

1

EL PSICÓLOGO EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO. UN PROFESIONAL DE LA SALUD IMPRESINDIBLE

CITA ESTE CAPÍTULO

Obando Cabezas, L. (2020). El psicólogo en el contexto hospitalario. Un profesional de la salud imprescindible. En Obando Cabezas, L. & Ordoñez, E. (Eds. científicos). *Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud* (pp. 18-40). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

CAPÍTULO I

EL PSICÓLOGO EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO. UN PROFESIONAL DE LA SALUD IMPRESCINDIBLE

Lucely Obando Cabezas

Universidad Libre Seccional, Cali

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8770-2966>

“Tantos años de trabajo en el hospital me enseñaron a dar más que a recibir, me enseñaron que una sonrisa de agradecimiento de un paciente, de un colega, de un médico son nuestra mejor retribución y feedback de que estamos trabajando bien y con mucho amor. Hacer Psicología en las instituciones hospitalarias nos hace ser mejores seres humanos y mejores profesionales”.

Bárbara Zas (2011)

Introducción

Considerándose como un hecho observable que los psicólogos todavía no tienen claramente reconocido un lugar indiscutible y vital en el sistema institucional sanitario del país, en el siguiente texto se realiza una reflexión sobre las posibles causas de esta situación. Se recogen en el texto variadas razones que intentan reafirmar la importancia de este profesional en el medio hospitalario, señalando al final que los psicólogos deben aprender a asumir como parte de su cotidianidad, un vínculo profesional irremediablemente conflictivo y expuesto a tensiones en las instituciones sanitarias al

ser infranqueables toda la serie de divergencias que se dan entre los principios fisiológicos y materialistas que promueven en estos espacios la medicina tradicional y una psicología imbuida y formada a partir de otros principios, comúnmente nombrados como metafísicos.

La inclusión de la figura del psicólogo en los entornos hospitalarios es un logro que todavía no termina de concretarse. Aunque desde el congreso en el que se constituyó la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2006) se estableció que en los procesos salud-enfermedad estaban implicados elementos psicológicos, físicos y sociales (Garibay y Hernández, 2003), este supuesto no fue suficiente para que se pensara al psicólogo como una pieza fundamental en los entornos de salud pública. La historia de la efectiva inserción de la psicología en los contextos institucionales de salud es realmente corta (Duque, Grau y Hernández, 2005) y efecto de una intensa lucha que ha implicado cambios notables en el proceder profesional de quienes laboran en el sector de la salud, incluyendo a los mismos psicólogos.

Oficialmente se señala que la psicología de la salud nació en los Estados Unidos de Norteamérica en la primera mitad de la década del setenta del siglo XX, hace un poco más de 40 años (Piña y Rivera, 2006), fecha equivalente en Colombia, cuando se empezaron a desarrollar aplicaciones clínicas de Biofeedback en instituciones de salud, en el marco de lo que se conocía como medicina comportamental, para mejorar el tratamiento médico de ciertas afecciones orgánicas como la hipertensión arterial, el dolor de cabeza tensional, y las crisis asmáticas en niños, entre otros (Flórez, 2006). Según lo menciona Flórez, el movimiento de expansión de la psicología de la salud en Colombia comenzó en la década de los años 80 en el siglo XX cuando se crearon amplios grupos de trabajo profesional en centros de atención en salud y surgieron las cátedras de psicología de la salud en los programas formales de psicología, con el incremento consiguiente de proyectos de investigación, programas de extensión, y tesis de grado sobre tópicos propios de la psicología de la salud y se empezaron a realizar foros, conferencias, simposios, seminarios y congresos relacionados con la psicología de la salud (Flórez, 2006). Sin embargo, aún con tales conquistas, diversas fuentes bibliográficas registran que aún hoy día se mantiene la hegemonía del modelo biomédico y no se le ha concedido al psicólogo una clara ubicación

en el sistema de salud pública (Troncoso, & Suazo, 2007; Londoño, Valencia y Vinaccia, 2006).

Un sujeto ajeno al entorno hospitalario podría creer que el principio base para posibilitar el trabajo del psicólogo en un entorno en que es el médico el actor principal de los procedimientos de atención en salud es fácil de intuir. Por un lado, a la medicina y los profesionales conexos se les asigna la labor de estudiar e intervenir terapéuticamente al cuerpo, y por otro, a la psicología se le encarga la tarea de realizar lo correspondiente con la mente. Este reparto de funciones que parece connatural a lo que es el ser humano, en aquellos escenarios institucionales de la salud pública en los que se ha sostenido de modo tajante, se ha conducido a una trivialización del trabajo del psicólogo, la mayoría de las veces visto como innecesario en circunstancias en que la atención a lo corporal ha sido lo primordial.

Por paradójico que puede parecer, el vínculo entre la medicina y la psicología en contextos hospitalarios no se ha fortalecido ni se fortalece de una aparente necesaria división del trabajo que se piensa como obvia para una armoniosa relación profesional y una efectiva consumación de los objetivos de intervención que asumen los trabajadores de la salud. En ese orden de ideas, en el siguiente texto se analizan algunas de las razones por las cuales los psicólogos aún siguen encontrando resistencias para convertirse en profesionales de la salud fundamental e imprescindible en instituciones sanitarias como hospitales o centros de salud.

La tradición en la relación medicina- psicología.

