

UNIVERSIDAD ANTONIO RUIZ DE MONTOYA

Facultad de Filosofía, Educación y Ciencias Humanas



CREENCIAS RESPECTO A LOS PSICÓLOGOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, EN UN GRUPO DE MÉDICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presenta la Bachiller:

SOFÍA MAGDALENA VALDIVIA ROBLES

Presidente : Gabriela Gutiérrez Muñoz

Asesor : María Eugenia Maguiña Lorbés

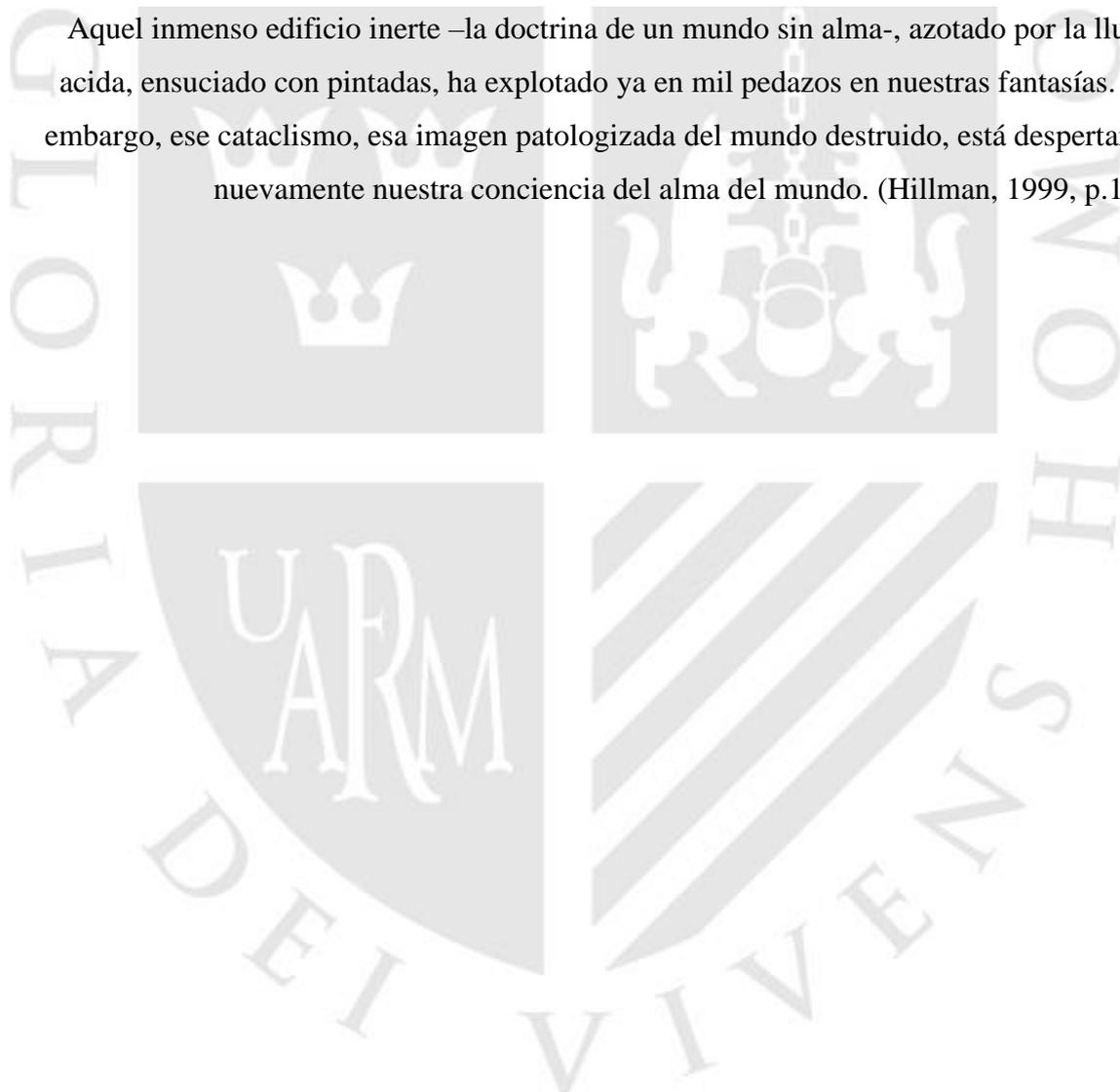
Lector : Patricia Cabrerizo Rey de Castro

Lima-Perú

Noviembre de 2019

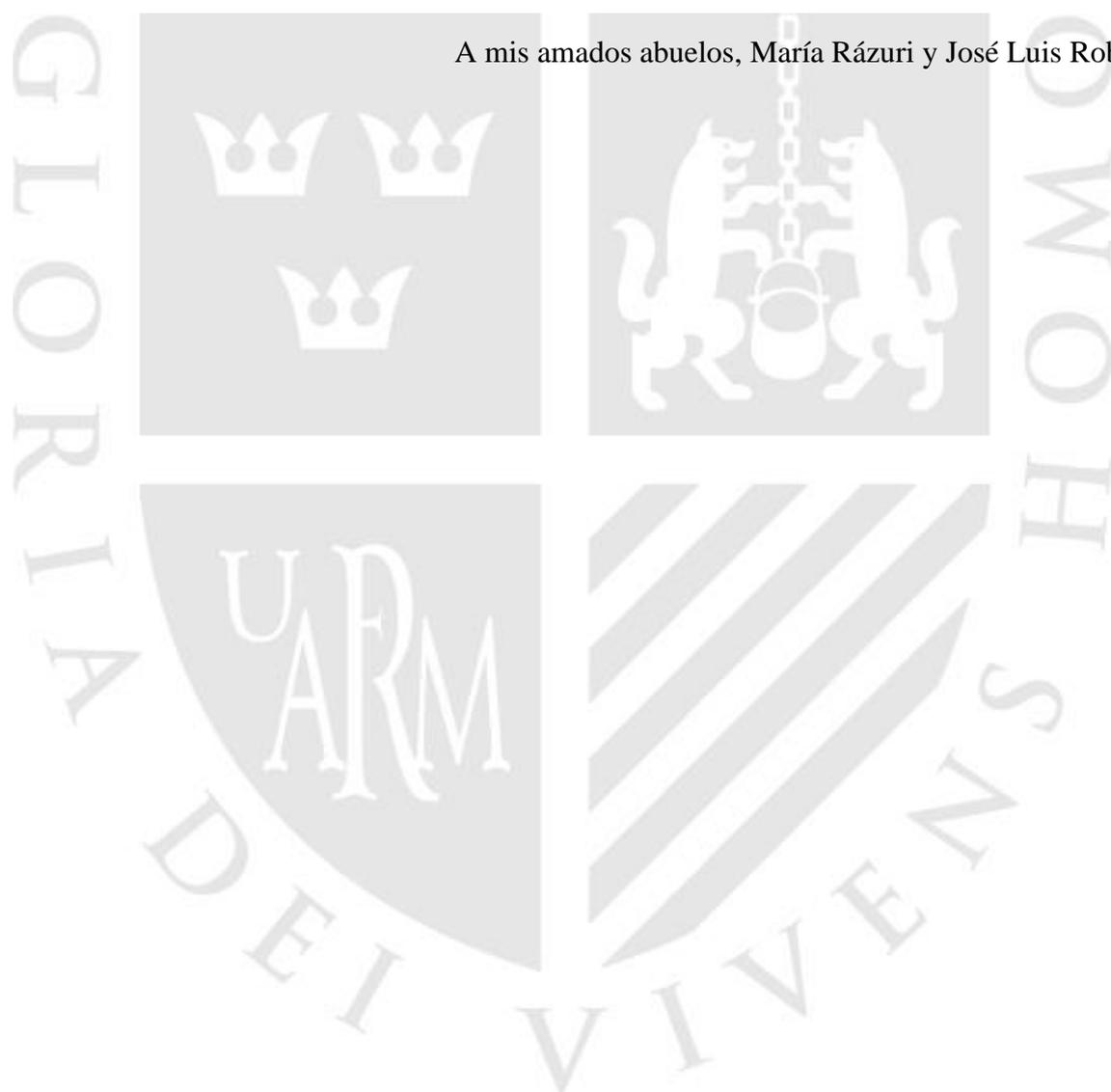
EPÍGRAFE

Aquel inmenso edificio inerte –la doctrina de un mundo sin alma-, azotado por la lluvia acida, ensuciado con pintadas, ha explotado ya en mil pedazos en nuestras fantasías. Sin embargo, ese cataclismo, esa imagen patologizada del mundo destruido, está despertando nuevamente nuestra conciencia del alma del mundo. (Hillman, 1999, p.182)



DEDICATORIA

A mis amados abuelos, María Rázuri y José Luis Robles



AGRADECIMIENTOS

A Milagritos Robles, Marco Carlos, Marco Alejandro Carlos, Victoria Carlos y Franco Carlos, por apoyarme como familia, desde de sus bellas diversidades.

A Mariela Tavera, Carlos Flores Galindo y Sandra Azañedo por ayudar a construir los cimientos de esta tesis.

A Diego Vargas por sentarse a revisar conmigo y Karen Salazar por orientarme en la última etapa, amigos como ustedes valen oro.

A María Eugenia Maguiña por asesorar esta tesis con tanta paciencia y crítica constructiva.

A todos los médicos participantes de este estudio.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo explorar y comprender las creencias que los entrevistados tienen sobre los psicólogos en el ámbito hospitalario. Utilizando metodología cualitativa, basada en entrevistas semiestructuradas a 10 médicos especialistas que laboran en un hospital público de Lima, los hallazgos muestran cuatro clusters de creencias sobre los psicólogos de hospital: i), creencias sobre la identificación del psicólogo en el campo hospitalario; ii), creencias sobre la socialización del psicólogo con el equipo sanitario; iii) creencias sobre las funciones del psicólogo en el hospital, iv) y, creencias sobre factores sociales e institucionales. Al hacer interactuar las creencias contenidas en los clusters se encontró una serie de problemáticas a resolver y seguir explorando en torno a la calidad de los servicios de salud que se brindan a causa de las dinámicas y creencias que se generan en la interacción entre médicos y psicólogos en hospitales.

Palabras clave: Psicólogos del ámbito hospitalario, creencias

ABSTRACT

This research aims to explore and understand the beliefs that interviewees have about psychologists in the hospital setting. Using qualitative methodology, based on semi-structured interviews with 10 specialist doctors working in a public hospital in Lima, the findings show four clusters of beliefs about hospital psychologists: i) beliefs about the identification of the psychologist in the hospital field; ii) beliefs about the socialization of the psychologist with the health team; iii) beliefs about the psychologist's functions in the hospital; iv) and, beliefs about social and institutional factors. By making interacting the beliefs contained in the clusters a number of problems were found to be solved and continue to explore the quality of health services provided because of the dynamics and beliefs that are generated in the interaction between doctors and psychologists in hospitals.

