicología de la salud en España está creciendo. Tal crecimiento se debe a la aplicación progresiva de la Ley General de la Sanidad (LGS, 1986), por su énfasis en la salud pública, en la promoción de la salud y en la educación sanitaria y al trabajo de investigación realizado en los departamentos universitarios.

El reciente crecimiento se confronta una vez más con el problema de la formación académica. De acuerdo con informaciones del Colegio Oficial de psicólogos (Álvarez, 2006), la licenciatura en Psicología forma profesionales polivalentes. Así que, si la formación es polivalente, los profesionales pueden trabajar en cualquier sector de la psicología, incluida la sanidad pública. El surgimiento de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) reglamentó que solo los psicólogos clínicos son profesionales sanitarios. El argumento que sostiene la Ley es que la licenciatura en Psicología es polivalente pero, sin embargo, la preparación para la actuación en la sanidad mediante las actividades clínicas, no se brinda en la formación. La Ley apunta la obligatoriedad de hacer una especialización de tres años, en régimen de residencia, en un programa denominado Psicólogos Internos Residentes (PIR), para los que quieran convertirse en psicólogos clínicos.

Este contexto asocia por un lado: la formación profesional polivalente que estimula la inserción de todos los psicólogos en la sanidad pública y, por otro, la LOPS, que restringe la entrada a los clínicos,

porque afirma que solo los psicólogos clínicos son profesionales sanitarios. Ello generó una crisis en el seno de la comunidad psicológica protagonizada por los psicólogos clínicos o no, estudiantes de psicología, Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes (ANPIR) y Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. El debate que moviliza la crisis reúne por un lado las opiniones de los estudiantes y psicólogos no clínicos bajo la reivindicación de un cambio en la LOPS para garantizar que todos los psicólogos sean considerados clínicos, ya que su labor está directamente ligada a la salud. Del otro lado, están los psicólogos clínicos y la ANPIR que defienden la LOPS en su forma original. Y sostienen que en la sanidad solo podrán estar los clínicos, ya que la psicología es una disciplina amplia y se dedica a innumerables temas no necesariamente relacionados con la sanidad. La residencia es lo que les podrá hacer aptos para la labor en la sanidad.

### ***La enseñanza de la psicología (clínica) de la salud en Portugal***

En Portugal los psicólogos que actúan en el Sistema Nacional de Saúde (SNS) son denominados como “psicólogos clínicos”. La ley que orienta tales funciones considera que la acción del psicólogo se extiende más allá del dominio de la salud mental y de las enfermedades mentales. O sea, esta ley, de acuerdo con Ribeiro (2007), es consonante con la perspectiva de la psicología clínica de la salud. La psicología de la salud es un campo vasto y requiere subespecializaciones con lo que se vuelve difícil el dominio de toda la diversidad de intervenciones. Frente a esa dificultad, en Portugal se consensuó que la formación básica debía ser genérica y la subespecialización debería ser realizada tras el término de la licenciatura. En cuanto a la carrera de psicólogos en el contexto del SNS, hasta el comienzo de los años noventa, no existía a nivel de la legislación portuguesa la figura del psicólogo clínico, aunque los psicólogos estuvieran ahí desde mucho antes. Sin embargo, eran considerados técnicos superiores, sin especialidad funcional. Fue en 1994 a través del Decreto-Lei 241/94, que los profesionales pasaron a ser considerados técnicos superiores de salud. El decreto define las funciones, la formación y la progresión de la carrera y propone una



formación universitaria consonante con la psicología de la salud de la corriente portuguesa.

La carrera del psicólogo en el campo de la salud exige unas prácticas de tres años, tras el término de la licenciatura (Decreto Lei 241/94; Portaria 1109/95). Para acceder a ellas hay que aprobar una oposición. Tales prácticas deberán llevarse a cabo en servicios de salud general y no solamente en servicios de salud mental. Por lo tanto, en Portugal los estudios se presentan mejor ajustados a las necesidades de la formación.

## **Método**

Es un estudio científico, antropológico comparativo, de campo, en el cual fueron analizadas tres muestras: en la ciudad de Campina Grande - Brasil, en la provincia de Granada - España y en el Conselho de Coimbra - Portugal. El estudio siguió la estrategia descriptiva (Ato, López & Benavente, 2013) ya que la característica de la investigación es la definición y categorización de eventos, donde la formulación de hipótesis no es esencial.

### ***Participantes***

La muestra estudiada atiende al criterio de representatividad (Kisk, 1987) ya que el corpus investigado está formado por todos los psicólogos de las ciudades y países escogidos. Participaron en el estudio 107 sujetos:  $n= 51$  en Brasil,  $n= 23$  en España, y  $n=33$  en Portugal.

### ***Medidas***

La metodología del trabajo incluyó un cuestionario mixto con cuestiones cerradas y abiertas (Martín Arribas, 2004) y una entrevista abierta (De La Cruz, 2002). Atendiendo a la cualidad de ser mixto (Jiménez, Sánchez & Aguilar, 2006), el cuestionario fue diseñado a partir de veintiséis (26) cuestiones de las cuales diecinueve (19) son cerradas y siete (7) son abiertas. Desarrollamos un solo cuestionario para las tres muestras: para Brasil y Portugal, una versión en portugués,

y para España, la versión fue traducida al castellano. Realizamos una prueba piloto en los tres países para chequear las idiosincrasias idiomáticas y terminológicas.