La Medicina y la Psicología han sido dos campos profesionales dedicados a tratar con el sufrimiento humano cuyos vínculos han sido muy estrechos, pero históricamente desequilibrados. En los antecedentes de la psicología moderna se lee como supuesto que el vínculo que desarrolla la psicología con la medicina beneficia más a la primera que a la segunda. Es decir, se partía de creer que si había una de estas disciplinas que demandaba tomar en cuenta los descubrimientos y explicaciones que se realizaban en la otra,

era la psicología, dado que esta última era una ciencia incipiente, expuestos a presupuestos metafísicos difíciles de erradicar en su seno, por lo que debía ser tutoriada en su línea de pensamiento. En este orden de ideas, la psicología nació como disciplina en una relación de dependencia conceptual con las ciencias naturales, en especial con la Fisiología (Salcedo, 2009; Sprung y Sprung, 1983; Foucault, 1994; Boring, 1992).

La psicología moderna, la psicología emancipada de la filosofía, dueña del codiciado reconocimiento de ciencia, inició su transcurrir disciplinario como una psicología médica (Foucault 1957; Garret, 1958; Wertheimer, 1912), una psicología signataria de los presupuestos de la fisiología, que creó modelos de explicación a partir de las metáforas que facilitaba la ciencia médica. Los padres de la psicología moderna, Gustav Theodor Fechner, Hermann Von Helmholtz y Wilhem Wundt fueron médicos que pretendieron hacer de esta reciente disciplina una rama de la ciencia fiel seguidora de los mismos presupuestos mecanicistas o materialistas de la fisiología tradicional. Estos padres de la Psicología científica defendían un juramento que Hermann Von Helmholtz, Emil Du Bois y Brucke formularon del siguiente modo:

No existe en el organismo otras fuerzas activas que las fuerzas químicas y físicas corrientes. En aquellos casos que, por el momento, no pueden ser explicados por estas fuerzas, se debe tratar de hallar la forma o vía específica de la acción de estas últimas, mediante el método fisicomatemático, o bien suponer la existencia de nuevas fuerzas, iguales en dignidad a las fuerzas fisicoquímicas inherentes a la materia y reducibles a la fuerza de atracción y repulsión (Du Bois Citado por Jones, 1970, p. 51).

Tal juramento entrañó, para quienes lo asumieron con fervor, la adopción de postulados materialistas para la comprensión de conducta y los padecimientos humanos, en los que sólo se reconocían como válidas las entidades o fenómenos que se adecuaban a los parámetros que exigía la categoría de la materia, tal como los físicos lo habían modelado. Supuso igualmente encaminar el análisis de lo humano hacia el mecanicismo, esto es, conducirlo conforme

con las premisas de la mecánica clásica (Mora, 1983): causalismo, abordaje analítico o reduccionista y elementalismo. A lo anterior se le agregaba una convicción determinista de la fenomenología humana, que establecía que toda realidad estaba de antemano fijado, condicionado y establecido por los eventos precedentes, sin posibilidad alguna de presentarse variaciones en lo que habrá de ocurrir. Y finalmente, el juramento de Helmholtz implicaba la postulación de leyes universales en lo humano, fijando para la psicología el objetivo de inferir principios absolutamente universales que rigen el comportamiento de los fenómenos estudiados. Estos preceptos fueron los que inicialmente se intentaron incluir en la estructura conceptual de la psicología científica.

Esta disciplina fue a lo largo del siglo XIX y principios del XX una psicología pensada por fisiólogos en la que se procuró materializar elementos metafísicos como la mente, los pensamientos y demás componentes del hombre no directamente observable o palpable por el investigador científico Foucault (1994). Siguiendo este esquema, los primeros psicólogos científicos adoptaron el mecanicismo como la visión de mundo que podía explicar el funcionamiento de la mente. Intentaron entonces, explicar los procesos psíquicos como no determinados, regidos, regulados o direccionados por un sujeto cognoscente, es decir, el yo, como sujeto de la enunciación, en otras palabras, quien habla, independientemente de lo que habla.

En ese sentido, quisieron llevar hasta el paroxismo el supuesto fisiológico de que el ser humano es una especie de máquina muy sofisticada cuyos procesos psíquicos se producen sin que el sujeto los regule, los controle o los dirija (Salcedo, 2009). Desde esta perspectiva, en las explicaciones y formulaciones que se hacían del ser humano había que excluir la noción de subjetividad, la de un centro organizador de las experiencias que vive el individuo, puesto que el ser humano era, al final de cuentas, concebido como un mero teatro en el cual se asociaban sensaciones y respuestas motoras. El hombre era una entidad que era adaptado por elementos externos. No se adaptaba, sino que era adaptado.

No obstante este inicio en la disciplina psicológica, los elementos metafísicos que se han atribuido al ser humano se lograron preservar con el tiempo en la psicología, fundándose con ellos diversas

escuelas y líneas de investigación psicológicas como el psicoanálisis, la psicología cognitiva, el humanismo y la psicología cultural. Todas estas ramas investigativas han menguado notablemente la influencia de la física y la fisiología en la psicología, conllevando tal alejamiento a la promoción de una visión del ser humano muy distinta a la perspectiva materialista que ha caracterizado durante varios siglos a la medicina tradicional (Foucault 1994; Salcedo, 2009). Como lo señaló Jerome Bruner (1991), gracias a la revolución cognitiva se logró recuperar la mente en las ciencias humanas después de un prolongado y frío invierno de objetivismo, y en tal camino, el hombre empezó a ser pensado en la psicología como un ser creador, sensitivo, con sentimientos y pensamientos, capaz de determinar los derroteros de su vida.