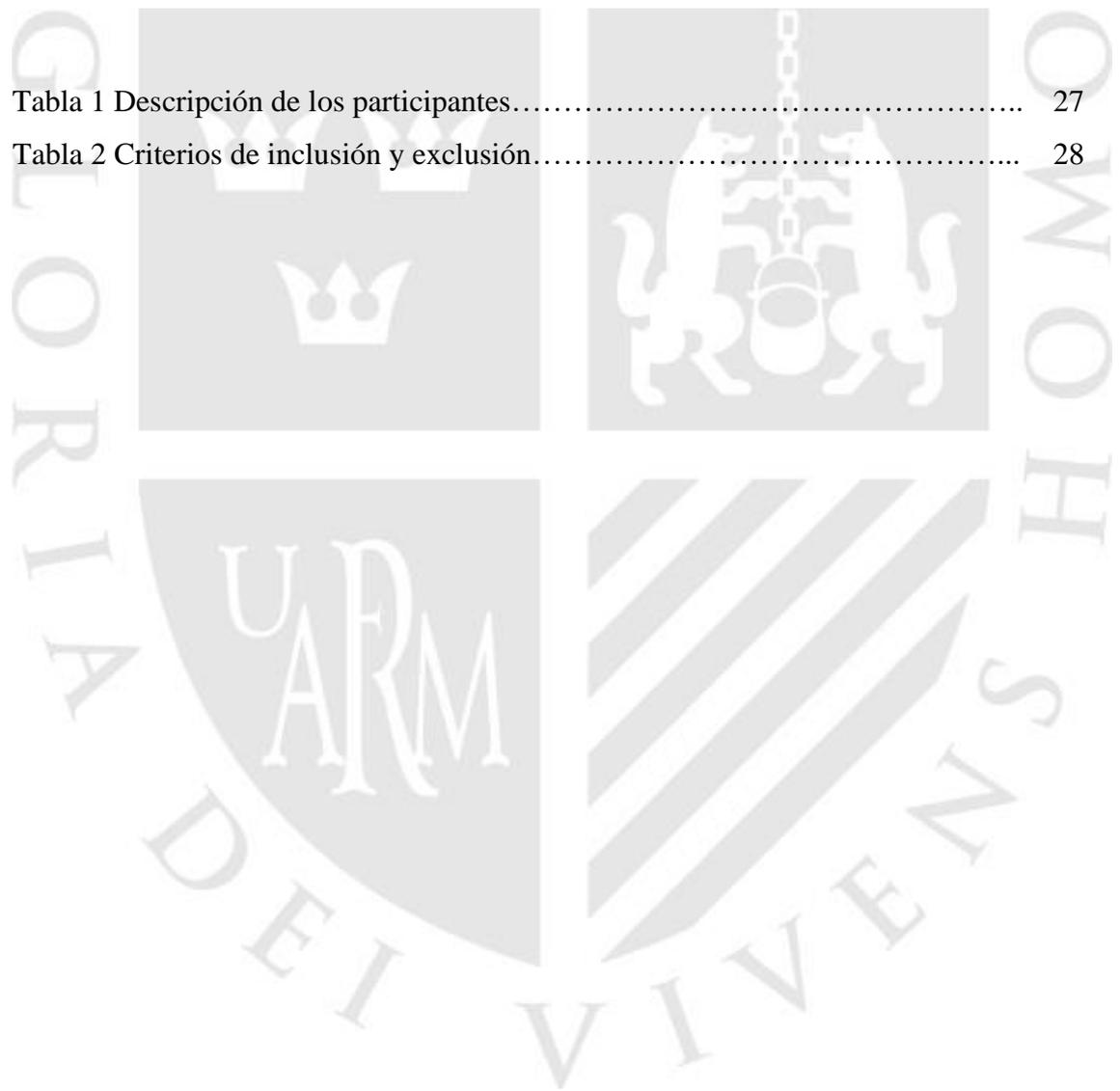
Keywords: Hospital psychologists, beliefs

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	12
1.1 Creencias.....	13
1.2 El psicólogo en hospitales.....	18
1.3 El psicólogo en hospitales del Perú.....	19
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....	25
2.1 Participantes.....	26
2.1.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	28
2.1.2 Acercamiento a los participantes.....	30
2.2 Instrumento.....	31
2.2.1 Ficha sociodemográfica.....	31
2.2.2 Entrevista semiestructurada.....	32
2.2.3 Collage.....	33
2.3 Procedimiento.....	34
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	36
3.1 Creencias sobre la identificación del psicólogo en el campo hospitalario.....	37
3.2 Creencias sobre la socialización del psicólogo con el equipo sanitario.....	43
3.3 Creencias sobre las funciones del psicólogo en el hospital.....	48
3.4 Creencias sobre la sociedad y la institución.....	53
Conclusiones.....	57
Recomendaciones.....	60
Bibliografía.....	62
Anexos.....	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Descripción de los participantes.....	27
Tabla 2 Criterios de inclusión y exclusión.....	28



INTRODUCCIÓN

Desde que en 1946 la Organización mundial de la Salud (OMS), cambió la definición conceptual de salud al “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1), se suponía que la comprensión de la salud como la ausencia de afecciones o enfermedades, o desde el modelo biomédico, perdería vigencia, para dar paso al modelo biopsicosocial contemplado en esta definición.

Por tanto, se esperaba que el campo hospitalario se tornara en un entorno de trabajo multidisciplinario, donde la figura del psicólogo empezaría a posicionarse con el tiempo, debido a que, como señalan autores como Arrivillaga (2008) u Oblitas (2008), la psicología de la salud ha brindado grandes aportes a nivel de intervención, análisis e investigación, a la salud pública en el mundo.

Sin embargo, según Reig-Ferrer (2005), el modelo biomédico sigue siendo el paradigma predominante a nivel mundial, por lo que el psicólogo que trabaja en contextos como el hospitalario es usualmente considerado prescindible para juicio de otros médicos. Como señala Cortéz (2010), los médicos son los profesionales protagonistas del sistema de salud hospitalario, dado que son los responsables de la toma de decisiones en la atención del paciente; por tanto, su opinión y las creencias que la moldean se vuelven determinantes. Si pensamos en un modelo de salud centrado en la persona y su contexto, la medicina requerirá de la psicología, y se demandará más formación e intervención de los psicólogos como profesionales de la salud en hospitales (Reig-Ferrer, 2005).

A pesar de que “la psicología apuesta por una medicina centrada en la persona y por una relación con los médicos basada en la cooperación y colaboración” (Reig-Ferrer; 2005, p.284), el diálogo entre ambas profesiones no ha sido sencilla; lo cual, según Pérez (1990) ha caracterizado gran parte de sus dinámicas de relación en el campo, afectando la calidad en la atención. Según Bernal, et al. (2015) “Estudiar el clima organizacional en

salud pública constituye actualmente una de las herramienta estratégicas que contribuyen al mejoramiento continuo de la organización” (p.9).

Dávila, et al. (2012) señalan que “la participación de Psicólogos en el campo de la salud no registra muchos antecedentes de investigaciones cualitativas, por lo cual reviste importancia el tema de la investigación, ya que apuntaría a la construcción del rol de nuestros profesionales en dicho ámbito” (p.117). Por ello, en el presente estudio se busca explorar y comprender las creencias que los médicos tienen respecto a los psicólogos en el campo hospitalario.



CAPÍTULO I: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Para la inserción e integración del psicólogo en el campo hospitalario, se ha pasado por un proceso de adaptación. Para Arrivillaga (2008), los psicólogos tienen:

[...] una manera de ver, de pensar, de organizarse y de representarse a sí mismos. Todo esto produce su identidad y una cultura profesional que condiciona su actuación y determina las expectativas que la sociedad tiene con relación a su papel en el ámbito de la salud (p.145).

En México, Bautista (2016) se encuentra que, a pesar de considerarse el trabajo del psicólogo como útil, se prefiere realizar interconsultas a neurología, dado que es un área involucrada en los aspectos médicos, dejando pasar la evaluación de las emociones y aspectos psicoeducativos de los pacientes. Este tipo de omisiones tendría que ver, según Shulman y Shewbert (2005), con el estigma alrededor de la “percepción popular de la enfermedad mental”, donde esta omisión por parte de médicos facilita la permanencia del estigma en la población, generando a su vez más carga de trabajo para otros miembros del equipo de salud (Contreras et al., 2014, p. 52).

Dado que se deduce que los médicos forman parte de la misma sociedad donde incrementan el estigma alrededor de los psicólogos y las creencias que las generan, valdría la pena pensar en las creencias hacia los psicólogos, bajo las cuales actúan los médicos en el ámbito hospitalario. También, cuestionarnos cómo se han ido presentando y desarrollando los psicólogos como profesionales en los hospitales, y si esto está nutriendo el estigma. Además, cómo influye esto en el proceder de los médicos y en los servicios que brinda el hospital, teniendo en cuenta que autores como Cortéz (2010) consideran que los saberes y creencias de los médicos son centrales en hospitales, por su papel central en la toma de decisiones para los tratamientos de los pacientes.

1.1 Creencias

Para la psicología, el concepto de creencia surge a partir de los modelos de la psicología y la psicoterapia cognitivas, los cuales nacieron en respuesta a las necesidades que en la práctica algunos teóricos de la época consideraban no se estaba cubriendo con rigurosidad desde el psicoanálisis y desde el conductismo (Ruiz, 2009; Camacho; 2003).

Según Ruiz (2009), todos los enfoques cognitivos comparten los siguientes supuestos para su teorización: Percepción y experiencia “son procesos activos de inspección e introspección”; cogniciones “son resultado de síntesis de estímulos internos y externos”; “un individuo evalúa una situación a partir de sus cogniciones”; “estas cogniciones reflejan la configuración de la persona acerca de sí misma, del mundo, del pasado y su futuro”; “modificaciones en las estructuras cognitivas influyen en la conducta y afectos”; y “la identificación y corrección de distorsiones produce mejoría clínica” (pp.7-8).

Albert Ellis y Aaron Beck, ambos provenientes del psicoanálisis, son hasta el momento los autores que más han teorizado sobre las creencias, desde la formación de sus respectivos modelos de terapia cognitiva, los cuales buscaban integrar aspectos de los dos grandes modelos que le anteceden (Ruiz, 2009).

Para entender el concepto de creencia, es esencial explicar la relación entre estructuras, procesos y resultados cognitivos. Al respecto, Camacho (2003) sostiene que las estructuras cognitivas “pueden relacionarse con los esquemas, los procesos cognitivos con la atribución de sentido que se da a partir de los esquemas” (p.4). Esto hace necesario hablar de los esquemas, que si bien como dice Camacho, autores como Barlett (1932), Piaget (1951) y Neisser (1967) mencionaron, quien reformula y teoriza ampliamente al respecto es Beck (1979).

Para Beck, los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo. Los esquemas también fueron definidos como estructuras más o menos estables que seleccionan y sintetizan los datos que ingresan. (Camacho, 2003, p.4)

Los esquemas, entonces, se relacionan con las creencias en cuanto estas son sus “resultados cognitivos”, es decir “son el resultado del proceso que se da entre los esquemas

y la realidad; dichas creencias, a su vez, influyen en el mismo proceso.” (Camacho, 2003, p.4).

Ruiz (2009) afirma que para Ellis, desde el esquema metodológico de su terapia racional emotiva, las creencias son el mediador “B”, del esquema ABC, donde A es el estímulo y C es la respuesta, siguiendo la lógica del filósofo Epícteto quien consideraba que “los hombres no se perturban por las cosas en sí, sino por la visión que tenían de ellas” (p. 7).

Las creencias, por tanto, son cogniciones que funcionan como contenido de los esquemas cognitivos, y se manifiestan en enunciados absolutos (supuestos), estereotipados (Chertock, 1995) que funcionarán como posibles pautas de los pensamientos, afectos y conductas de las personas frente a ellos mismos, los otros y su ambiente (Beck, et al., 1979; Rodríguez y Vetere, 2011). Según Callejo (2003), la persona puede ser consciente, semiconsciente o inconsciente de estas.