## **Resultados**

### ***Parámetros sociodemográficos de las muestras***

En los tres países investigados los psicólogos ( $n=107$ ) que están en la sanidad pública son mayoritariamente mujeres (83.17%) y es en Brasil donde figura la mayor tasa: 96,1%. La edad media es de 42,31 años y el colectivo de menor media de edad: 39.23 años es el brasileño. El estado civil predominante es casada/o (49.53%). En España es donde figura el mayor colectivo de casadas/os (69.6%). Sin embargo, se encuentran en Portugal las mayores tasas de viudas/os (28.1%), solteras/os (28.1%) y separadas/os (18.8%). Mediante aplicación del test de Chi-Cuadrado ( $X^2= 24,495$ ;  $p= 0.0004$ ) verificamos que en Portugal hay menos casados y muchos más viudos de lo que era de esperar (hay 9 viudos frente a 1 y 0 respectivamente en Brasil y España).

Respecto a la formación de Posgrado, cruzamos las informaciones entre las tres muestras. El resultado del test Chi-Cuadrado es significativo ( $p= 0,018$ ) concluyendo que los psicólogos de Brasil son los que más han realizado este tipo de cursos (82.4%), seguidos de los de Portugal (69.7%) y España (50.0%), donde la realización de un posgrado está por debajo de lo esperado. Sobre el área en la cual se realizó la formación hemos visto que Portugal presentó una mayor concentración de cursos en psicología (91.3%), seguido por España (81.8%), y por último Brasil (68.3%), aunque el resultado del test no llega a ser significativo ( $p = 0.10$ ).

Lo bueno de esta alta frecuencia de profesionales interesados en la adquisición de nuevos conocimientos es que puede indicar una preocupación por el avance hacia nuevos aportes teóricos y técnicos de la psicología. Lo malo está en que los cursos realizados están concentrados en el área de la psicología clínica, sobre todo en las muestras de Portugal

y España. En Brasil hemos encontrado entre los más jóvenes, tanto en términos de edad como de tiempo en el servicio, más preocupación por la realización de cursos en el área de la salud pública/comunitaria, lo que esperamos se refleje, en un futuro cercano, en unas acciones más apropiadas al servicio de salud pública/comunitaria.

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

Esta categoría, a diferencia de las demás, será discutida en distintos apartados. Por la razón de que no hay psicólogos en APS en la Provincia de Granada hicimos una pregunta distinta para estos: ¿Considera usted que las actividades desarrolladas en su labor son propias del trabajo del psicólogo en la sanidad pública? A los demás, aunque supiéramos que estos se repartían por los tres niveles de atención, les preguntamos si existía compatibilidad entre su labor y las acciones propias del psicólogo en el primer nivel de asistencia. La pregunta debería ser contestada primero con SÍ o NO, y en seguida, se les pedía una justificación. Así, esperábamos que los que no actuasen en el primer nivel dijeran que NO, que su trabajo es incompatible con el referido nivel. De igual manera, esperábamos que los actuantes en el primer nivel dijeran SÍ y también lo justificasen.

### ***Propiedad de las acciones de los psicólogos en la salud pública: la situación en la provincia de Granada***

Los resultados muestran que no hay dificultades en la identificación de las actividades desarrolladas en su nivel. Todos los psicólogos han contestado que sí, que sus intervenciones son propias y pertinentes al rol de actividades del sistema sanitario, precisamente en los niveles secundario y terciario de la salud. La forma como las han definido ha demostrado un conocimiento a priori de sus actividades y la coherencia con lo previsto en el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003 – 2007 (PISMA) (Servicio Andaluz de Salud Mental, 2003).

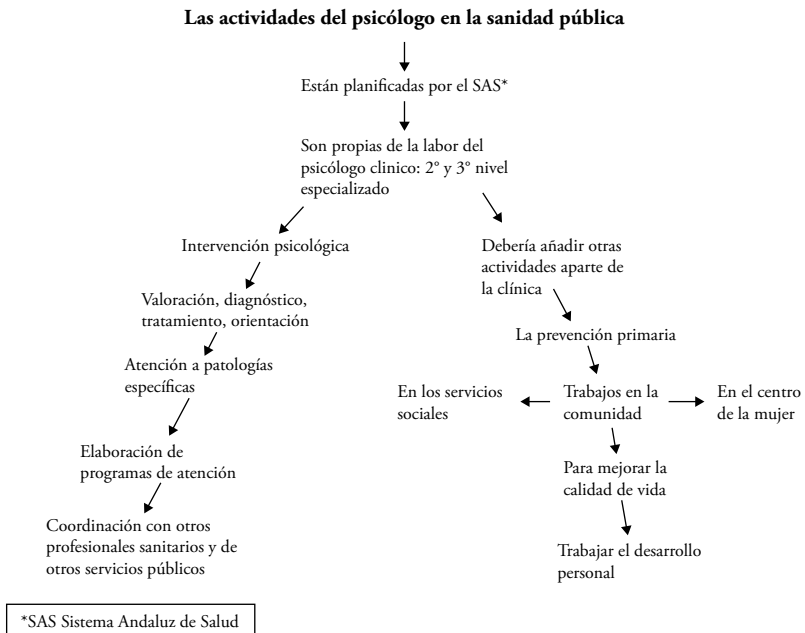
El árbol 1 (Figura 1) atestigua, por un lado (fijense en la rama izquierda del árbol), un discurso muy técnico y anclado a lo que orienta el PISMA. Por otro lado (fijense en el lado derecho del árbol), un discurso dirigido a unas reivindicaciones hacia la inclusión de otras actividades en su rol de asistencias. También, proponen incluir las asistencias psicológicas en el primer nivel de atención de salud. Una vez que en Andalucía todavía no existen psicólogos en este nivel, ellos demostraron una preocupación por el trabajo realizado en la comunidad y apuntaron intervenciones dirigidas hacia al desarrollo personal y mejora de la calidad de vida como ejemplos de actividades que se deberían incorporar al rol de los psicólogos en la sanidad pública.