Ante todo, ha sido la fenomenología y el psicoanálisis quienes mostraron a los psicólogos un camino distinto al que se recorría de mano de la fisiología (Foucault 1994), originando así, lo que Wilhem Dilthey llamó una "Desnaturalización de la concepción del hombre" (Gonzales, 1953). Si a consecuencia del positivismo reinante en la medicina, todas las ciencias de la salud pensaron al hombre como un ser absolutamente atado a las leyes que determinaban la naturaleza orgánica, y por tal razón conceptualizaban cualquier tipo de enfermedad como expresión de una anomalía fisiológica, como sería una lesión estructural del cuerpo, un desorden congénito o cierta cantidad no deseable, ni esperable, de alguna sustancia orgánica, las psicologías que emergieron con el advenimiento del siglo XX siguieron un nuevo camino que implicó entender que no se aprehendía lo que era el ser humano con sólo profundizar en el entendimiento de la naturaleza orgánica; se requería considerar también la historia, la vida vivida por el sujeto con las producciones espirituales que se han depositado sucesivamente en su tiempo de existencia, como actos cristalizados no regulados ni originados por los procesos naturales que rigen a su cuerpo. Es decir, la psicología aprendió que en la génesis de los padecimientos que sufren los sujetos no se encontraba solamente un proceso mecánico, ni una evolución biológica; está también, y quizás primordialmente en muchos casos, un movimiento propio de una entidad sujeta a las circunstancias sociales e históricas que lo han visto nacer, una estructura necesariamente unida a los significados formados socio históricamente, y a los métodos transmitidos por otros en el proceso

de interacción social (Foucault 1994). Por consiguiente, para poder comprender sus actividades, sus malestares, sus logros, resultaba imprescindible dirigir el análisis a lo que Dilthey llamaba "los productos del espíritu" (Gonzales, 1953): decisiones, pensamientos, sentimientos, reacciones emocionales, alianzas sociales con otros. Sólo de ese modo se obtenía una percepción más amplia de la génesis de los malestares del sujeto.

En función a esta perspectiva, en el siglo XX la psicología se convirtió en una ciencia del significado, una disciplina que comprende los actos humanos como producidos por la aparición, evocación o creación de una representación (Bruner, 1991). Toda forma de teoría psicológica ubica desde entonces como fundamento de cualquier acto humano, un proceso psicológico de orden emocional que está relacionado con el manejo de representaciones, significados o ideas. Y es a esa representación sobre la realidad, sobre sí mismo, sobre un acontecimiento sufrido o anhelado por el sujeto, a lo que apunta la intervención psicológica.

Esta conversión en la psicología fue, según Foucault, un logro principalmente de Sigmund Freud, quien fue el que le confirió más importancia a la significación en la psicología (Foucault 1994; Salcedo, 2009). De acuerdo con Foucault (1994), fue en el curso de la reflexión freudiana, como en la psicología, donde el análisis causal se transformó en génesis de las significaciones. Y fue allí cuando la evolución cedió su lugar a la historia, y se substituyó el recurso a la naturaleza por la exigencia de analizar el medio cultural. Así, Freud hizo del *sentido* algo extensivo a toda conducta, incluso en aquellas manifestaciones insignificantes como en las equivocaciones del habla, o aún en el sueño. En todo acto del hombre está la significación, tal como lo hará patente la revolución cognitiva en la segunda mitad del siglo XX (Bruner, 1991). Aunque las más de las veces estas aparecían ocultas a la consciencia, las significaciones eran para Freud inmanentes a la conducta y eran aquellas que la historia individual había constituido en el pasado en torno a acontecimientos importantes (Foucault 1994).

Esta lectura hermenéutica que constituyó la psicología alrededor del padecimiento humano es la que permitió que se volviera más independiente de los descubrimientos y presupuestos de las

ciencias médicas. A partir del distanciamiento con la fisiología, se hizo factible el aporte conceptual de la psicología a distintos ámbitos académicos, como el que corresponde al de la salud, y con la medicina, cambiaron los intercambios conceptuales, profesionales e influencia disciplinarias.

Sin embargo, a pesar de los avances en investigaciones en la Psicología de la Salud y de los logros obtenidos en las prácticas profesionales de psicólogos en contextos institucionales de salud, todavía no resulta claro para muchos directivos y personal trabajador de contextos de sanitarios la importancia de una perspectiva que reconozca la incidencia de lo psicológico en todos los niveles de atención de las enfermedades orgánicas, quizás a causa de ese lastre metafísico que para muchos es inaceptable. Esta circunstancia es la que puede explicar que son los médicos psiquiatras los que, comúnmente, elaboran las guías para el manejo de algunos problemas psicológicos que se presentan en las instituciones de salud pública (Londoño, Valencia y Vinaccia. 2006), o que la práctica profesional del psicólogo en tales escenarios quede reducida al nivel terciario, que es cuando ya ha emergido un problema psicológico en un paciente hospitalizado y no resulta del todo convenientes o efectivas las técnicas de tratamiento médico tradicionales (Londoño, Valencia y Vinaccia. 2006).

Lo curioso de lo anterior es que lo que suele ser objeto de repudio en la psicología, por parte de algunos médicos, representa el pasado mismo de la medicina (Foucault, 1998). Según lo menciona Foucault, en su célebre tesis doctoral, *Historia de la locura en la época clásica*, antes que se institucionalizara la medicina en los hospitales, en el siglo XVII, los médicos lidiaban con una entidad abstracta llamada "sinrazón", a la que de un modo u otro encontraban como causa de todos los padecimientos orgánicos de las personas.