Podemos decir, además, que las creencias son un conjunto de ideas aprendidas en el contacto con el entorno desde la infancia, consideradas por las personas como verdaderas y absolutas, y que marcarán las pautas respecto a cómo se interpreta, siente y actúa en el mundo, con el fin de adaptarnos (Beck, 1995; Lega, Caballo, y Ellis, 1997; Ruiz y Fuste, 2015). Al respecto, Poper (1994) agrega que las creencias pueden ser entendidas como “verdades personales, sostenidas individual y/o colectivamente (...) con componente afectivo y evaluativo”, es decir, las creencias influyen o generan consecuencias a nivel de conducta y también a nivel emocional (Chertock, 1995; Lega, Caballo y Ellis, 1997).

Para Callejo (2003), es necesario diferenciar las creencias del conocimiento, dado que el límite entre ambas puede ser poco claro. Este autor plantea guiarnos de la diferenciación hecha por Abelson (1979), donde el conocimiento posee un carácter objetivo y es consensuado por un grupo humano, mientras que las creencias son de carácter subjetivo, se mantienen con distinto grado de convicción y no siempre son compartidas. Siguiendo esta diferenciación, Callejo (2003) plantea que las creencias podrían ser también “un tipo de conocimiento subjetivo” (p.180).

Por su parte, autores como Rokeach (1968), Green (1971) y Pehkonen, et al. (1996), plantean que las creencias no se sostienen de forma aislada, sino que trabajan en conjunto formando una red, donde “el sistema de creencias de una persona se caracteriza

por la forma en que cree y no tanto por lo que cree. Dos personas pueden tener las mismas creencias y distintos sistemas de creencias” (Callejo, et al., 2003, p.182), lo que tendrá como consecuencia una respuesta diferente en cada caso.

Se han buscado diversas formas de aproximarse y tipificar las creencias para su entendimiento. Desde distintas fuentes revisadas para esta tesis se han encontrado tres formas de clasificación: según su origen, según cómo se relacionan en el sistema de creencias, y según su coherencia. Formas de clasificación que se complementan y permiten profundizar en la descripción y operacionalización de las creencias en esta tesis.

Si se busca acercarse a la comprensión de las creencias según su origen, es relevante recordar que estas se forman en el contacto con el entorno, en “diversos espacios de socialización como la familia, los grupos de iguales, los medios de comunicación social, las actividades de ocio y tiempo libre [...] y los mitos sociales” (Callejo et al., 2003, p.181). Estos espacios originan, refuerzan o contradicen las creencias. Si partimos de su origen o de cómo se adquieren y modelan, según Fishbein et al. (1975), las creencias se pueden clasificar como creencias descriptivas, inferenciales e informativas (Callejo et al., 2003). Las creencias descriptivas se obtienen directo de la experiencia o “del contacto personal con los objetos” y “se mantienen con un alto grado de certeza al ser validadas continuamente por la experiencia y suelen tener un peso importante en las actitudes de los individuo”; las inferenciales “tienen su origen en relaciones previamente aprendidas o en el uso de sistemas formales de codificación; [...] la base de la creencia inferencial es siempre algún tipo de creencia descriptiva”; y las informativas, por último, “proviene de informaciones que proceden del exterior: otras personas, medios de comunicación social, etc” (Callejo et al., 2003, p.181).

Si bien esta primera tipificación permite comprender cómo se puede formar una creencia, lo cual aporta a entender el cómo opera, también es importante que cada creencia sea considerada como parte de un conjunto. Como se mencionó antes, las creencias se sostienen en un sistema, no de forma aislada y por lo mismo es relevante acercarse teóricamente a una clasificación que parte de la relación de cada una de ellas en el sistema de creencias.

Al respecto, Green (1971) identifica que existen creencias “primarias y derivadas” (Callejo et al., 2003, p.181), las cuales están relacionadas pues las primeras son premisas y

la segundas son las conclusiones de dichas premisas. Esto resulta similar a las creencias inferenciales, pero parten de un acercamiento a su comprensión distinta.

Dentro del mismo acercamiento relacional, para Beck (1995) las creencias nucleares, también conocidas como centrales, son las más arraigadas y fundamentales para el individuo, son “verdades absolutas, globales, rígidas y sobregeneralizables”; y se diferencian según Beck (2000), sutilmente de los esquemas cognitivos en cuanto estos son estructuras cognitivas propias de la mente y las creencias nucleares son el contenido (Ferrer, 2010): “Son aquellas que constituyen el self de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. Ej.: Yo soy varón.” (Camacho, 2003, p.5).

Las creencias intermedias, también conocidas como periféricas o secundarias, son más accesibles y fáciles de verse modificadas pues se manifiestan en “actitudes (“Es terrible ser incompetente”), reglas y expectativa (“Debería dar siempre lo mejor de mí”) y suposiciones (“Si me exijo entonces lograré lo que quiero”)” (Ferrer, 2010, p.79).

Mientras tanto, para Camacho (2003), las creencias intermedias estarán relacionadas “con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares” (p.5). En este sentido esta división se basa en la diferencia en el grado de “convicción, fuerza y centralidad psicológica” en el sistema de creencias (Callejo et al., 2003).

Sin embargo, es importante señalar que Beck (1995) contempla esta división a partir de los niveles del pensamiento: estando las creencias nucleares en un nivel más profundo del pensamiento, las intermedias en un nivel de mayor acceso, y en un tercer nivel, situado en la superficie, se encontrarían los pensamientos automáticos. Beck y otros autores señalan que, es a través de los pensamientos automáticos que se puede tener un primer acceso a las creencias; estos pensamientos tienen como base las creencias nucleares e intermedias (son manifestaciones de las creencias); son “evaluaciones rápidas y breves”, “conscientes”, y de fácil acceso a través del discurso, que no parten de una racionalización, pero tienen una influencia directa en la conducta y afectos de la persona (Beck, 1995; Camacho, 2003; Ferrer, 2010).

Un ejemplo de pensamiento automático podría ser el de una mujer que estando en una fiesta mira a un hombre que le gusta y se dice: “Estás fea”, “No te va a dar bola”, “Igual te vas a

quedar sola” o “Te va terminar dejando”. Estos pensamientos automáticos podrían corresponder a una creencia nuclear del tipo: “No merezco el amor de nadie”. (Camacho, 2003, pp. 6-7)

Por último, una tercera forma de clasificar y acercarnos al entendimiento de las creencias es a partir de su coherencia. No toda creencia tiene argumentos, lógicos y sólidos, ni responden a la evidencia. Esto, según las ideas de Ellis y Becker (1982), se debería a que existen dos tipos de creencias, las cuales pueden coexistir en la persona: las racionales e irracionales. Las primeras “están basadas en datos empíricos y en una secuencia científica y lógica entre premisas y conclusiones” y las segundas “son ilógica, poco empíricas y dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo” (Lega, Caballo y Ellis; 1997; pp. 18-19).

Para Callejo et al. (2003), la coexistencia de ambos tipos de creencias pueden o no causar inconsistencia interna latente, ya que recordemos que cada creencia es parte de un sistema, con algunos “clusters”, que pueden estar más o menos aislados entre ellos, “es posible mantener simultáneamente creencias opuestas, protegidas en sus respectivos clusters, sin que ello suponga ningún conflicto; más aún, el propio “escudo protector” puede llegar a convertirse en una nueva creencia (Llinares, 1992)” (p.183). A esto es importante acotar que ambos tipos de creencias serán mantenidas y reforzadas en la medida que los sucesos confirmen estas; por lo que la experiencia tendría más relevancia, que la misma racionalidad de la creencia para la permanencia (Chertock, 1995).

Después de definir las creencias, explicar el enfoque y estructura teórica del cual parte el término, y exponer las tipificaciones que se han hecho de ellas desde su origen, relación sistémica y coherencia, es importante resaltar que para esta tesis no hablaremos de las creencias respecto a uno mismo o en este caso respecto a los médicos participantes, sino respecto a un otro, que serían los psicólogos que trabajan en hospitales. Sin embargo, en la búsqueda de información no se pudo encontrar estudios que hayan trabajado directamente la variable “creencias respecto a los psicólogos de hospital”, por lo que es importante relacionar ésta población con creencias, desde la teoría previamente expuesta.

Para acercarnos a la relación entre creencias y psicólogos de hospital, se profundizará a continuación en la bibliografía encontrada respecto a los psicólogos en el ámbito hospitalario y se observará el estado del fenómeno a estudiar en el contexto

peruano, para poder hacer un análisis de los resultados de esta investigación con ambos componentes de la variable.

1.2 Investigaciones sobre el psicólogo en hospitales

En un estudio realizado en España por Bula, et al. (2005), se encontró que más profesores de medicina identificaban la psicología como profesión sanitaria, que los profesores de psicología. Según Fernández, et al. (2016), en España y Brasil, gran parte de la dificultad para que los psicólogos se incorporen en el sistema de salud tiene que ver con que, a nivel de formación, la psicología como carrera no suele contemplar la psicología de la salud como parte de la formación en pregrado. La situación en postgrado es similar, ya que la formación se reduce a la investigación, más no asegura la puesta en práctica.

En este sentido, Contreras y Palacios (2014) consideran necesario que el psicólogo hospitalario adquiera conocimientos de área médica, para de esa forma poder entender y dialogar en el idioma de los otros miembros del equipo de salud. Pero Bautista, et al. (2016), encuentra que también hay desconocimiento sobre las teorías psicológicas aplicadas en este campo por parte de los médicos generales. Esta mezcla de saberes, desconocimiento y distintas formas de proceder entre médicos y psicólogos, tienen un efecto en el clima organizacional del hospital, lo cual ha sido relevante para la elección de nuestra variable como se verá más adelante en el siguiente apartado.

En Brasil, Gorayeb (2001), describe y analiza su trabajo en un hospital general durante treinta años, para entender y plantear teorías sobre cómo es el proceso de insertar al psicólogo en el campo hospitalario, y su relación con los médicos. El autor manifiesta que el psicólogo se vuelve clave en el tratamiento a pacientes quirúrgicos, por la complejidad emocional a la que se puede llegar partir de la incertidumbre y sensación de amenaza previa y posterior a la intervención.

Esto mismo pasa con la atención quirúrgica a niños, donde el autor comenta que es aún más importante por la “angustia de no comprender ciertos conceptos” y a su vez porque esta “angustia se extiende a sus padres”. Para ambos casos, Gorayeb (2001) dice que psicólogo evalúa, contiene y brinda información al paciente, para así prepararlo positivamente a las situaciones hospitalarias. De igual manera, se reconoce la importancia

de la intervención del psicólogo con pacientes con “enfermedades crónicas en fases terminales”, por la necesidad de acompañamiento en la “asimilación de los diagnósticos”, “aceptación de muerte” y “desarrollo favorable de lo que sucederá en su vida”. Por último Gorayeb, resalta la importancia del trabajo del psicólogo con el personal sanitario que trabaja con este último tipo de poblaciones, pues es relevante atender y evaluar los estados emocionales que pueden surgir en estos al trabajar frente a la muerte constante de los pacientes (pp. 4-8).

Respecto a las dinámicas que tienen los psicólogos con los médicos, en diferentes partes de Latinoamérica se ha encontrado que hay una forma tradicional de acudir a un psicólogo de ser requerido para un paciente. En Dávila, et al. (2012) realizan una investigación en Córdoba con la variable de significación del rol del psicólogo en equipos de salud de hospitales nacionales y centros periféricos.