Desde lo que está propuesto en el PISMA, la acción del psicólogo en el Sistema Andaluz de Salud (SAS) está estrechamente ligada al cuidado de la salud mental. Dado que no hay psicólogos en APS, el Plan sugiere que en la prevención de la enfermedad mental deberá haber una implicación y cooperación directa de las acciones primarias de salud con las intervenciones de los demás profesionales que actúan en los otros niveles de atención. En definitiva, el Plan no prevé la presencia de los psicólogos en APS. Pero, los psicólogos entrevistados han dejado claro que piensan que las asistencias psicológicas deben componer el cuadro de salud mental desde el primer nivel de atención de salud, apuntando hacia la creación de plazas para psicólogos en APS (Figura 1).

### ***Compatibilidad de las acciones realizadas por los psicólogos que trabajan en la APS en Brasil y Portugal, con la APS***

Podemos inferir a partir de la Tabla 1 que a varios profesionales les falta seguridad para identificar su práctica a nivel de APS. Los profesionales fueron preguntados sobre si lo que hacían en aquel momento era compatible con lo que debería ser hecho en APS. La mayor parte de las respuestas fue afirmativa. La referida tabla ilustra nueve (9) respuestas, cuyos profesionales afirmaron trabajar de acuerdo con lo que se pide en APS, frente a siete (7) entrevistados que afirmaron lo contrario.

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



**Figura 1.** Árbol de asociación de sentidos 1 – Provincia de Granada.

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

Entre los que respondieron que su trabajo no es compatible con la APS, siete (7) respuestas también aportaron confusión. Las cuatro (4) respuestas que justifican la incompatibilidad del trabajo por falta de condiciones son, desde nuestro punto de vista, propias de ASS, y no de APS, de tal modo que indican poca comprensión de que el trabajo sea adecuado para APS.

**Tabla 1**

*Compatibilidad entre las intervenciones desarrolladas por psicólogos en la APS – Brasil y Portugal*

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

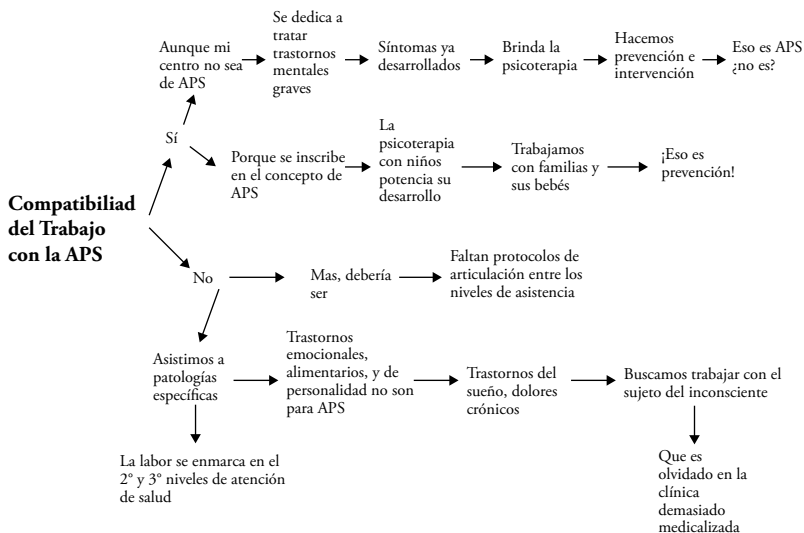
En las otras tres (3) respuestas se verifica el reconocimiento de la inadecuación de su práctica pero muestran la dificultad en cambiar las propias prácticas a otras más apropiadas del otro nivel. De modo general, la tabla refleja la fluctuación de ideas sobre lo que es la propia intervención, que podemos inferir como algo poco maduro e inacabado.

### ***Compatibilidad de las acciones realizadas por los psicólogos de los niveles especializados de atención de salud (2º y 3º), con la APS, en Brasil y Portugal***

A esta pregunta todos los componentes de las dos muestras deberían haber contestado NO. Pero la respuesta de la mayoría fue SÍ (Sí = 38 contra No = 16). De hecho, las actividades descritas para el NO están divididas en dos vertientes: en la primera (árbol 2, Figura 2) los sujetos dijeron que sus actividades deberían pertenecer al primer nivel de atención. En la segunda, la descripción hecha es compatible con las asistencias especializadas cuyo objetivo es tratar los problemas de salud mental específicos. En cuanto al SÍ, representado por la gran mayoría, también hubo dos vertientes de respuestas. En la primera están los que respondieron que su centro no es de atención primaria, sin embargo, describieron sus actividades como si perteneciesen a APS. De hecho, para nosotros, está claro que son actividades de segundo nivel de asistencia.

La segunda vertiente, resume el discurso de los que creen que su labor se inscribe en APS porque brindan la psicoterapia a los niños en edad temprana y a las familias. Demuestran que esto es prevención y si es prevención, es APS. En Campina Grande, por ejemplo, observamos que el Centro de Asistencia Psicosocial Infantil (CAPSi) tiene sus actividades volcadas a la intervención precoz (Arruda, 2007). Esta reúne unos programas que son llevados a cabo en las escuelas de enseñanza primaria, cuyo objetivo es preparar a los maestros y otros profesionales de educación infantil para identificar precozmente problemas ligados a la salud mental, antes de que se desarrollen como una enfermedad. En definitiva, si la mayor parte de los sujetos han dicho SÍ, es probable que sea porque no consiguen pensar en una psicología que asista a todos los niveles de atención de salud, ya que la tradición de su práctica ha sido la rehabilitación, quedándose la práctica de promoción de salud y prevención de enfermedades fuera de su foco de atención (Figura 2).