En razón a tal modo de pensamiento, el médico del siglo XIX reconocía que el éxito de sus terapias modernas sólo podía darse si recurría a las figuras inmemoriales del padre y juez, familia y ley. El médico sabía que si seguía los viejos ritos del Orden, de la Autoridad y del Castigo en su labor profesional diaria su eficiencia incrementaba (Foucault, 1998). Pero la positivización del saber médico con el materialismo que impuso la física moderna llevó a

desconocer la importancia del vínculo que se daba entre el paciente y su doctor. La psicología, en un medio hospitalario, logra entonces restituir al pensamiento médico la posibilidad de un diálogo con aquello abstracto y metafísico que se tramita a través del vínculo con otros y que hace presencia tozuda y repetida en las enfermedades orgánicas, resistiéndose a los médicos contemporáneos y su ciencia.

De cierta forma, el psicólogo salvaguarda su actuación profesional ilustrando con su praxis clínica los beneficios que trae para la salud del paciente realizar un movimiento contrario al que desde el siglo XVIII se fijó como objetivo para el médico: Descubrir la enfermedad en el enfermo. Dice Foucault (2007), que, en la medicina, la enfermedad se concibe como oculta en el enfermo como un criptograma y su método clínico a lo que apunta es a la observación de lo superficial, de lo que pasa a ese paciente y de lo que dice el paciente que le pasa, todo con la pretensión de develar lo que no se revela a la simple y directa mirada. "En la clínica la enfermedad es el objeto del interés del médico y su portador es en sí mismo algo indiferente. El enfermo es sólo aquello, a través de lo cual se da el texto a leer, a veces complicado y enredado. En la clínica, el enfermo es el accidente de su enfermedad, el objeto transitorio del cual este se ha apropiado", (Foucault, 2007, p. 92).

Pues bien, si el médico, conducido por sus afanes disciplinarios de objetividad, pretende descubrir la enfermedad en el enfermo, el psicólogo busca recorrer el camino inverso; sugiere revelar en el enfermo, el sujeto, que hay en la enfermedad, más allá de cualquier confirmación orgánica que esta última tenga. La labor profesional de los psicólogos en medios hospitalarios en muchos casos ha sido empoderar factores y elementos, que desde las certezas materialistas de la medicina no se han considerado en ningún momento o han sido minimizados en su importancia, pero que cuando lograron ser atendidos en los pacientes que lo han requerido, conllevaron a resultados o logros terapéuticos que han sorprendido al personal de salud. Esto implica un ineludible punto de confrontación de la psicología con el discurso médico predominante y obliga a todo psicólogo a asumir como parte de su cotidianidad un vínculo profesional irremediabilmente conflictivo y expuesto a tensiones en las instituciones sanitarias al ser infranqueables toda la serie de divergencias que se dan entre los principios fisiológicos y

materialistas que promueven en estos espacios la medicina tradicional y una psicología imbuida y formada a partir de otros principios, comúnmente nombrados como metafísicos.

Algunos de los presupuestos que orientan la intervención psicológica en el medio hospitalario.

Los psicólogos que trabajan o han trabajado en contextos hospitalarios saben por experiencia propia que infortunadamente aún se pueden encontrar profesionales de la medicina entregados por entero a la creencia de que el éxito o fracaso de sus intervenciones dependen sólo de sus habilidades técnicas y conocimientos fisiológicos, sin concederle ninguna importancia a otra serie de factores que aprendieron a desdeñar con su formación, como son los que se relacionan con lo psicológico. Sin embargo, el trabajo cotidiano del psicólogo en un contexto hospitalario muestra, especialmente a todos aquellos quienes todavía consideran que lo psicológico no existe o es secundario, que este aspecto de lo humano tiene una enorme importancia, y que cuando las personas encargadas de velar por la salud de los pacientes lo descuidan, esto puede traer caras consecuencias para esos pacientes.

Ciertamente la psicología tiene mucho por hacer en las instituciones de salud dedicadas a atender las afecciones orgánicas de las personas. Su labor profesional no comienza cuando los procedimientos técnicos que emplea la medicina resultan inoperantes para concretar los múltiples fines de salud física de los pacientes atendidos. Muchos de los éxitos terapéuticos que obtienen los médicos con los pacientes, pueden implicar para estos últimos verdaderas catástrofes existenciales, como cuando a un paciente se le salva la vida o se le cura de una agresiva infección a través de una intervención clínica que establece como necesario la pérdida de una parte de su cuerpo, que pudo haber sido muy limitada, pero que conlleva a enormes problemas de adaptación en el paciente, en contraste con otros individuos que han tenido una pérdida física más significativa (Williamson, 1995; Belon y Vigoda, 2014; Horgan y MacLachlan, 2004; Juárez, Holguín y Salamanca; 2006).

La psicología es una de las profesionales de salud que se encuentra en los contextos hospitalarios para recordar a todo el personal de

salud que los resultados de una intervención, como puede ser una operación quirúrgica, no se restringe a lo que acontece en una sala de operaciones. Desborda ese plazo de tiempo en el quirófano, para implicar lo ocurrido antes de entrar a la sala o lo que sigue después de la intervención médica. Por ello, la necesidad de atender factores psicológicos como el estilo de vida del sujeto, su deseo de vivir, las redes de apoyo a las que se encuentra integrado, su carácter y estado de ánimo dominante, sus expectativas y sueños en la vida y los problemas que afronta en el momento de la intervención. Los buenos resultados de una intervención quirúrgica pueden depender enormemente de esos factores (Cárdenas, Quiroga, Restrepo, y Cortés, 2005; Giacomantone y Mejía, 1994; Moix, 1994; Pedroche y Quiles, 2000).