En dicha investigación se evidenció que en los hospitales, por ser un lugar de estructura más “rígida, la interacción de otros profesionales de la salud con los psicólogos se da generalmente por “interconsulta”, la cual se sugiere o pide cuando el paciente necesita prepararse psicológicamente para un procedimiento o cuando el paciente requiere de contención emocional. Como también se menciona en el texto de Gorayeb (2001), el psicólogo en su experiencia es interconsultor para cualquier área, pues ayuda a la evaluación e intervención de factores emocionales durante tratamiento de otros profesionales. A pesar de que esto se produzca temporalmente, Gorayeb (2001) indica que el psicólogo también puede pedir la asistencia de otros profesionales de la salud según lo encontrado en la evaluación del paciente, realizar trabajo con las familias o sugerir una terapia breve. Así mismo el autor agrega que en su experiencia solo la “competencia y eficiencia en estas interacciones” con el equipo médico, “aumentará la demanda y apreciación de su labor” en el hospital (pp. 7-9).

1.3 El psicólogo en hospitales del Perú

En el Perú, para trabajar como psicólogo según el artículo 6 de la ley del trabajo del psicólogo los requisitos para ejercer la profesión son: Contar con título profesional, y estar inscrito y habilitado en el Colegio de Psicólogos (Ley N° 28369, 2018). Agregado a esto, si un psicólogo desea ejercer en un hospital o cualquier entidad pública, también

tendría que haber realizado el servicio rural y urbano marginal de salud según el artículo 1 de la ley del mismo nombre (Ley N° 23330, 2018). Sobre sus funciones específicas se espera del psicólogo como profesional, lo siguiente: “Evaluación, diagnóstico, prevención, promoción y tratamiento psicológico en las diferentes especialidades”, “Elaboración, administración, calificación e interpretación de materiales de evaluación e intervención”, “El diseño, la gestión y ejecución de proyectos”, “La dirección de servicios psicológicos”, “Investigación psicológica de la problemática social existente que permita plantear alternativas basadas en la especialidad”, y “Participación como consultor y asesor especializado” (Ley N° 28369, 2018, p.2).

Según la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud (MINSA), en el Perú “existe un desequilibrio entre el desempeño laboral y las competencias del egresado de los profesionales de las ciencias de la salud y persistencia de modelos de formación tradicionales, centrados en la enfermedad” (García, et al., 2015, p.10).

Dentro de las profesiones de las ciencias de la salud que los autores mencionan como parte de este problema se encuentra la psicología. Según Arroyo (2011) parte de este desequilibrio se debería en primera instancia a “la inadecuación de los profesionales formados en relación con las competencias requeridas, lo que se traduce en la dificultad para ejercer las competencias para el cuidado de la salud en las personas, así como para desarrollar labores de gestión del cuidado y la atención en salud” (García, et al., 2015, p.10). Dado lo emitido en este informe, es importante intentar comprender qué le está faltando al psicólogo para realizar un buen desempeño en el campo de la salud.

Para Piña y Rivera (2006), de seguirse los principios del modelo teórico de la psicología de la salud, “corresponde a los profesionales de la psicología hablar de y tratar con la salud [...] no con la enfermedad, [...] definir con la debida precisión qué hacer, cómo y por qué hacerlo” (p. 676) y “a partir del conocimiento generado por y desde la disciplina básica, transfiere el conocimiento a otros profesionales practicantes de alguna interdisciplina particular [...] o a los usuarios de los servicios, [...] con el objeto de que sean ambos quienes hagan uso de dicho conocimiento” (p.677). Sin embargo como señalan Fernandes, et al. (2016) no se suele tener en cuenta durante la formación de pre grado en psicología la psicología de la salud. Por lo que los psicólogos que culminan el pre grado no se encuentran preparados para lidiar con campos como el hospitalario.

Romero (2006), en su artículo *Las políticas de salud en el Perú: una mirada crítica*, recoge las definiciones de salud y salud mental sobre las cuales se basan las políticas de salud en nuestro país y encuentra una serie de contradicciones en lo teórico y práctico. Según el autor, tanto en la teoría como en la práctica hay una incoherencia entre la definición de salud actual validada por la OMS y el MINSA desde el modelo biopsicosocial, y la diferenciación entre psicología de la salud y psicología clínica: “[...] ella pone de relieve esa suerte de sectorización entre salud física y mental; ello conduce rectamente a la dicotomía mente-soma, anacrónica, reduccionista y en la práctica inoperante” (Romero, 2006, p.82).

Asimismo, Romero sostiene que a pesar que en el 2004 el MINSA declara que la visión de la salud mental tradicional reduce el campo de acción por centrarse en la psicopatología y no ver a la persona como un ser biopsicosocial, en ese mismo artículo se manifiesta que los lineamientos estaban dirigidos a tratar con pacientes con distintos trastornos mentales. Esto solo pone en evidencia que cuando nos referimos a psicología clínica y salud mental, en realidad seguimos hablando de enfermedad de forma aislada.

¿Cuál es el fundamento para excluir los ‘trastornos mentales’ del campo de la Psicología de la Salud?, ¿es pertinente establecer que aquellos son objeto de la Psicología Clínica?; la dimensión social y la dimensión ecológica ¿en manos de qué disciplina deben quedar?; la salud -integral, si incurrimos en la redundancia generalizada- ¿no es acaso una función de la conducta, y esta expresión del Hombre total y no compartamentalizado? (Romero, 2006, p.82).

Si se tiene en cuenta esto, es natural que los profesionales de la carrera de psicología, no estén preparados al ingresar al campo hospitalario, ya que hay un vacío producto de las conceptualizaciones posteriormente plasmadas en leyes.

La psicología de la salud (referida al trabajo en hospital) a través de sus cuatro ejes ha brindado grandes aportes a nivel de intervención, análisis e investigación, a la salud pública en el mundo. Se ha trabajado la promoción de la salud, prevención de enfermedades; evaluación y tratamiento para enfermedades específicas, y la evaluación y mejora del sistema sanitario (Arrivillaga, 2008; Oblitas, 2008; y Gómez, 2007).

El papel de los psicólogos de la salud está en el diseño de instrumentos para medir las conductas de riesgo para la salud, la creación de programas de prevención y promoción de la salud y el desarrollo de estrategias de intervención para el manejo de los aspectos psicológicos de la enfermedad. (Oblitas, 2008, p.251)

Quizás es conocer, estudiar y poner en práctica estos aportes lo que podría estar faltando en el campo a los profesionales de la psicología. Oblitas (2008), menciona que la psicología de la salud ha brindado aportes en latinoamérica, en el manejo de la salud infantil, comportamientos de seguridad, tabaquismo, consumo de alcohol, consumo de drogas, y sexualidad. Y resalta las siguientes áreas de intervención, como las principales de la psicología de la salud en la actualidad: cáncer, dolor crónico, trastornos cardiovasculares, trastornos del sueño, Asma bronquial, VIH/SIDA, diabetes, fibromialgia, síndrome del intestino irritable, y trastornos neurológicos.

Por otro lado, después de realizar una revisión documentaria en distintos portales web de universidades del Perú y del MINSA, se encontró una particularidad en los convenios de prácticas. Las universidades con las que el MINSA tiene convenios de prácticas, tienen en común que en la malla curricular de la escuela de psicología cuenta con un curso obligatorio de psicología clínica y de la salud, o que cuenta con una especialización en pregrado de psicología clínica y de la salud. Otras universidades, si bien cuentan con un curso que incluye la psicología de la salud, lo cursan como materia electiva y separada de la psicología clínica. Eso quiere decir que, en teoría, los practicantes de estas universidades contarían con los conocimientos de la psicología de la salud que les va a permitir adaptarse al ambiente hospitalario, aportando así a la calidad de la atención.

Para Elgegren (2015) la calidad de los servicios brindados en hospitales estará estrechamente ligada a la calidad del clima organizacional que presenten. En el Perú se ha propuesto, con el fin de promover el compromiso y la cooperación en los equipos de salud, mejorar tanto el clima organizacional, como la calidad de los servicios en salud, a través del trabajo sobre las actitudes de los trabajadores hacia sí mismos, sus acciones y los demás (Elgegren, 2015).

En los hospitales las actitudes importan en cuanto afectan el comportamiento en el trabajo: una actitud positiva posibilitará una mejora en la calidad de los servicios de salud prestados, y las actitudes negativas traerán baja productividad, un incremento de la probabilidad de cometer errores, dificultad en la resolución de conflictos interpersonales y dificultad para trabajar en equipo (Elgegren, 2015).

Según González (2004), si bien las actitudes tienen un componente cognitivo, un componente conductual y un componente emocional, es el componente cognitivo el que

representa la entrada a estas disposiciones hacia los distintos objetos que se evalúan, donde se hace énfasis en las creencias. Esto último nos llevaría nuevamente a prestarle atención a las creencias en este campo, incluso antes que a las actitudes.

Si bien no se ha logrado encontrar investigaciones sobre creencias sobre los psicólogos en el campo hospitalario, Orellana et al (2008), realiza una investigación donde encuentra representaciones sociales del psicólogo en profesores de educación básica regular de la costa, sierra y selva del Perú donde señala que “lo posicionan como un profesional que favorece el desarrollo humano y se interesa por la persona y su convivencia en la colectividad” (Orellana et al., 2008, p.53).

Asimismo, se encontraron diferencias en las representaciones sociales de la imagen del psicólogo en las tres regiones: “En la costa investigador especializado, psicoterapeuta y consejero; en la sierra: Concientizador y promotor del bienestar y en la selva, promotor de la felicidad y de la imagen ética” (p.53).

Respecto a las especialidades, se encuentra que solo los profesores de la costa y sierra diferencian al psicólogo clínico del psicólogo educativo. Para los profesores de la selva el psicólogo es “único” y en algunos casos está asociado a los profesionales de la salud. Por último, se encontró que en la costa se asociaba al psicólogo con una función preventiva a partir de un ejemplo que resaltan los autores, a partir de su incidencia en la región: “los mejores psicólogos son aquellos que ayudan a la población a no caer en la locura” (p.53).

Para esta tesis se escogió a los médicos de un hospital nacional de tercer nivel de complejidad (MINSA, 2010), que forma parte del seguro social de salud (EsSalud), debido a que permitiría analizar creencias surgidas en las distintas formas de intervención del psicólogo en trabajo conjunto con otros profesionales de la salud. Este hospital forma parte de una de las redes asistenciales en Lima, y es uno de los tres hospitales nacionales que forman parte del plan integral nacional para la atención de emergencias (Baffigo, 2012). En el año 2015, a nivel de todo EsSalud, solo se contó con un total de 313 psicólogos (EsSalud, 2015).

Los ejes para la presente investigación surgen a partir de un análisis de la información encontrada respecto a la problemática. Así como también de dos principios: toda creencia parte de los esquemas cognitivos, supuestos básicos personales que pueden

ser formados por nuestros primeros contactos con el entorno, la personalidad, y la historia particular de cada sujeto (Lega, Caballo, y Ellis, 1997); y las creencias se desarrollan por factores ambientales, culturales y biológicos (Beck, 1976). Es debido a esto que se realizará un recojo de información, teniendo en cuenta los siguientes ejes de la vida de un médico, donde pueden formarse las creencias hacia los psicólogos del campo hospitalario: Ámbito personal o privado, formación profesional, experiencia laboral, y sociedad y cultura en la que vive.



CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

El presente estudio tiene como objetivo explorar y comprender las creencias que los médicos tienen respecto a los psicólogos en el campo hospitalario, pues consideramos que el modo de actuar de los médicos está condicionado por las creencias que se reproducen y legitiman en dicho medio. De esta manera, se potencializan o disminuyen las buenas relaciones y comunicaciones entre los profesionales de la salud, y se generan modificaciones en el clima laboral (Elgegren, 2015), permitiendo que se ponga en práctica el modelo de atención biopsicosocial. Para lograr el objetivo principal de esta tesis, se han contemplado los siguientes objetivos específicos:

- Indagar en las experiencias de contacto directo o indirecto de los participantes en sus distintos entornos (personal, educativo, laboral y social) donde haya surgido una o más creencias sobre el psicólogo de hospital.
- Identificar pensamientos automáticos en los discursos de los médicos que puedan sugerir una o más creencias respecto a los psicólogos de hospital.
- Comprender y agrupar las creencias de los médicos asociadas al psicólogo de hospital en sistemas de creencias.
- Identificar, comprender y clasificar los sistemas de creencias sobre los psicólogos de hospital que presentan dichos médicos.
- Identificar y comprender cuales son los sistemas de creencias sobre los psicólogos en los cuales los médicos se basan recurrentemente para su ejercicio profesional en el hospital.

Con estos objetivos se espera aportar a la construcción teórica del fenómeno de las dinámicas entre médicos y psicólogos en hospitales públicos de Lima, así como a la

construcción fenomenológica del psicólogo como profesional en este campo, en favor de recaudar información que ayude a mejorar la atención de los pacientes.

La presente investigación es de tipo exploratoria, cualitativa y transversal. Cualitativa, debido a que se busca la “exploración, la descripción y el entendimiento” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.14) del problema planteado, teniendo en cuenta la existencia de una realidad empírica y una realidad epistémica (Sandoval, 1996); puesto que se buscó explorar (alcance), las creencias para describirlas y entenderlas, desde la complejidad de la realidad de un grupo de médicos en un espacio y momento determinado (transversal); y esta realidad será interpretada por un investigador desde su propia subjetividad.

Se empleó el diseño de investigación fenomenológica, el cual parte del método fenomenológico de Husserl (1970), donde la investigación es “libre de presupuestos acerca de la naturaleza de la experiencia tal como esta aparece”, a la cual se llega “mediante la observación reflexiva” y tiene como tarea “investigar las maneras en que las cosas se dan y mediante las cuales aparecen en la conciencia” (Levine, 2005, pp. 29-30). Dada la cualidad exploratoria de esta tesis y la ausencia de investigaciones en creencias sobre los psicólogos de hospital en el contexto peruano, conviene acercarnos a la comprensión del fenómeno a estudiar no desde la teoría, sino desde el campo (experiencia), y acercarnos a una teorización desde ahí. Si partimos de eso este diseño resulta de utilidad para esta tesis por sus características previamente mencionadas.

2.1 Participantes

La investigación se llevó a cabo con 10 médicos especialistas de un hospital público de Lima. Se tomó como premisa principal para la selección de participantes, que los médicos tienen un rol central en el ámbito hospitalario para la toma de decisión respecto al tratamiento del paciente (Cortez, 2010).

Al inicio de la investigación se contempló que la investigadora, en tanto estudiante de psicología, podría generar deseabilidad social en los entrevistados, y por ende recogerse información superficial y/o sesgada. Es por esto que se buscó los métodos más

convenientes para el recojo de información, con el fin de sortear de la mejor manera dicha limitante de la investigación.

Se cuidó el método de acercamiento y se hizo uso de una herramienta adicional que permitiera a los participantes expresarse libremente; esto último se detalla en el apartado de instrumentos. Así mismo, para la selección de los participantes, se tomó en cuenta que la investigadora tiene acercamiento personal previo al centro de labor de los participantes por la profesión de familiares de primer orden (ver criterios de exclusión).

En la siguiente tabla (Tabla 1), se realiza una descripción detallada de los participantes finales del estudio, según los datos recogidos en la ficha sociodemográfica. Los participantes han sido colocados en la tabla en el orden en que la entrevistadora pudo acceder a ellos. Los criterios empleados para el armado de esta ficha se explicarán en la sección Instrumentos.

Tabla 1: Descripción de los participantes

Participantes	Sexo	Edad	Tiempo de Labor	Tiempo en la institución	Área de trabajo	Especialidad	Psicólogo en el área
P1	F	46	20	16	Emergencia	Medicina interna	no
P2	M	48	21	20	Cirugía general	Cirugía general, oncológica	si
P3	M	47	22	20	Infectología	Infectología	no
P4	M	68	35	33	Salud ocupacional y medio ambiente	Salud ocupacional y medio ambiente	si
P5	F	48	20	17	gastroenterología	Gastroenterología, hepatología	no
P6	F	50	24	22	Emergencia	Emergencias y desastres	si
P7	F	67	10	40	Salud ocupacional y medio ambiente	Salud ocupacional y medio ambiente	si
P8	F	47	20	15	Pediatría	Cuidados intermedios pediátrico	si
P9	M	69	36	36	Emergencia pediátrica	Cirugía pediátrica	no
P10	M	47	22	19	Oftalmología	Oftalmología	no

Nota: La información presentada es la manifestada por los participantes del estudio en la ficha sociodemográfica. Elaboración propia.

2.1.1 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión se fueron construyendo a partir de cuidados éticos y conveniencia para obtener la población que pudiera brindar más calidad de información respecto al objetivo del estudio. Así mismo, estos criterios fueron ajustados a partir del piloto de la herramienta aplicado.

En la siguiente tabla se presenta los criterios de inclusión y exclusión finales empleados para la selección de los participantes de esta tesis (Tabla 2). Posterior a esto se justificará y explicará cada uno de estos criterios.

Tabla 2: *Criterios de inclusión y exclusión de la muestra*

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">• Todas las edades.• Hombres y mujeres.• Médicos especialistas.• Deben trabajar en el mismo hospital público.• Tener o haber tenido interacción con psicólogos hospitalarios.• Médicos que cuenten o no con un psicólogo asignado al área.	<ul style="list-style-type: none">• Cualquier persona que se encuentre proceso de formación dentro de la institución (internos y residentes).• Médicos que tengan un vínculo cercano con la investigadora.• Personas con menos de un año laborando en la institución.• Personas con menos de un año laborando como médicos especialistas.

Nota: Especificación de los criterios de inclusión y exclusión de esta investigación. Elaboración propia.

a. Criterios de inclusión

- Se tuvo en cuenta que la edad podría servir como una variable de control que permitiría ver si habían diferencias y similitudes entre las opiniones de médicos según la edad, ya que se está teniendo en cuenta que las creencias se van formando a partir del contacto con el mundo, y los cambios culturales a lo largo del tiempo podrían generar diferencias. Esto daría más material de análisis a la información recogida.

- También nos pareció importante incluir médicos de ambos sexos pues permitiría ver diferencias y similitudes en las creencias. Así mismo no se encontró razón alguna para excluir algún sexo.

- Si bien en un inicio se consideraron tanto médicos generales como especialistas, en el piloto se encontró que el hospital donde laboran los participantes del estudio solo cuenta con médicos especialistas, y médicos generales en proceso de formación para especializarse (residentes).
- Se consideró que para tener homogeneidad en el contexto, era importante que todos los participantes laborarán en el mismo hospital público. Así las variables del contexto serían las mismas para todos, y no se complejizar este aspecto innecesariamente para esta tesis.
- Dado que el objetivo del estudio es recoger las creencias respecto a los psicólogos que laboran en el hospital, era imperativo que los participantes tengan o hayan tenido contacto con psicólogos, independientemente de la calidad y tiempo de las interacciones.
- Como se dijo en el apartado anterior, era relevante que los médicos participantes tengan o hayan tenido interacción con psicólogos en su centro de labor, sin embargo este contacto según el piloto no era determinado por la asignación de uno de ellos a su área. Por esto se consideró tanto a médicos con o sin psicólogos asignados a su área.

b. Criterios de exclusión

- En el piloto realizado, se encontró que los médicos generales que se encontraban en proceso de formación para especialidad, tendían a usar el discurso de sus tutores de posgrado. Así mismo la información que se recogió tendía a centrarse en sus años de residencia. Ya que este proceso de formación es extenso (tres años), y se realizan rotaciones a distintas áreas se consideró que los discursos podrían ser muy variados y sesgados por conocimientos recientemente adquiridos. Es por esto que se prefirió excluir a estos de la población objetivo.
- Un criterio de exclusión crucial para la selección de esta tesis en particular fue el que los participantes no podían tener vínculos con la investigadora entrevistadora, ni tener vínculos cercanos con miembros de su familia. De lo contrario los resultados podrían estar determinados por la deseabilidad social.

- Se creyó importante excluir a médicos que tuvieran menos de un año laborando en la institución, pues podrían encontrarse aún en proceso de adaptación, generando información muy variable.
- Así mismo, se excluyeron a los médicos que tuvieran menos de un año como médicos especialistas, ya que se temía que sus discursos aún pudieran estar muy vinculados a los discursos de sus tutores de los últimos tres años.

2.1.2 Acercamiento a los participantes

a. Muestreo

Para acceder a los participantes se empleó el muestreo por bola de nieve. La conveniencia de este tipo de muestreo para esta investigación es que “gracias a la presentación que hace el sujeto ya incluido en el proyecto, resulta más fácil establecer una relación de confianza con los nuevos participantes” (Martín-Crespo et al., 2007, p.2). Dado que la investigadora es estudiante de psicología y se busca explorar las creencias sobre los psicólogos del centro de labor de los participantes, generar confianza en los participantes para lograr discursos no determinados por la figura de la investigadora fue vital para la calidad de la información obtenida. Si se tiene en cuenta esto, el tipo de muestreo por bola de nieve resultó el ideal dada la problemática previamente presentada.

b. Tratamiento ético

Para el tratamiento ético de los participantes, se tomó en cuenta los criterios presentados por Norteña, et al (2012). Se le entregó un consentimiento informado con el que se buscó consientan (a través de una firma) el ser informantes para esta investigación, bajo derechos y responsabilidades detallados y compartidos por la investigadora. En dicho documento se aseguró la confidencialidad, se explicó el uso que se le daría a la información proporcionada, al requerirse el uso de una grabadora para las entrevistas, se aseguró la destrucción de los audios posterior a su transcripción, y se incluyó en la guía de entrevista un previo raport, en el cual se mencionó que nada de lo que diga el participante será juzgado. Así mismo este raport y estos tratamientos éticos buscaron invitar a los participantes a

sentirse más cómodos frente a la entrevistadora quien se encontraba vinculada desde la carrera profesional a los psicólogos hospitalarios.

2.2 Instrumento

Para la presente investigación se hizo uso de una ficha sociodemográfica, una entrevista semiestructurada y el collage. Las entrevistas duraron entre 38 minutos y 78 minutos. La duración de las entrevistas fue variable dado que los participantes se tomaron distintos tiempos para la elaboración del collage. Se usó los criterios de rigor metodológico para investigación cualitativa presentados por Norteña, et al (2012): consistencia, coherencia, adecuado tratamiento de la variable en la investigación, funcionalidad y pertinencia de la herramienta acorde a la metodología, credibilidad de los datos a recoger, y criterio de neutralidad u objetividad.