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



**Figura 2.** Árbol de Asociación de Sentidos 2 – Campina Grande y Coimbra

### **Actividades realizadas por los psicólogos de Brasil y Portugal en APS**

Se solicitó a los psicólogos que indicasen las actividades que realizan normalmente en su trabajo cotidiano. Para eso, les fue presentado un listado que contenía 23 actividades, compatibles con las diversas asistencias que puede realizar un psicólogo en los tres niveles de atención de salud. La lista no siguió ninguna orden jerárquica entre los niveles de atención. El objetivo fue chequear la seguridad de los psicólogos a la hora de elegir las tareas más específicas de su labor en APS. La Tabla 2 muestra que nueve (9) de las respuestas marcadas están disconformes con el nivel de actuación en APS. Ha sido justamente el grupo de las psicoterapias y del psicodiagnóstico el de las actividades más realizadas, demostrando la equivocación de los profesionales en cuanto a lo que es su labor a este nivel de asistencia.



**Tabla 2***Actividades realizadas por los psicólogos de Brasil y Portugal en APS*

CATEGORÍA	CASOS					
	Válidos		Perdidos		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Psicoterapia individual	<b>17</b>	<b>100</b>	0	0	17	100
Psicoterapia en grupo	<b>17</b>	<b>100</b>	0	0	17	100
Orientación de salud	17	100	0	0	17	100
Orientación a las familias	15	88.2	2	11.8	17	100
Orientación a los equipos profesionales	16	94.1	1	5.9	17	100
Planificación de programas	15	88.2	2	11.8	17	100
Psicodiagnóstico	<b>16</b>	<b>94.1</b>	1	5.9	17	100
Tests psicológicos	<b>16</b>	<b>94.1</b>	1	5.9	17	100
Relajación	<b>16</b>	<b>94.1</b>	1	5.9	17	100
Técnicas corporales	<b>16</b>	<b>94.1</b>	1	5.9	17	100
Psicoterapia breve	<b>17</b>	<b>100</b>	0	0	17	100
Observación	15	88.2	2	11.8	17	100
Grupos terapéuticos	<b>16</b>	<b>94.1</b>	1	5.9	17	100
Grupos educación para la salud	15	88.2	2	11.8	17	100
Orientación a mujeres embarazadas	16	94.1	1	5.9	17	100
Pareceres	<b>15</b>	<b>88.2</b>	2	11.8	17	100
Derivación a otros profesionales	17	100	0	0	17	100
Interconsultas	15	88.2	2	11.8	17	100
Integración con el equipo multiprofesional	16	94.1	1	5.9	17	100
Entrevistas primarias	15	88.2	2	11.8	17	100
Programa alcohólicos	16	94.1	1	5.9	17	100
Programa con drogadictos	16	94.1	1	5.9	17	100
Programa sobre sexualidad	16	94.1	1	5.9	17	100

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

### ***Los objetivos de la presencia de la psicología en APS***

Para dar visibilidad a los resultados de esta categoría y facilitar su discusión decidimos subdividirla y mostrarla a través de unos Mapas de Asociación de Ideas, basados en el trabajo de Spink y Frezza (1999). La pregunta “para usted, ¿cuál es el objetivo de la Psicología en la atención primaria de salud?”, fue presentada a todos los sujetos de la investigación independientemente del nivel de asistencia al que estaban vinculados.

Tal procedimiento tuvo como objetivo comprobar el nivel de conocimiento de los psicólogos en general, acerca de las prácticas en APS.

Elaboramos cuatro mapas en los cuales mostramos: en el **1** los discursos de psicólogos en APS de Brasil y de Portugal, porque hubo compatibilidad entre las respuestas de las dos muestras; en el **2** los discursos de psicólogos brasileños que trabajan en los niveles 2º y 3º de atención; en el **3** los discursos de los portugueses que actúan en los niveles 2º y 3º de atención; y, finalmente, en el **4** los de España.

### ***Objetivos de la psicología en APS, para los psicólogos de APS en Brasil y Portugal***

La Tabla 3, mapa **1**, muestra que los que trabajan en APS, aún tienen dificultades para comprender de modo amplio la filosofía del trabajo en este campo. La primera columna del mapa muestra los elementos que podemos asociar a APS, porque aparecen algunos términos e intenciones de hacer un acercamiento al tema, pero no logran comprender de modo amplio las características de la intervención en APS. Los profesionales se fijan más en la salud mental como asistencia propia de la APS, lo que parece mantener la antigua dicotomía entre lo mental y lo físico.

La segunda respuesta de la columna del medio 'objetivos ASS', intenta un acercamiento a los objetivos correctos, pero las referencias a la psicoterapia cambian todo el contexto de la respuesta apropiada. El mapa indica que hay dos referencias a la prevención como una intervención propia del profesional, pero no hay ninguna aclaración de cómo hacerlo. Desde nuestra perspectiva, la prevención no es exclusividad del primer nivel de atención, debe ser realizada en los tres niveles de asistencia de salud (Alves, Eulálio & Brobeil, 2009; Costa y López, 1986). No hubo ninguna referencia a la promoción de la salud como práctica adecuada y esencial al primer nivel, ni al conocimiento de los perfiles epidemiológicos de los colectivos sociales para la formulación de planes generales de intervención en el todo. En definitiva, no queda claro que la intervención a este nivel deba ser guiada por unas prácticas más amplias y basadas en el perfil de las comunidades asistidas.