Circunstancias como las mencionadas muestran que la intervención psicológica debe ser transversal a la atención centrada en lo orgánico, acompañando a todo el conjunto de actuaciones profesionales que requiere el paciente, y hasta ayudando a concretar, por expresa voluntad del paciente, en el marco de su autonomía, y muy a pesar de las graves consecuencias que eso pueda tener para su salud, el tipo de intervención que está dispuesto a recibir para salvar su vida o curarse de un grave padecimiento (Parra, 2003; Pérez, 2010; Ruiz 1993).

Pero la intervención psicológica tiene como su principal obstáculo para su desarrollo en contextos de salud pública, un principio que Foucault (2007) data desde el siglo XVIII: sólo al médico le corresponde descubrir las marcas indudables de la verdad de la enfermedad en el sujeto. Es decir, sólo el médico es considerado competente para juzgar si un individuo está enfermo o no, cuáles serían las causas de esa enfermedad, cuál intervención requiere, por cuánto tiempo la necesita y qué grado de incapacidad le deja. Conforme a este principio, todo el peso de las decisiones que haya que tomarse para procurar la salud del paciente recae en el juicio del médico; él y sólo él puede introducir a alguien en el mundo de la salud y sacarlo del mundo de la enfermedad; él y sólo él permite distinguir al hombre sano de aquel que no lo es (Foucault, 2007).

Este principio que lleva a cubrir con un manto de magno poder y sapiencia al médico, se constituye en un serio impedimento para

la intervención del psicólogo por varias razones. En primer lugar, por cuanto supeditan la actuación profesional de la psicología a la autorización que le quiera conceder un galeno. En ese sentido, ante problemáticas de salud en las que se han reconocido la incidencia de los factores psicológicos en las posibilidades de recuperación, es perfectamente factible que el galeno de turno en una unidad de servicio de atención hospitalaria impida de tajo la intervención psicológica, por la razón que él considere pertinente. Ahora bien, si ante la enfermedad orgánica creemos que es el médico quien detenta todo el saber sobre ella, no sólo los profesionales no médicos dedicados igualmente a procurar la salud de los pacientes van a tener limitadas posibilidades de intervención, sino que además quedará muy reducida la responsabilidad del paciente con el proceso patológico que sufre.

El trabajo psicológico en instituciones de salud pública se sostiene al ilustrar la relevancia que tiene el sujeto obliterado en la atención objetivista del médico; el enfermo dispone de un saber sobre su enfermedad que puede brindar una posible explicación de por qué el sujeto tiene la enfermedad que padece, como también ofrece un inventario de cuáles son las herramientas psicosociales de las que dispone el individuo en esta adversidad existencial, ya sea para encontrar una vía de cura a su padecimiento o para lidiar con esta y sus consecuencias. En efecto, en la enfermedad no hay sólo pérdidas y supresiones.

Hay que tener en cuenta que del mismo modo que una enfermedad puede suprimir temporal o permanentemente determinadas acciones, funciones o conductas, puede exaltar otras o hacer emerger alguna de ellas no previstas por el sujeto. En el proceso mórbido el enfermo no sólo es víctima de supresiones y liberaciones caóticas que puede impactar totalmente la historia de vida de un individuo; en dicho estado hay igualmente un proceso de reorganización, redireccionamiento y reconfiguración de las condiciones de existencia del individuo, en el intento que hace el mismo por afrontar la situación mórbida. Por eso, el personal de salud debe ser un facilitador de la responsabilidad del paciente con su padecimiento para que este pueda actuar en conformidad a la desgracia física que experimenta, más allá de los aspectos negativos que ella puede ocasionar.

Hoy en día, la salud implica, trabajar considerando a la persona como un sujeto autónomo y capaz de tomar decisiones sobre su salud o la falta de ésta. Por lo tanto, todas las decisiones sanitarias ya no dependen sólo del criterio de unos profesionales cualificados, sino que el enfermo es la persona que arbitra su propia estrategia y decide cómo quiere ser atendido... Cuidar de un individuo enfermo es acompañar a la persona en una de sus experiencias de vida. Contempla la dignidad de la persona con la compatibilidad de las técnicas y medios terapéuticos, donde coexisten técnica y humanismo (Llaurado, 2013, p. 3).

Estas acotaciones permiten señalar que la autoridad del psicólogo para intervenir en la enfermedad orgánica de un individuo no está finalmente en sus conocimientos de las técnicas psicológicas; está en el decir del paciente que guarda un saber que indica cómo el fenómeno morbo se integra al universo real de vida que ha tenido, configurado a partir de las elecciones, gustos, actividades, renuncias y esfuerzos que ha realizado durante su existencia. En última instancia, son los pacientes que atienden día a día los psicólogos y los efectos que originan sus intervenciones en ellos, lo que va a justificar el trabajo profesional que estos realizan en un contexto hospitalario, no la ciencia en sí misma que se ostenta con la psicología.

El psicólogo en el medio hospitalario está para mostrar al personal sanitario que deben estar capacitados para identificar el sentido que el propio paciente le da a la salud y enfermedad, dado que su visión de estos aspectos definen las actitudes y conductas de dependencia al personal sanitario, al igual que el proceso cognitivo esencial y particular de cómo vivir la enfermedad y disfrutar de la salud, como una parte inherente a la propia vida y por tanto desde la facultad de actuar con autonomía, sin una relación jerarquizada entre el usuario y el profesional de la salud (Llaurado, 2013).

Las implicaciones de revelar el enfermo que hay en la enfermedad.