2.2.1 Ficha sociodemográfica

Los datos de la ficha sociodemográfica, que a su vez funcionaron como variables control, fueron: edad, género, tiempo de labor como médico, tiempo de labor en la institución, área en la que trabajan, especialidad, y si cuentan con un psicólogo en el área en la que trabajan.

La edad y género resultan relevantes como factores que podrían traer consigo distintas experiencias de vida y por ende creencias con diversos matices, que pueden aportar material de discusión y entendimiento en sus diferencias y similitudes.

En cuanto al tiempo de labor como médico, se consideró importante la experiencia en el campo hospitalario como una variable a analizar, al igual que el tiempo de labor en la institución, ya que podía haber diversos tipos de experiencia por variables del contexto. Tanto el área de trabajo, como la especialidad de los participantes se evidenciaron como datos importantes a recoger en el piloto, dado que variaron las creencias respecto a los psicólogos debido al tipo de requerimientos de la especialidad y el área de trabajo.

Finalmente, se tomó en cuenta para la ficha sociodemográfica si los participantes contaban con un psicólogo en el área, por si esto afecta en las creencias que se pueden tener, en comparación de los participantes que no cuentan con uno.

2.2.2 Entrevista semiestructurada

Según Savin-Baden et al. (2013) y King et al. (2010), la entrevista en investigación cualitativa es íntima, flexible y abierta, permitiendo volcar la subjetividad verbalmente, a partir de un intercambio de información entre entrevistado y entrevistador, y que es facilitado por una serie de preguntas y repreguntas que ayudan a construir significados respecto a un tema (Hernández, et al.; 2014). La entrevista fue semiestructurada; ya que “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (Hernández et al., 2014, p.403).

Se inició con una pregunta que permitiría conceptualizar al psicólogo del ámbito hospitalario y así mismo se preguntó por la labor de los participantes con el fin de generar una base de conocimientos previos para la realización de repreguntas. Los ejes planteados para la entrevista fueron realizados teniendo en cuenta que los autores revisados consideran que las creencias respecto a uno mismo, un otro y el ambiente pueden ser adquiridas a partir de las distintas experiencias del sujeto durante su vida. Por eso, se tuvo en cuenta las distintas formas de interacción del médico con el psicólogo en su entorno al plantear los siguientes ejes de entrevista:

a. Creencias adquiridas durante la formación profesional

Toda creencia que haya surgido a partir de sus experiencias durante su formación como médico en pre grado y postgrado.

b. Creencias adquiridas durante su labor como médico

Toda creencia que haya surgido a partir de sus experiencias durante su labor como médico, principalmente en el hospital público en el que actualmente trabaja.

c. Creencias adquiridas por las particularidades del sujeto

Toda creencia que haya surgido a partir de sus experiencias personales en el entorno familiar y social más cercano.

d. Creencias adquiridas por la sociedad a la que pertenece el sujeto

Todas las creencias que sean producto de la sociedad y cultura en la que vive en sujeto.

Es importante tener en cuenta que los ejes de entrevista fueron planteados por criterio de la investigadora con el fin de recaudar la mayor cantidad de creencias, así como siguiendo la forma de operar de la variable creencias, cómo se van adquiriendo, según los autores revisados y cómo se manifiestan. Sobre este último punto, fue esencial para la entrevista y su posterior análisis que la entrevistadora estuviera atenta a los pensamientos estereotipados de los participantes, y el cuidado de no hacer preguntas y devoluciones con creencias de la misma investigadora.

2.2.3 Collage

A su vez, como parte de esta entrevista, se hizo uso del collage, el cual se ha usado en investigaciones de mercado y el consumidor como la de Arévalo, E. (2009), donde se aplicó con el fin de evitar la mediación directa y problemas de comunicación entre investigador y sujeto lo cual permite indagar de forma más amigable frente a la problemática, logrando que el participante proyecte sus creencias y afectos, reprimidos o no hacia el objeto de estudio. La indagación visual con elementos como el collage en la exploración cualitativa es usada para formular ideas, articular relaciones entre ellas y reconstruir datos que ayudan a comprender los fenómenos en sus etapas de formación y ayudar a representarlos ante otros (Butler-Kisber y Poldma, 2010).

Esta tesis entiende el collage como un arte expresivo de tipo visual, y como tal, al realizarlo permite, como todas estas artes según Knill (2005), entrar en un “estado imaginal” donde el “rango juego” se amplía y las posibilidades de un relato se vuelven “ilimitadas” (p.94). Para Knill, desde la metodología de las artes expresivas en diversos contextos, estas son el centro para abordar la problemática u objetivo a tratar, pero también pueden facilitar la entrada al “espacio transitorio” previo a crear el arte o labor asignada, como forma de sensibilización o predisposición de los sujetos; en ambos casos se realizará

un análisis fenomenológico o estético que consiste en pedirle al sujeto participante describir la obra y su proceso, y en ocasiones el facilitador puede o no participar de esta descripción (Knill, 2005, pp.91-186).

En esta tesis el collage fue usado principalmente como un elemento sensibilizador, que permitió ir recogiendo elementos, a través del análisis fenomenológico con los participantes, que aportaron al posterior abordaje de la entrevista, por lo que no se realizará un análisis interpretativo del collage como producto o del proceso de creación, sino de los pensamientos automáticos y creencias recogidos sobre los psicólogos que surgieron de los participantes en interacción con su imagen posterior a su realización en el transcurso de la entrevista. Esta técnica, además, contribuye a enfrentar el problema de la probable discapacidad planteada en un principio.

2.3 Procedimiento

El contacto con los participantes se realizó a través de dos informantes clave. Las entrevistas fueron coordinadas por teléfono, y en persona; en horarios donde no se interrumpa la labor del médico, ni sus horas de almuerzo. Durante la coordinación se explicó en qué consistía la investigación, se mencionó qué herramientas se emplearían, el tiempo que se requeriría, el tipo de ambiente necesario y se pidió la participación voluntaria de los médicos, haciendo hincapié en la confidencialidad dentro de las entrevistas.

Seis de las entrevistas se realizaron en los hogares de los participantes. Las otras cuatro entrevistas se realizaron en consultorios privados de los participantes, fuera de sus horas laborales. Todas las entrevistas se realizaron en ambiente cómodos que permitieron el buen curso de estas. Previo al inicio del llenado de la ficha sociodemográfica y la realización de la entrevista, se les leyó a los participantes un consentimiento informado, que firmaron posterior a aclarar dudas. Se dio una copia del consentimiento informado con el contacto de la investigadora. Una vez realizadas las transcripciones de las entrevistas, los audios fueron eliminados y no se hizo mención del nombre del participante, ni características personales que puedan revelar la identidad del mismo.

Para el análisis de información se armaron categorías y codificaciones de la información recogida según lo encontrado en el campo, siguiendo los lineamientos del

análisis temático presentado por Mieles, et al. (2012). Se eligió este tipo de análisis debido a que según Boyatzys (1998), la generación de temas implica capturar algo importante de la información, en relación a las preguntas de investigación que genera significados al describir o incluso interpretar un fenómeno (Mieles, et al., 2012, p. 219).

Para el análisis temático de esta investigación, se realizó una primera familiarización con los datos, se buscaron pensamientos automáticos que aportaran a la comprensión del fenómeno y se elaboraron códigos tentativos. Una vez revisada nuevamente la información se generaron categorías que permitieron la búsqueda de temáticas esenciales que dieran respuesta a los objetivos de investigación. Hay que tener en cuenta que estas categorías, fueron en su mayoría creencias que se iban extrayendo de cada cita considerada relevante para los objetivos del estudio. Se buscó obtener similitudes y diferencias entre la información de los participantes, haciendo una constante comparación con los conceptos teóricos y a su vez con los datos sociodemográficos. Para el análisis y organización de la información se usó Excel 2013.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Según la bibliografía revisada sobre “creencias”, bajo mi criterio como investigadora, puedo suponer que las creencias que tengan los médicos respecto al psicólogo tendrán un impacto en los pensamientos, afectos y conductas de los primeros hacia los segundos, influenciando en su labor y en su toma de decisiones en menor o mayor medida, según su origen, prioridad relacional en el sistema de creencias de los médicos y su coherencia. Esto resulta relevante para el tratamiento de los pacientes, pues según Cortez (2010) los médicos tienen el papel central en el hospital para la toma de decisiones en los equipos de salud.

Dada la naturaleza del estudio, los resultados que se presentarán a continuación dan cuenta de las subjetividades de cada participante, sin llegar por eso a ser generalizables. El presente capítulo se divide en cuatro secciones, las cuales serán equivalentes a los clusters de creencias encontrados en el recojo de información, siguiendo a su vez la lógica de análisis temático planteada por Mieles, et al (2012): i) creencias sobre la identificación del psicólogo en el campo hospitalario; ii) creencias sobre la socialización del psicólogo con el equipo sanitario; iii) creencias sobre las funciones del psicólogo en el hospital; y iv) creencias sobre la sociedad y la institución.

Los tres primeros puntos responden directamente a los objetivos de esta investigación, mientras que el último contribuye a un análisis holístico del fenómeno. Estas creencias separadas en la presentación de resultados, están interrelacionadas por el mismo funcionamiento de la variable creencias, previamente explicado en el marco teórico. Esto hará que en algunos casos, una creencia mencionada en un cluster se use para la comprensión de otro.

Cabe mencionar que, en sí mismos, los clusters presentados son parte de los hallazgos de esta investigación, por ser los temas que han permitido unir las dos partes de la variable planteada para la investigación: “creencias” y “los psicólogos del campo hospitalario”. Esto se considera un aporte teórico ya que en la revisión bibliográfica no se pudo trabajar de forma integrada ambas partes por falta de estudios encontrados que las relacionen.

Asimismo, los cuatro clusters contienen creencias principalmente de tipo intermedias. Solo se hablará de creencias nucleares de los médicos si se encuentran relacionadas al psicólogo hospitalario, más no si ponen énfasis en la identidad personal de los participantes, pues escaparía a los objetivos de este estudio.

3.1 Creencias sobre la identificación del psicólogo en el campo hospitalario.

El primer tema que agrupó creencias respecto al psicólogo hospitalario fue la identificación. A partir de los resultados se encontró tres enunciados que cumplían con las características planteadas por Beck (1995), Camacho, y Ferrer (2010), para ser considerados pensamientos automáticos: son parte del equipo en algunas áreas, no están integrados al campo, y son suplantables.

En estos breves enunciados se hace referencia a la percepción que tienen los médicos sobre la identificación del psicólogo, con áreas y enfermedades específicas, con el campo hospitalario en sí y como parte del equipo sanitario; percepciones obtenidas desde la observación y/o experiencia en el trabajo con ellos. Estos tres enunciados o pensamiento automáticos encontrados en los discursos de los participantes, nos permitirán adentrarnos en las creencias intermedias, dado que para Beck (1995), Camacho, y Ferrer (2010) estos son una manifestación de las creencias.

Para los médicos entrevistados, el psicólogo de hospital es un profesional asociado a ciertas áreas médicas y/o enfermedades. Esto se manifestó en las creencias reunidas a partir del primer enunciado. Se encontró que se identifica a los psicólogos como proveedores de atención a pacientes con enfermedades principalmente crónicas: VIH, diabetes, neoplasias, climatológicas y cardiopatías. Dentro de estas, la más nombrada por los médicos entrevistados fue la atención a pacientes con neoplasias o cáncer.