**Tabla 3**

*Mapa de asociación de ideas 1: Objetivos de la psicología en la APS. Perspectiva de psicólogos actores en la APS – Brasil y Portugal*

Objetivos APS	Objetivos ASS	Respuestas imprecisas Y/O genéricas
<p>“Implementar la psicología como profesión accesible a todas las personas”</p> <p>“Derivar a sectores específicos”</p> <p>“Orientación a las familias de los usuarios”</p> <p>“trabajar la salud como un todo porque la persona no puede ser tratada en partes”</p> <p>“Prevenir”</p> <p>“Dar soporte técnico a los profesionales y contribuir a una mejor calidad de vida de los usuarios”</p> <p>“...es atender a las necesidades primarias respecto a salud mental, en una dimensión pública”</p> <p>“La psicología es el referente en la atención primaria ya que se dedica a salud mental de la población, actúa como un organizador psíquico del sector, en conjunto con el equipo de trabajo”</p> <p>“Promover mejor calidad de vida al paciente, derivarlo a otro servicio, disminuir su sufrimiento psíquico para mejorar su calidad de vida”</p>	<p>“Hacer grupos terapéuticos”</p> <p>“Ser responsable en coordinación con el ‘Programa de Saúde da Família’ (PSF), de la salud mental en su distrito, realizando orientación al equipo de salud, psicoterapia individual y en grupo, derivando los pacientes a los servicios especializados”</p> <p>“Atender el ser humano en todas las necesidades, ayudándole a buscar y encontrar nuevas perspectivas en su vida”</p>	<p>“Es un campo importantísimo para el área de salud”</p> <p>“Es necesario tener al profesional en el equipo para el apoyo psicológico cuando sea necesario”</p> <p>“¡Importantísimo! Será el hombre del futuro”</p> <p>“Brindar asistencia psicológica y social garantizando a los usuarios una mejor calidad de vida”</p> <p>“Llevar las informaciones del trabajo del psicólogo hasta las personas más pobres, para que tengan la oportunidad de “vislumbrar” unas mejoras en sus vidas”</p> <p>“Asistir a los casos de urgencias”</p>

### ***Objetivos de la psicología en APS, para los psicólogos de 2º y 3º nivel de atención de salud - Brasil***

Al empezar por la primera columna de la Tabla 4, mapa 2, vemos que los psicólogos conocen en términos generales los objetivos del trabajo que debe ser hecho en APS. Hacen un acercamiento a los objetivos y usan el vocabulario más cercano al de la APS. Sin embargo, no hubo referencias al principal aspecto que define la intervención del psicólogo en la APS, que es actuar en salud general desde una base programática hecha a partir del conocimiento del perfil epidemiológico de la comunidad (Alves, 2008). Los términos promoción y prevención son incorporados a su vocabulario, pero la perspectiva de la asistencia se vuelca más al individuo que al colectivo. Es decir, a los psicólogos les falta el entendimiento de que en APS la intervención debe ser orientada por los planes de promoción de salud y de prevención de enfermedades del colectivo. Todo ello orientado por el conocimiento previo y continuo del perfil epidemiológico del colectivo a ser asistido (Alves, 2008).

Esto se confirma en los discursos de la columna del medio, en que se muestra la tendencia a asistir a los usuarios de modo individual, a partir del enfoque en los trastornos mentales, y en la psicoterapia. Hay referencias a intervenciones de psicoterapias breves y grupales, como si los procedimientos breves y/o grupales representasen salir de la perspectiva subjetivista e individual. Tal orientación es algo positivo porque muestra una comprensión de que es necesario cambiar la asistencia, pero no es suficiente, ya que no alcanza una comprensión amplia de lo que sea la intervención en APS y tampoco se escapa del modelo tradicional de la psicoterapia.

En la tercera columna están los discursos genéricos y poco calificados. Se habla de hacer un trabajo interdisciplinario en coordinación con otros profesionales de salud, de prevención, pero, incluso el término prevención es usado de modo inadecuado ya que se habla de prevención de salud, cuando debería hablar de enfermedad.

De un modo general todas estas características reflejan la tradición de la psicología clínica, basada en la psicoterapia practicada en las consultas privadas. O sea, una intervención de segundo nivel, poco pensada y adaptada para la asistencia en los otros niveles de salud.

**Tabla 4**

*Mapa de asociación de ideas 2: Los objetivos de la psicología en la APS. Perspectiva de psicólogos actores en los niveles 2º y 3º de atención de salud – Brasil*