Son varias las implicaciones que trae revelar el enfermo que hay en la enfermedad y no son de menor importancia. Para empezar, se impone como necesidad la adopción de un pensamiento complejo de la etiología de las afecciones orgánicas a partir de la inclusión en el análisis de la relación que se establece entre el paciente y su enfermedad. Esto quiere decir que es necesario dar crédito al hombre mismo y no solamente a las abstracciones orgánicas que ha creado la medicina moderna sobre las enfermedades físicas. El reconocimiento del hombre concreto que somos todos obliga a un cambio en la lucha que diariamente desarrollan los profesionales de salud en las instituciones sanitarias, la cual debe dejar de estar centrada exclusivamente en las enfermedades para desplazarse hacia el cuidado de la persona enferma en la totalidad de su dimensión biopsicosocial (Llaurado, 2013). Esto es posible a condición de buscar las causas de la enfermedad en el hombre real que es cada individuo, con una vida psicológica propia, atado a unas condiciones sociales y materiales concretas y no en una abstracción fisiológica que lo reduce a ser simple cuerpo, mera carne palpitante. Dicho en otros términos, la salud y la enfermedad es un resultante sistémico, efecto de numerosas instancias que lo determinan, en el que la personalidad, ese constructo psicológico de común uso en las teorías de la psicología de la salud, media como una instancia fundamental en tanto se encuentra "encargada de la toma de decisiones respecto a otras instancias subordinadas, como las necesidades o motivaciones individuales, las representaciones y las normas sociales, las relaciones con el medio social, las reacciones emocionales y los estilos de vida individuales" (Jiménez, 2015, p. 166).

Por otro lado, se aprende a reconocer el papel central que cumple cada paciente en el proceso de intervención médica. Cuando no se integra en el análisis clínico las formas existenciales concretas del individuo que se encuentran vinculadas con la emergencia de la enfermedad orgánica, además de no poderse determinar las condiciones que la han hecho posible, se cae en una visión pasiva del sujeto con su enfermedad. Esta visión pasiva hace del paciente

una mera víctima de una infortunada desgracia con forma de enfermedad, como también un no protagonista de los procesos de intervención que se requieren implementar para procurar aliviar o controlar su padecimiento orgánico.

Con el reconocimiento del protagonismo que tiene cada paciente con su enfermedad se da un cambio en el tipo de atención que puede recibir del personal de salud, el cual pasa a centrarse en "ayudar a que la persona enferma encuentre y adapte sus propios recursos, de forma adecuada, adoptando conductas sanas frente a la nueva situación y con la mayor brevedad posible. Atrás queda la jerarquía profesional-paciente del pasado y dónde el paciente se convierte en el máximo protagonista sin pérdida de autonomía" (Llaurado, 2013, p. 3).

La intervención en salud al paciente es un acto que realmente respeta a la persona que lo necesita cuando "su autonomía y la participación activa es parte fundamental para satisfacer sus necesidades básicas. La calidad ética del cuidado se centrará en la realización de cuidados según lo haría la misma persona y considerando sus valores y creencias" (Llaurado, 2013, p. 3). De este modo, si "desde siempre el objetivo básico de cualquier profesional sanitario era disminuir las causas de la enfermedad, tratarla y curarla, o bien, ayudar al enfermo en el proceso de la muerte aliviando dolor y el sufrimiento, ... hoy este concepto de práctica sanitaria hacia el enfermo ha cambiado y todos comprendemos que más allá de la curación o no de la enfermedad, los profesionales deben velar por la salud de las personas minimizando la pérdida de autocontrol y fomentando la autonomía de los pacientes desde la ética del cuidar" (Llaurado, 2013, p. 4).

Otra de las implicaciones del reconocimiento del sujeto que hay en la enfermedad está en que se vuelve fundamental el acompañamiento multidisciplinar al sujeto con un proceso mórbido. El reconocimiento de la voz y responsabilidad que tiene el paciente con su enfermedad permite no sólo que el médico pueda encontrar un campo de intersubjetividad con el enfermo y no de objetividad naturalista frente al fenómeno morbosos; igualmente, posibilita la constitución de un campo de encuentro interdisciplinario con otros profesionales de la salud. Es indiscutible, que en escenarios de salud

pública, el médico sigue siendo el instrumento terapéutico más potente dentro del conjunto del sistema sanitario, pero necesita fórmulas y estrategias que le ayuden a mantener un equilibrio dinámico ante los requerimientos que impone las metas de salud de sus pacientes, ejerciendo un liderazgo personal, pero también un liderazgo compartido con el paciente, con los miembros de los equipos y en el marco del sistema sanitario al que pertenece.

Independientemente de las enormes dificultades que tiene el sistema de salud en Colombia (véase, Calderón et al, 2011; Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011), las instituciones en salud estarían jurídica y conceptualmente obligadas a adoptar una visión psicosocial de la salud que posibilite la participación activa de diversos profesionales de la salud. Algunos de estos profesionales, como pueden ser los trabajadores sociales y los psicólogos, a través de su praxis disciplinar muestran que las afectaciones en la salud de una persona no se restringen únicamente a la esfera individual, sino que se extienden al sistema al que pertenece ese individuo y que estas afectaciones pueden resultar decisivas en las consecuencias que trae las intervenciones médicas. En términos generales, los espacios de encuentro que tiene un médico con otros profesionales no médicos son las oportunidades que tiene el galeno de adquirir nuevas herramientas para concretar objetivos de salud en un entorno tan complejo como puede ser un medio hospitalario.