"Sería el que atiende sólo a los pacientes hospitalizados (...) por ejemplo el área de oncología (silencio) con sus familiares. Pacientes hospitalizados, pero especialmente pacientes oncológicos." (P4)

"en la parte de trasplante la opinión de ellos para mi es importante" (P5)

"Yo creo que más que nada, el psicólogo hospitalario trata de, en el caso de pediatría (...) ayudar a los niños que tienen patologías crónicas. [...] Los niños que tienen enfermedades climatológicas, oncológicas o tienen cardiopatías." (P8)

Según Oblitas (2008) las principales áreas de intervención de la psicología de la salud en la actualidad son: el cáncer, el dolor crónico, los trastornos cardiovasculares, los trastornos del sueño, el asma bronquial, el VIH/SIDA, la diabetes, la fibromialgia, el síndrome del intestino irritable, y los trastornos neurológicos. Esto coincide con lo encontrado en las entrevistas y lo encontrado por Gorayeb (2001) en Brasil, a excepción de los trastornos del sueño y la fibromialgia, los cuales no fueron mencionados por ninguno de los participantes, lo que permite pensar que la psicología de la salud como disciplina y algunos de sus profesionales han logrado tener un impacto en las creencias de los médicos, respecto a los campos de acción del psicólogo hospitalario, dado que las expectativas, suposiciones y actitudes que se tiene hacia ellos, son coherentes con las metas planteadas desde la teoría.

Al hacer un análisis del origen de este grupo de creencias, se encontraron tres tipos: descriptivas, inferenciales e informativas (Callejo et al., 2003). Los médicos entrevistados han formado este grupo de creencias trabajado con psicólogos en estas áreas o en el tratamiento de estas enfermedades, han podido observar de forma externa que los psicólogos se desenvuelven en estas áreas y con este tipo de pacientes, han llegado a esta conclusión a partir de relaciones previas, y/o han sido informados por terceros de esto.

Sin embargo, respecto a las áreas médicas con las que más se les identifica, en las entrevistas se hizo un recojo de creencias sobre cómo es un psicólogo hospitalario y se encontró que los médicos que identificaban a los psicólogos con características de carga afectiva positiva (ejem: "Empáticos", "comunicativos", "confiables") son los mismos que han tenido buenas experiencias dentro y fuera del campo hospitalario y suelen acudir a ellos (con excepción de P3). Así mismo son médicos que consideran que el psicólogo tiene un buen posicionamiento en sus respectivas áreas o especialidades: área de pediatría, área de

trasplante y especialidad de oncología (P8, P5 y P2). Áreas que a su vez coinciden con los campos de acción resaltados por la psicóloga de la salud (Oblitas, 2008).

Lo expuesto el párrafo anterior nos hace pensar que los médicos que trabajan en áreas en las que son identificados los psicólogos, presentan mayor cantidad de creencias adquiridas de forma descriptiva, según los relatos de sus experiencias, lo cual habla de creencias con mayor grado de certeza (Callejo et al, 2003). Asimismo, al haber mayor presencia de psicólogos en estas áreas y un soporte teórico que resalta su importancia en estos casos, el sistema de creencias de los médicos que sostiene la identificación del psicólogo con estas, parecen generar más respuestas positivas por parte de los médicos (pensamientos, afectos y conductas). Por último, este grupo de creencias sobre los psicólogos en los médicos de estas áreas en particular, son preponderantemente racionales según lo dicho por Lega, Caballo y Ellis (1997), dado que hay una coherencia y secuencia lógica entre las expectativas que se tiene de los psicólogos y lo que se comprueba en la práctica, lo cual es coherente a su vez con el conocimiento teórico respecto a esto.

A pesar de ello, hay médicos participantes que consideran que los psicólogos deberían actuar en más áreas que las previamente mencionadas. Algunos de los participantes indican que la naturaleza de un área médica a nivel teórico (como explica la cita de la P1), puede sugerir que no se requiere de la presencia de un psicólogo y por lo mismo no se identifique al psicólogo como personal relevante para el área. A pesar de esto, algunos médicos entrevistados (P1, P6 y P10) identifican desde su experiencia en el campo hospitalario necesidades de estas áreas que podrían ser trabajadas por un psicólogo. Creencias que serían racionales, dado que se manifiestan a partir de experiencias desde la labor de estos médicos, cuestionando la lógica teórica de ciertas áreas, el foco de atención de la psicología de la salud, o coexistiría una creencia racional (ligada a la experiencia) con una irracional (ligada a la teoría), como en el caso de la P1.

En mi área por ejemplo no es un profesional que esté o tenga que estar [...] por la naturaleza del área creo yo. Es que la emergencia lo que hace es justamente realizar una atención inmediata que saque de riesgo al paciente, no son pacientes a los que puedas darle algo a largo plazo [...] creo que correspondería que pueda acompañar a estos pacientes que se encuentran esperando a ser atendidos, que no son pocos, que los evalúen y los acompañen, como por ejemplo a los que se les detectan enfermedades crónicas como la diabetes o cáncer [...] como médico trato de tomarme el tiempo para hablar con el paciente, por el área no me doy abasto, ni tampoco estoy

preparada [...] sería importante tener un psicólogo que pueda ver esto, como respondiendo a una realidad y no a la lógica teórica del área. (P1)

Esto inicia la discusión del segundo pensamiento automático encontrado: “no están integrados al campo”. Este pensamiento ayudó a agrupar creencias de los médicos que sugieren que el psicólogo aún no es identificado como parte del personal sanitario del hospital (sino solo con el tratamiento de ciertas enfermedades y áreas médicas, como las ya mencionadas en párrafos anteriores). El P3, por ejemplo, considera que la psicología “es una rama afín, pero diferente a la salud de las personas”, y la asocia posteriormente a carreras como el derecho “más que a la salud”, lo que llama a reflexionar sobre la percepción de los médicos respecto a la pertenencia del psicólogo a un equipo y campo hospitalario. Esta creencia, sería irracional según lo teorizado por Lega, Caballo y Ellis (1997), si se tiene en cuenta que el P3 trabaja en un área médica donde su formación y labor le han hecho adquirir creencias informativas e inferenciales en favor de la consideración del psicólogo como personal de la salud, y en su experiencia personal en la atención de un familiar cercano. Según Callejo et al (2003) algunos grupos de creencias están más aislados, permitiendo que el individuo no perciba la incongruencia cognitiva entre ellas o sienta angustia al respecto.

En cuanto a los resultados grupales, resaltaron creencias que nos dan luces de las características del psicólogo percibidas por los médicos durante su labor y en grupos sociales afines a la atención en salud, que pueden no aportar a la identificación de estos profesionales con el campo hospitalario. Dos participantes (P4 y P6) manifestaron abiertamente que creen que hay una ausencia de vocación de servicio, ya que en sus experiencias personales se han encontrado con psicólogos que no tienen iniciativa para actuar frente a causas sociales y de salud sin un interés económico. Asimismo, se encontró que algunos participantes los consideran poco empoderados en el campo, dadas algunas actitudes y falta de iniciativa que trataremos a fondo más adelante

"me parece que los mismos psicólogos no tienen esta... no les he visto vocación de servir digamos sin ningún interés" (P4)

[...] creo que la sociedad no sabe que existen psicólogos hospitalarios [...] me parece que no se han empoderado, por lo menos en mi experiencia de la labor que tienen. Su labor es importante ¿no? Enfermedades que tienen un trastorno físico pero psicológico también es importante ¿no? que les va a ayudar, como le digo a manejar lo que es su enfermedad. (P5)

Como se puede leer en la cita anterior, el P5 considera que a pesar de la caracterización que pueden tener los médicos de los psicólogos, como la falta de empoderamiento, también creen que la función que cumplen es importante en el campo hospitalario. Ahora, a pesar de esta valoración positiva que se le da a la labor, otros piensan que la sociedad tiende a no valorar su trabajo porque no se está logrando ver el impacto del mismo en el campo. Parece un pedido de estos médicos la comprobación en la realidad de estas virtudes del profesional de la psicología, quizás en áreas médicas que aún no han sido muy exploradas por la psicología de la salud, para seguir sosteniendo la creencia de que las funciones del psicólogo son importantes, desde la coherencia y racionalidad.

Yo creo que es parte del equipo de salud (...) solamente que actualmente como que no se valora mucho el trabajo que puede hacer, una vez que logre su impacto yo creo que se va a ver mejor, qué es (silencio) es importante. (P6)

Finalmente, el último pensamiento automático, que ayudó a armar este primer clúster de creencias, también se encuentra relacionado a la identificación que se le da al psicólogo como parte del equipo sanitario a partir de su relación con otros miembros del equipo: “son suplantables”. Este pensamiento se basa en grupos de creencias, que según los entrevistados pueden derivar en dos consecuencias: buscar un profesional de la salud con características similares a las del psicólogo, o como médicos intentar manejar la situación.

Se encontramos discursos de los entrevistados que continen creencias como “el trabajo que realizan los psicólogos no es comparable con el de otros profesionales” (P5), sugiriendo que aporta algo distinto. Creencias de origen descriptivo, que se sostienen en las experiencias positivas dentro y fuera del campo laboral. Pero también se encontró que algunos de estos mismos médicos coinciden en que sus labores son “suplantables” por otros profesionales. Los dos profesionales con los que es asociado el psicólogo y a su vez vagamente diferenciado, en los discursos de los participantes de esta tesis son el médico psiquiatra y la asistente social.

Yo este, pienso que la psicóloga tiene un, como digo, funciones diferentes, otros tipos de instrumentos para ayudarnos en la valoración de cómo está el paciente pero la mayoría mando y se tuvo que trabajar con la psiquiatra. La psiquiatra trabaja muy bien también con el paciente. (P5)

En el caso del médico psiquiatra, la diferenciación más clara que se realiza es que el psicólogo no puede medicar y este sí. Como se ve en los discursos de los

médicos, muchas veces en la práctica el psiquiatra toma funciones del psicólogo, sea por desconocimiento, desconfianza o practicidad en el tratamiento. Pero aun así existe la creencia, en algunos entrevistados, de que el psiquiatra puede suplir las labores de un psicólogo entre el grupo médico. Creencia que sería irracional, según Lega, Caballo y Ellis (1997) en el caso de los médicos que conocen desde la práctica que las funciones de estos profesionales son distintas.

"Si, hacemos que si no hay psicólogo lo pasan al psiquiatra." (P9)

"[...] como te digo, yo en esa fecha (cuando estaba en formación de pregrado), yo pensé incluso de que el psicólogo era el psiquiatra, cuando empecé, pensé que el psiquiatra hacía labores de psicología" (P10)

Esto genera preocupación pues podría estarse pasando por alto la evaluación de las emociones y aspectos psicoeducativos de los pacientes, que no debe ser atendido por el psiquiatra propiamente (Bautista et al., 2016). Lo que también pasa cuando los médicos de las distintas especialidades intentan cubrir vagamente la atención psicológica, en lugar de realizar una interconsulta. Esto cuestiona el tercer pensamiento automático, pues si hablamos de suplantar, podemos decir que alguien más asume las funciones de los psicólogos, y esto no ocurre, pues sus funciones son distintas.

Otro profesional mencionado, con una tenue diferenciación con el psicólogo, según los médicos, es el asistente o asistente social. Lo interesante de analizar en esta vaga diferenciación son las dos creencias que comparte uno de los médicos entrevistados respecto a ambos profesionales: ambos asisten problemáticas familiares y ninguno es proactivo.