<b>Objetivos compatibles con APS</b>	<b>Objetivos compatibles con ASS</b>	<b>Descripciones genéricas</b>
<p>“trabajar con prevención y promoción de salud”  <b>“Es prevenir, intervenir, promover, o sea, el primer paso para el proceso como un todo”</b>                      “actuar en la prevención y/o intervención para ofrecer opciones de tratamiento para que no se limite exclusivamente a la terapia medicamentosa”  <b>“trabajar preventivamente; desarrollar acciones educativas en diversos temas (sexualidad, alcoholismo, familias), etc.”</b>                      “realizar actividades de orientación, prevención, derivación para otros servicios que componen la Red de atención de salud mental”  <b>“el objetivo de la Psicología, a priori, en la atención primaria es ser reconocida como ciencia, que puede alcanzar el social, hacer intervenciones en el social, hacer parte de la construcción de ese social, trabajos de prevención de apoyo...”</b>                      “trabajar con prevención, hacer un trabajo de información sobre drogas en las asociaciones de vecinos, en conjunto con los trabajadores sociales...”  <b>“el trabajo de la psicología es esencial, previniendo y tratando los problemas relacionados con la salud mental y física del paciente”</b></p>	<p>“es actuar con una nueva mirada a la salud mental, especialmente hacia al ‘Centro de Asistencia Psicosocial’ (CAPS), y permitir intervenciones puntuales en la atención básica”</p> <p><b>“preparar al individuo emocionalmente para que él pueda resignificar su trayectoria de vida y vivir mejor psicológica y físicamente”</b></p> <p>“es ayudar en los problemas diversos que se desarrollan a partir de los trastornos mentales o problemas familiares, vicios, traumas, carencias financieras y afectivas etc.”</p> <p>“ofrecer una mejor asistencia, considerando al ser humano dentro de sus especificidades y en el contexto en el cual está inserto”</p>	<p>“es enseñar a los gestores, coordinadores y demás profesionales que la mirada sobre el sujeto debe ser en el ‘uno a uno’. Visitar la gente en sus barrios en conjunto con los profesionales de la atención primaria. Creo que una intervención primaria en conjunto con un equipo interdisciplinario evitaría problemas posteriores”</p> <p><b>“es desarrollar una atención advertida para a partir de ahí trabajar la prevención en salud”</b>                      “ordenar la vida del paciente y respetar su autoestima”</p> <p>“ordenar la vida del paciente y respetar su autoestima”</p> <p><b>“es muy importante”</b></p>

<b>Objetivos compatibles con APS</b>	<b>Objetivos compatibles con ASS</b>	<b>Descripciones genéricas</b>
<p>“la psicología tiene el objetivo de prevenir y acompañar en una perspectiva multiprofesional a los usuarios de los servicios públicos, haciendo un trabajo más humanizado y más ético”</p> <p><b>“asistir a las necesidades psicosociales del usuario realizando un trabajo informativo y preventivo”</b></p>	<p><b>“por ser un consejo breve, percibimos la importancia, principalmente cuando el paciente se siente solo, inseguro y no tiene acompañante”</b></p>	<p>“ablandar un poco el sufrimiento, la ansiedad, la angustia del paciente”</p>
<p>“desarrollar acciones preventivas y profilácticas; humanización de la salud; integración en los equipos multiprofesionales; ayudar en la promoción del bienestar psicosocial del individuo”</p>	<p>“hacer atenciones individuales, grupos terapéuticos, grupos de familias, orientación a los otros funcionarios”</p>	
<p><b>“es muy importante como prevención de las dolencias psicosomáticas”</b></p> <p>“tristemente no trabajo en la atención primaria, pero creo que es un trabajo esencial en la prevención de los trastornos mentales. Creo que en la atención primaria se pueda hacer esa asistencia”</p>	<p><b>“es realizar atención a las personas en sufrimiento psíquico, y también saber derivar las personas con problemas más específicos a otros servicios que estén capacitados para trabajarlos”</b></p>	<p>“es importante para el desarrollo del equilibrio mental del individuo que busca el servicio de salud”</p>
<p><b>“prevención respecto a la orientación e informaciones para la prevención de dolencias con secuelas. Y promoción de salud en un abordaje sistémico”</b></p>	<p>“puede actuar con psicoterapia, apoyo y en trabajos con grupos de orientación”</p>	

### ***Objetivos de la psicología en APS, para los psicólogos de 2º y 3º nivel de atención de salud - Portugal***

La Tabla 5, mapa 3, demuestra que la mayor parte de los psicólogos portugueses describen bien los objetivos de la psicología en APS. En sus explicaciones está claro que alterar estilos de vida, actuar en programas de educación para la salud, hacer prevención primaria, diagnosticar grupos en riesgo social, hacer intervención precoz junto a las familias y niños en riesgo y trabajar en equipos multidisciplinarios en un modelo biopsicosocial de salud son asistencias coherentes con la APS. En menor cantidad hubo respuestas compatibles con la ASS y descripciones genéricas o poco calificadas.

### ***Objetivos de la psicología en APS, para los psicólogos de 2º y 3º nivel de atención de salud – España***

Los psicólogos de Granada (España), aunque estén exclusivamente en los servicios de atención secundario y terciario, han contestado a la cuestión con mucha fluidez y claridad, como lo demuestra la Tabla 6, mapa 4. Quizás el hecho de que su rol de actividades esté muy bien definido a nivel del PISMA, les favorezca tener una buena comprensión y diferenciación de lo que es pertinente en la labor del psicólogo en los diversos niveles de atención de salud. Los psicólogos han contestado que no todo lo que se lleva a la consulta psicológica es enfermedad. Que gran parte de las quejas llevadas al servicio están relacionadas con trastornos adaptativos, ya que estos tienen alta prevalencia en las formas de vida actuales. Opinan los psicólogos que deberían estar en el primer nivel de atención también, ya que podrían actuar en la prevención de enfermedades, filtrar los casos que se tratan de conflictos vitales (duelos, somatizaciones etc.), y hacer la derivación a los servicios especializados de los casos más específicos. Pueden actuar también en la promoción de la salud además de intervenir en los procesos de enfermedades.