Y finalmente, el reconocimiento del enfermo en la enfermedad obliga a volver la atención psicosocial a los otros actores que participan en el proceso de intervención, al mismo personal de salud. Este es un trabajo que se conoce con el nombre de *Humanización Salud* y supone un esfuerzo por atenuar las consecuencias que han implicado los modelos de atención sanitaria basados en la tecnificación de la medicina, la eficiencia administrativa, la reducción de gastos y el recorte de personal en salud en los hospitales (Hoyos, Cardona y Correa, 2008; Correa y Arrivillaga; 2007). Como se anuncia en diversos portales web de hospitales en el mundo, los planes de humanización de la asistencia sanitaria buscan incrementar la empatía del personal de salud con los pacientes y que se mejoré así el respeto y la confianza de estos últimos con los primeros.

Los proyectos de humanización en las unidades de atención hospitalaria son la forma como en las instituciones de salud pública

del siglo XXI recuerdan viejas enseñanzas de la medicina, como la que hacía en el siglo XIX el médico alemán Ernst Von Leyden a sus estudiantes: "el primer acto de un tratamiento es dar la mano al paciente" (Leyden citado por Lasala, 2010, p. 273). Estas prácticas de humanización se tornan cada vez más ineludibles ante la posibilidad de que se materialice una profecía que fue célebremente hecha por uno de los famosos visionarios de Silicon Valley, el hinduamericano Vinod Khosla: "en el futuro, la mayoría del diagnóstico, la prescripción y el monitoreo de los médicos, que consume aproximadamente el 80% del tiempo total de doctores / internistas en medicina, serán reemplazados por hardware, software y pruebas inteligentes" (Khosla, 2016). Y, como lo advierte Vinod Khosla, el 80% de lo que los médicos realizan podrá ser sustituido por la tecnología, finalmente lo único que le puede dar sentido a la existencia de un médico humano va a ser precisamente eso que fue desdeñado en su formación materialista: Su humanidad. Esto es, en el futuro cercano "los roles de los médicos / internistas probablemente serán diferentes y se centrarán en los aspectos humanos de la práctica médica como la empatía y elecciones éticas" (Khosla, 2016).

Conclusión

Resulta un equívoco creer que el trabajo conjunto del psicólogo con el médico es fácil de darse, con sólo adoptar como guía de intervención el dualismo ontológico que nuestra cultura señala y define en nuestra condición humana. La experiencia en los medios hospitalarios enseña que para que pueda operar el psicólogo con el médico se necesita identificar no solo los objetivos comunes a los que sirven ambos profesionales en una institución sanitaria, sino también reconocer los puntos de desencuentro que pueden darse entre la psicología y la medicina en el mundo institucional de la salud pública.

En el siglo XIX William Osler, uno de los padres de la Medicina Interna había llegado a sentenciar que la suerte del tuberculoso dependía más de lo que tuviese en la cabeza que lo que hubiese en el pulmón (Osler citado por Lasala, 2010, p. 273). Esto ilustra la intuición que, casi desde tiempos antiguos, han tenido los médicos de la importancia que poseen los factores psicológicos

en los procesos mórbidos. Hoy en el siglo XXI, deberían resultar innecesarios textos que insistan en la integración del psicólogo en los medios hospitalarios, mucho más si se considera la abundante literatura académica que hay al respecto, suficiente como para convertir en una norma jurídica la contratación de un profesional de la Psicología en cada ámbito institucional del servicio sanitario. Pero la creación de la Psicología de la Salud no conllevó a que durante las cuatro últimas décadas del siglo XX se promoviera activamente la inclusión del psicólogo en cada medio hospitalario existente, ni a la generación de un marco jurídico en todos los países occidentales que reconociera, protegiera y regulará esta profesión en dichos medios. Y aún en los países con mayor avance al respecto, la realidad muestra que, en los hospitales, centros de salud y otras instituciones con la labor misional de formar parte de la red de salud pública de un municipio o nación, el modelo de comprensión que predomina es el modelo tradicional biomédico (Troncoso, & Suazo, 2007) que ha puesto en el materialismo fisiológico la fuente causal primaria de todo proceso mórbido y la fuente de alternativas de intervención para las enfermedades orgánicas.

Infortunadamente, esta situación le confiere al psicólogo un rol profesional de resistencia a la aplicación de los postulados de una medicina moderna llevada hasta el extremo por una visión objetivista del ser humano, que limita injustificadamente la interacción personal que puede darse entre un profesional de la salud y un paciente dentro de un contexto de valores humanistas.

Foucault (2007) había señalado que la Clínica Médica era desde el siglo XVIII pedagógica, una especie de condensado de experiencias anteriores. Es decir, su conocimiento se cristalizaba alrededor de los saberes desmentidos, de las observaciones del fracaso de un saber, las cuales motivaban el surgimiento de un nuevo saber en la clínica. Pues bien, la psicología en el contexto de la salud pública se ha configurado como un saber disciplinario que desmiente las certezas de una visión positivista en la medicina que se ha anclado en la sociedad desde los ideales de felicidad, progreso y control de todos los riesgos a la existencia humana. La labor del psicólogo en el medio hospitalario apunta a que el personal de salud que trabaja en la institución, al igual que las personas que son atendidas en ella,

pueda encontrarse consigo mismo, como profesionales y personas que son, pertenecientes a una sociedad con sus propias dinámicas y características. Por tanto, la labor profesional del psicólogo no va a ser en última instancia grata porque evoca con su presencia y sus intervenciones, el carácter frágil y perecedero que son todos los seres humanos.

Referencias Bibliográficas

- Belon H and Vigoda D. (2014) Emotional adaptation to limb loss. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinic*. 25 (1):53-74.
- Boring, E. (1992). *Historia de la psicología experimental*. México: Trillas.
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial
- Cárdenas, A., Quiroga, C., Restrepo, M., y Cortés, D. (2005). Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56(3), 209-215.
- Correa, D.; Arrivillaga, M. (2007) La humanización de la asistencia en la enfermedad crónica. En M. Arrivillaga, D. Correa e I. Salazar (Edit), *Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica* (pp. 247- 270). Bogotá: Manual Moderno
- Duque, A M.; Grau, J. A.; Hernández, E. y Werner, R. (2005). La psicología de la salud en la atención hospitalaria. En: Grau J. Hernández E (eds) *Psicología de la Salud - fundamentos y aplicaciones* (pp. 295-322), Guadalajara, Ed. Univ. Guadalajara – Centro de Ciencias de la Salud
- Ferrater, J. (1983). *Diccionario de filosofía de bolsillo*. Madrid: Alianza editorial.
- Flórez, L. (1999). Origen y evolución de la psicología de la salud en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, Edición especial: 125-126
- Flórez, L. (2006). La psicología de la salud en Colombia. *Universitas Psychologica*, 5 (3): 681-693.

- Foucault, M. (1994). "La psicología de 1850 a 1950". Trad. Anthony. Sampson, En *Dits et écrits*, Vol. 1, París, Gallimard. Texto de circulación Universitaria
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Madrid: Siglo XXI.
- Garibay, L y Hernández, L. (2003). Intervención hospitalaria: una aproximación desde la psicología social de la salud. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 6 (3). Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/ServicioSocial/LauraPalomino.pdf>
- García, J.P. (2016). La humildad como cualidad perenne en el médico. *Revista CES Medicina*. 30 (2): 137-138
- Garret, H.E. (1958). *Las grandes realizaciones en la psicología experimental*. México: Fondo de Cultura económica.
- Giacomantone, E. y Mejía, A. (1994). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Gonzales, A. (1953). *Historia de la filosofía*. Madrid: Ediciones y publicaciones españolas S. A.
- Horgan O, MacLachlan M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: A review. *Disability and rehabilitation*, 26 (14/15): 837-850
- Hoyos, P. A.; Cardona, M. A. y Correa, D. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26 (2): 218-225
- Jones, E. (1970). *Vida y obra Sigmund Freud*. Barcelona: Anagrama.
- Khosla, V. (2016). Replacing 80 Percent of What Doctors Do? [versión electrónica] "20-Percent Doctor Included" & Dr. Algorithm: Speculations and Musings of a Technology Optimist.

Recuperado de https://www.khoslaventures.com/wp-content/uploads/20_percent_doctor.pdf

Lasala, A. (2010) Enfermedad y pecado, ¿Qué he hecho para merecer esto? En: Maria A. Martorel, J. M. Comelles y M. Bernal (eds), *Antropología y enfermería. Campos de encuentro* (pp 259-276),

Tarragona: publicaciones URV.

Londoño, C.; Valencia, S. y Vinaccia, S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. *Psicología y salud*, 16 (2): 199- 205.

Llaurado, G. (2013). La autonomía del paciente y la responsabilidad del personal de enfermería. *ENE, Revista de Enfermería*, 7 (1): 1-5.

Moix, J. (1994). Emoción y cirugía. *Anales de Psicología*, 10(2), 167-175

Parra, M. A. (2003). La capacidad del paciente para prestar válido consentimiento informado. El confuso panorama legislativo español. *Aranzadi Civil*, 1: 1901-1930.

Pedroche, S., & Quiles, M. J. (2000). Preparación psicológica basada en la información. En: J. M. Ortigosa & F. X. Méndez, (Eds.), *Hospitalización Infantil* (pp.75-94). Madrid: Biblioteca Nueva.

Pérez, J. L. (2010). Testigos de Jehová. Entre la autonomía del paciente y el paternalismo justificado. *Indret: Revista para el Análisis del Derecho*, 2: 1-24.

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.

Remor E, Arranz P y Ulla S: El Psicólogo en el ambiente hospitalario (2003). Biblioteca de psicología desclée de brouwer

Ruiz M. (1993). Autonomía personal y derecho a la propia vida. Una reflexión filosófico-jurídica. *Revista de Estudios Constitucionales*, 14: 135-165

- Salcedo, M. (2009) El psicoanálisis freudiano: un acontecimiento en la psicología. *Revista psicogente*, 12 (21) (9): 214-230.
- Sprung, L; Sprung, H. (1983). Gustav Theodor Fechner y el surgimiento de la psicología experimental. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 15 (3): 349-368.
- Troncoso, M. P., & Suazo, S. V. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enfermería*, 20(4), 499-503.
- Vinaccia, S. (1989). Psicología de la salud en Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 21 (2), 255-260.
- Yepes, F. J. (1990). *La salud en Colombia: Hallazgos y recomendaciones*. Bogotá: Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación.
- Wertheimer, M. (1912). Estudios experimentales sobre la visión del movimiento. *Zeitschrift der Psychologie*, 61, 161-265. Versión en castellano: Sahakian, W. S. (1968). *Historia de la psicología*. México: Trillas.
- Williamson G. M (1995). Restriction of Normal Activities Among Older Adult Amputees: The role of Public Self-Consciousness. *Journal of Clinical Geropsychology*, 1: 229-242.
- WHO. (2006). Constitución de la organización mundial de la salud. En: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Zas Ros B: (2011). *Experiencias en psicología Hospitalaria*