**Tabla 5**

*Mapa de asociación de ideas 3: Los objetivos de la psicología en la APS. Perspectiva de psicólogos actuantes en los niveles 2º y 3º de atención de salud – Portugal*

<b>Actividades compatibles con APS</b>	<b>Actividades compatibles con ASS</b>	<b>Descripciones genéricas</b>
<p>“Alterar estilos de vida”                      “Promover conductas de salud; evitar situaciones de riesgo del desarrollo psicoafectivo”                      “Programas de educación para la salud”                      “Promoción de programas de prevención primaria”                      “Prevenir situaciones de riesgo psicoterapéutico”                      “Diagnosticar grupos en riesgo social y ayudar a estructurarlos”                      “Triar y derivar a los servicios especializados a los pacientes de consulta primaria”                      “Profilaxis de la salud mental”                      “Permite al individuo valorar, identificar y decidir acerca de las cuestiones relacionadas con su salud y su realidad de vida”                      “Intervención precoz junto a las familias de los niños en riesgo”                      “Definición de comportamientos de riesgo e intervención en los factores de predisposición”                      “Trabajar en equipos multidisciplinares (modelo biopsicosocial de salud)”                      “Aumentar la salud mental de la población”</p>	<p>“Tratamiento de pacientes con problemas psicológicos”                       “Promover cambios en el funcionamiento interno del sujeto, ayudándole a reflexionar sobre sí mismo”                       “Llevar el paciente a centrarse en sus problemas, a no ir fuera de sí a buscar lo que está dentro. Confrontar la división subjetiva, conocer su inconsciente”</p>	<p>“Intervención, valoración y prevención en los diversos niveles: situaciones de crisis, enfermedades agudas y crónicas, dificultad de adaptación, psicopatología”                       “el objetivo se relaciona con la necesidad de concienciar a los profesionales de salud y la población... para la importancia de las prácticas interdisciplinares en las intervenciones de salud. Cambiar el modelo que divide el ser humano en: físico, psicológico y social”</p>



## Tabla 6

*Mapa de asociación de ideas 4: Los objetivos de la psicología en la APS. Perspectiva de psicólogos actuantes en los niveles 2º y 3º de atención de salud – España*

<b>Compatibilidad con las intervenciones de APS</b>	<b>Compatibilidad con las intervenciones de ASS</b>
“Interviene en programas de salud general”	“Hace prevención
“Trabaja con el paradigma de la Psicología de la salud”	secundaria en adultos e
“Tiene en cuenta otros parámetros de salud”	infanto-juveniles”
“Interviene en los factores psicológicos del binomio salud-enfermedad”	
“Diferencia conflicto de enfermedad”	
“Actúa en la primera línea de abordaje”	
“Actúa como filtro”	
“Actúa en las crisis”	
“Evita la cronificación de los trastornos adaptativos”	
“Hace prevención primaria”	
“Necesita conocimiento de la comunidad”	
“Trabaja en coordinación con otros dispositivos sociales”	
“Deriva a otros servicios especializados”	
“Descongestiona los médicos de familia y también especialistas”	
“Colabora en equipos de APS”	
“Hace asesoramiento, interconsulta, supervisión”	
“Actúa en sensibilización y formación de los profesionales de APS”	

Los psicólogos también mencionaron que su labor en APS implica otra forma de intervenir que está amparada en otro paradigma de salud lo cual tiene como objetivo la promoción de la salud y las intervenciones en los factores del binomio salud-enfermedad. Además, su trabajo deberá incluir las actividades de formación de otros profesionales de la sanidad. Así pues, el quehacer del psicólogo en APS remite a una amplitud de tareas que van dirigidas desde la prevención de enfermedades hasta la elaboración y ejecución de programas de educación para la salud. Por ejemplo, entre estos programas destacan la psicoeducación de padres e hijos y los programas de mejora de la calidad de vida.

## **Conclusiones**

De modo general, fue en la muestra de Brasil donde encontramos más problemas respecto a la ubicación de los psicólogos. La presencia de psicólogos en servicios de salud pública/comunitaria está marcada por unas actuaciones estandarizadas en la clínica, aquí entendida como intervención de segundo nivel especializado de salud. Los términos promoción de salud y prevención de enfermedades entraron en el vocabulario de los psicólogos brasileños. Sin embargo, no hay indicación de que reconozcan que las intervenciones de prevención de enfermedades pertenezcan a todos los niveles de atención de salud, sino que se relacionan exclusivamente con la prevención precoz, definida por el criterio de edad. Las intervenciones en el primer nivel de atención son aún una práctica novedosa y poco conocida, y los brasileños, en su mayoría, no distinguen las especificidades de sus intervenciones en los niveles primario, secundario y terciario de salud.

Los españoles fueron los que definieron mejor las intervenciones de salud primaria. Quizás porque tienen más conciencia de que sus intervenciones son de segundo y tercer nivel, hecho que supuestamente les facilita distinguir las asistencias de primer nivel. Los españoles se ampararon en lo propuesto en el PISMA para contestar y no presentaron ninguna dificultad en ubicarse.

Para la muestra de Portugal, aunque algunos reconozcan el nivel de atención ofrecida en su servicio, a la hora de definir sus actividades demostraron una mediana dificultad en la identificación del nivel de pertenencia.

Los psicólogos de APS de la muestra de Brasil han sido los que más dificultad demostraron en responder sobre cuáles son los objetivos de su presencia en APS. Los pocos elementos que podemos asociar a APS son demasiado inseguros y no logran responder a la cuestión. Los profesionales terminan por hablar más de lo que es la ASS que de la APS. Los psicólogos de segundo y tercer nivel de atención de salud de la muestra de Brasil conocen algo más de los objetivos de la Psicología en APS que los que actúan en ella. Sin embargo, no hubo referencias al principal aspecto que define la intervención del psicólogo en la APS, que es actuar en salud general desde una base programática hecha a partir del conocimiento del perfil epidemiológico de la comunidad. Es decir, una intervención orientada por los planes de promoción de salud y de prevención de enfermedades.

En las conclusiones relativas a los aspectos teóricos es importante reafirmar que las intervenciones de los psicólogos pueden ser aplicadas a los niveles de atención primario, secundario y terciario de salud, en cuanto que sean observadas las especificidades de cada intervención. El psicólogo es un profesional que actúa en la promoción de salud en conjunto con los equipos de salud básica y en una postura interdisciplinaria y multiprofesional. La intervención de promoción de salud es anterior a la de prevención primaria. Su característica es intervenir antes de la aparición de la dolencia y responde al compromiso de mejorar el potencial de salud socio ecológico de las comunidades. La prevención de enfermedades en nivel primario, secundario y terciario es una intervención propia de los psicólogos en conjunción con los equipos de salud, bien en atención básica o bien en especialidades.

## Referencias

- Álvarez, A. C. (2006). *La psicología es una profesión polivalente; la psicología clínica es una especialidad sanitaria* (Carta publicada en prensa el 12 de febrero). Recuperado de <http://www.cop.es/infocoponline/im/carta2.jpg>
- Arruda, A. A. A. (Ed.) (2007). *Atenção básica à criança pequena*. Campina Grande: EDUFPG.
- Ato, M., López, J. J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Alves, R. F. (2008). *Intervenciones de profesionales en el campo de la salud: estudio comparativo antropológico en Brasil, España y Portugal*. (Tesis doctoral). Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada, España.
- Alves, R. F., Eulálio, M. C. & Brobeil, S. A. J. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-12.
- Alves, R. F., Silva, R. E. B. & Santos, M. S. D. (2003). Estudio exploratorio sobre experiências clínicas em psicoterapias com adolescentes. En D. A. Adler y A. A. F. Coppe (Eds.), *Carl Rogers no Maranhão: estudos centrados* (pp. 99-108). São Luís, Estação Produções.
- Boarine, M. L. (1996). A formação (necessária) do psicólogo para atuar na saúde pública. *Psicologia em Estudo*, 1, 93-132.
- Brasil (1987). Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. *Ministério da Saúde*. Brasília, Brasil.
- Brasil (1992). Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. *Ministério da Saúde*. Brasília, Brasil.
- Brasil (2001). Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental – CNSM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. *Conselho Nacional de Saúde*. Brasília, Brasil: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- Costa, M. & López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- De la Cruz, I., Jociles, M. I., Piqueras, A. & Rivas, A. M. (2002). *Introducción a la antropología para la intervención social*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Decreto-Lei n.º 241/94 (1994). *Ministério da Saúde*, nº 220/94 SÉRIE I-A, 1994, 22 de septiembre. Recuperado de <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/1995/04/081B00/19931993.pdf>
- Jiménez, J. C., Sánchez, J. G. & Aguilar, F. G. (2006). Guía técnica para la construcción de cuestionarios. *Odisea Revista electrónica de pedagogia*, 3(6).
- Kish, L. (1987). *Statistical design for research*. New York: Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/0471725196>
- Ley General de la Sanidad - LGS (1986). *Ministerio de la Presidencia*, n. 102, 1986, 29 de abril, 15207-15224. Recuperado de [www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf](http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf)
- Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias – LOPS (2003). *Ministerio de la Presidencia*, n. 280, 2003, 22 de enero. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21340>
- Lovelle, R. P. (2003). La psicología de la salud en Cuba. *Psicología científica.com*, 5(7).
- Martín Arribas, M. C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5(17), 23-29.
- Medeiros, S. M. & Guimaraes, J. (2002). Ciudadanía e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), 571-579. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000300014>
- Peter Spink, K. (1992). Saúde mental e trabalho: o bloqueio de uma prática acessível. En F. C. B. Campos (Ed.), *Psicologia e saúde. Repensando práticas* (pp. 91-102). São Paulo: Hucitec.
- Servicio Andaluz de Salud Mental (2003). *Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003/2007* – PISMA. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Recuperado de

- <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/Listadodeterminado.asp?idp=172>
- Portaria Nº 1109/95. Cria e define a prática profissional no sistema de saúde profissional em Portugal (1995, 09 de septiembre). *Ministério da Saúde*, nº 209/95, SÉRIE I-B. Recuperado de <http://www.psicologia.com.pt/profissional/ensino/conteudos.php?cod=2>
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Rodríguez-Marín, J. (1999). La psicología de la salud en la España actual. En M. A. Simon (Dir. y otros), *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 177-216). Madrid: Editorial biblioteca Nueva.
- Silva, R. C. (1992). A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. En F. C. B. Campos (Dir.), *Psicologia e saúde. Repensando práticas* (pp. 25-40). São Paulo: Hucitec.
- Spink, M. J. (1992). Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. En F. C. B. Campos (Ed.), *Psicologia e saúde: repensando práticas* (pp. 11-23). São Paulo: Hucitec.
- Spink, M. J. & Frezza, R. M. (1999). Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. En M. J. Spink (Ed.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 17-40). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. P. (2003). O trabalho do psicólogo na comunidade – a identidade sócio profissional na berlinda. En M. J. P. Spink, *Psicologia social e saúde* (pp.122-131). Petrópolis: Vozes.
- Yamamoto, O. H. & Cunha, I. M. F. F. O. (1998). O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 11(2), 345-362. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721998000200012>

Recibido: 10 de mayo, 2015

Aceptado: 14 de abril, 2016