E: También me decía que no ha tenido muchas experiencias agradables con los psicólogos hospitalarios. P9: Más que los psicólogos, es con la asistente social [...] Como que no se diferencian mucho [...] ¿cuándo llamamos al psicólogo? cuando hay dificultades familiares ¿cuándo llamo a la asistente social? cuando queremos que nos ayude a conseguir algún beneficio o alguna facilidad a la familia o para el paciente [...] llamo a la asistente. En vez de ayudar nos dicen, vean ustedes [...] Quizás el psicólogo debe ser más proactivo en solucionar los problemas [...] No van al servicio cuando se los llama. E: Claro, ahí está faltando lo mismo que con la asistente social. P9: Así es. (P9)

En esta cita el médico encuentra dos puntos similares entre ambos profesionales y parece deja de identificar la labor de cada uno, lo cual parte de una generalización más que

de la lógica, generando que se espere lo mismo de dos profesionales con roles distintos, por lo cual no sorprende que ambos profesionales no logren cumplir la expectativa de la pro actividad, ya que sin roles claros disminuye dicha pro actividad. En el caso de la poca diferenciación con la asistenta social, se cumple que se genera mayor carga de trabajo para otros miembros del equipo de salud (Contreras y Palacios; 2014), mientras que con los psiquiatras más bien habría una omisión en parte de la atención.

3.2 Creencias sobre la socialización del psicólogo con el equipo sanitario.

Este segundo clúster se generó al ir identificando una gran cantidad de pensamientos automáticos, que luego sugerían diversas creencias, que en su conjunto describen las dinámicas de socialización entre los médicos y los psicólogos. Elgegren (2015) y González (2004) plantean que es importante analizar las dinámicas entre profesionales de la salud, pues permite ver cómo estas contribuyen al tratamiento de los pacientes. Es importante acotar que las creencias respecto a los psicólogos en este clusters cumplen en su mayoría con la lógica relacional de premisa y conclusión, con orden jerárquico, planteada por Green (1971) sobre las creencias primarias y derivadas. Esto invito a hacer el análisis de este cluster en particular bajo la pauta de premisa y consecuencia característica de este tipo de acercamiento o tipificación de las creencias.

Uno de los temas recurrentes al hablar con los médicos entrevistados de las interacciones con el psicólogo hospitalario era la confianza. Para los participantes, la confianza en el psicólogo es esencial para decidir interconsultar, dado que ellos cargan la responsabilidad de los tratamientos de cada uno de sus pacientes.

“[...] estás delegando tu responsabilidad como médico, definitivamente, y con cualquier área. Como podría derivar a un cardiólogo en quien no confíe [...] para mi es indispensable que sean de confianza.” (P.2)

Al ubicar la creencia, a modo de regla, de que los psicólogos deben generar confianza para realizarse las interconsultas, se hace necesario entenderla junto a otras creencias que nacen en los médicos como expectativas sobre los psicólogos para la generación de confianza: “Deberían mostrar los resultados de su trabajo”, “deberían ser activos en el campo”, “se espera verlos interviniendo”, “deberían habitar y socializar formal e informalmente con el equipo” y “deben tener iniciativa para el trabajo conjunto”.

A partir de esta regla y estas expectativas en interacción con la realidad parecen generarse dos creencias actitudinales hacia los psicólogos en los participantes: los psicólogos son de confianza y los psicólogos no son de confianza. Se encuentra que los participantes tendrán una u otra en función de la cantidad de experiencias positivas donde se logran cumplir las expectativas sobre los psicólogos. Partiendo, ambas, de un origen descriptivo, lo cual según Fishbein et al. (1975), significa mayor certeza de la persona respecto a su creencia.

Se encontró como coincidencia que quienes tenían más experiencias positivas con los psicólogos en el campo hospitalario y/o fuera de él, sea en la actualidad o en el pasado, presentaban mayor confianza y realizaban más interconsultas. Si bien otros de ellos (P1, P2, P4 y P5) comentaban que no siempre se habían llevado buenas experiencias con los psicólogos, parecía persistir la creencia de que eran de confianza, después de una experiencia positiva, y continuaban haciendo interconsultas, pero con menor frecuencia que los médicos que tienen más experiencias positivas. Por ejemplo, una de las participantes nos dice lo siguiente de su experiencia recurrente en el pasado con psicólogas del programa COPHOES:

Ahora ya no veo a esta colega o a esta psicóloga en emergencia, hablando con los médicos o con algunos familiares de pacientes, como evaluando a qué pacientes pasar al programa, quizás ya cambiaron de área, y hay otras personas, pero como no los conozco, no sé que están (risa), pero por conocimiento con estas otras colegas yo sigo derivando ¿No? En ese sentido creo que falta marketing de estas otras personas que supongo que ha mandado el programa y también del psicólogo. (P1)

Por otro lado, los participantes que comentan no sentir confianza en el psicólogo (P2, P6 y P9), han tenido más experiencias negativas con los psicólogos o han sentido su ausencia preponderantemente en el ámbito hospitalario. Al contrastar las expectativas que se tiene de los psicólogos con la realidad, se encontró que la creencia de que no son de confianza es racional en este grupo de médicos, pues en las interacciones con los psicólogos, no observan que estén cumpliendo con las “creencias expectativa” que usan para evaluar si los psicólogos son dignos de confianza para el trabajo conjunto en el hospital. Así mismo estos participantes tienden a no hacer interconsultas o derivar a psicología.

[...] el antecedente de los psicólogos, como te digo, la percepción que yo tengo, que los veo que están en una oficina, no se ve su trabajo y los veo en la cafetería, entonces ahí no más, ya hay una imagen un poquito negativa, entonces esa imagen tienen que vencerla, para mí ah (P6)

“[...] quieras o no quieras, cuando consultamos con otro colega, consultamos con alguien de aquí que si conocemos, tenemos sus teléfonos, nos llamamos. Los psicólogos como que no los conocemos o no se dejan conocer, esa es mi percepción.” (P2)

Muchas de las experiencias negativas que los médicos comentan haber tenido dentro del campo hospitalario con los psicólogos están ligadas a las creencias de los médicos respecto a las funciones del psicólogo. Este es el clúster de creencias que se abordará a profundidad en la siguiente sección, por lo que solo se hará mención aquí. Sin embargo, es importante destacar una función de los psicólogos en este segundo clúster, porque se relaciona directamente con la socialización. En este caso sería la función de comunicar lo encontrado en los pacientes a otros miembros del equipo de salud. Lo cual se relaciona con algunas de las expectativas mencionadas previamente por los participantes, y le dan forma a una creencia importante para el entendimiento de las dinámicas entre ambos profesionales.

Según los discursos de los participantes, se encuentra que todos los médicos entrevistados coinciden en que corresponde a los psicólogos tomar la iniciativa para la comunicación con ellos en el campo hospitalario y para el trabajo en equipo, y no a ellos como médicos. Lo cual según los entrevistados en la práctica no suele pasar.

En teoría el psicólogo debe ser parte del manejo del paciente, está hospitalizado y nos debería dar su opinión ¿no? Debe, hasta podría poner una nota en la historia clínica ¿no? En relación a lo que está viendo del paciente [...] o sea yo sé que le va a servir la información que recauda del paciente es para ayudarlo, pero también debe servirle al médico, como parte del equipo médico para poder ayudar al paciente ¿no? no es solamente para el paciente sino para lo que podemos hacer por el paciente ¿no? [...] un poquito decepcionante la labor de ellas en estos momentos [...] debería por lo menos emitir un informe de esta paciente para detectar problemas de forma precoz [...] no escriben [...] nosotros no tenemos información por escrito a no ser que sea por una interconsulta puntual que es muy escasa y nada. (P5)

"Tienen que pasar aunque no se los llamen." (P2)

"si un paciente requería de una interconsulta la llamaba. Se le pedía la interconsulta y ya no hablaba con ella." (P7)

En el caso de todos los participantes de este estudio, se encontró como punto de coincidencia que todos habían tenido más de una experiencia con psicólogos del hospital donde no tenían una adecuada comunicación con ellos. Sea por falta de iniciativa de los psicólogos para buscarlos, o al no brindar informes o anotaciones en las historias de los pacientes que aporten al trabajo conjunto. Por lo que consideran que un psicólogo hospitalario tiene que tener iniciativa para comunicarse con ellos sea por los medios formales o informales.

Sin embargo, no pasa desapercibido que los médicos asignan a los psicólogos la función de tomar la iniciativa para el funcionamiento de equipo entre ellos. Lo que lleva a pensar en qué medida esto solo depende del psicólogo. Sería importante reflexionar sobre la iniciativa que tienen ambas partes para el trabajo conjunto.

“E: Ok ¿usted por qué cree que se da tan pobre feedback un poco? P5: Este, primero porque nosotros no le pedimos mucha, mucha opinión. Pero segundo que ella no muestra mayor interés, porque también depende de ella.” (P5)

En este cluster se encontró creencias de los participantes que sugieren desinterés o resistencia de los médicos para buscar una comunicación o trabajo conjunto con los psicólogos. Según comentan los médicos entrevistados el llamar a los psicólogos implica que ellos no pueden manejar alguna situación primero. Esto podría estar ligado a una aparente creencia nuclear encontrada, donde estos médicos tienen que poder manejar todo tipo de situaciones. Así mismo se encontró que algunos médicos creen que las medidas de prevención que deben ser realizadas por el psicólogo hacen perder el tiempo.

[...] si lo puedo manejar, no hay ningún problema. Pero si veo que es algo que no voy a poder manejar, no está en mis capacidades, no está en mi tiempo, a ese definitivamente tengo que llamar a alguien que lo pueda hacer. (P2)

[...] cuando uno tiene un paciente con VIH la norma exige que tenga una preparación psicológica... en algunos casos se hace, en otros no [...] a mí me parece que eso como que hace perder un poquito el tiempo. Tiempo para tomar una prueba. Y la verdad hay pacientes que veo y si lo requieren derivo, pero en general yo no cumplo la norma del trámite para que lo preparen... e igualmente la norma dice que a un paciente previo a una intervención tenga VIH o no igual hay que prepararlo emocionalmente para el diagnóstico o las intervenciones, pero generalmente no lo hago. (P3)

Como se puede ver en la última cita, las medidas protocolares de prevención, en las cuales tendría que interactuar el psicólogo se omiten por considerarse una pérdida de tiempo, lo cual es irracional por ir en contra del conocimiento del médico sobre protocolos y la intervención de un psicólogo en estos casos, como también lo dice Gorayeb (2001). Según estos médicos, la prevención es algo que no se tiene siempre en cuenta en el campo hospitalario. Esto explicaría que las razones que motivan a los médicos a acudir a un psicólogo sean situaciones donde ellos pierden el manejo, o donde ya hay un problema notorio (Ejm: Depresión y ansiedad). Lo que podría aumentar el estigma alrededor de la salud mental, como señalaban Contreras y Palacios (2014), ya que según estos resultados, su criterio de evaluación para la interconsulta, en algunos podría estar cargado de estigmas, integrados a las leyes actuales en salud y salud mental (Romero, 2006). Esto sería coherente con lo encontrado por Orellana et al. (2008) en el país, donde se considera que el psicólogo es aquel profesional encargado de evitar que la población caiga en la locura.

“[...] cuando es llamado (silencio) generalmente suelen intervenir cuando hay pacientes depresivos, ansiosos (silencio) generalmente lo que se hace es llamarlo cuando ya hay un paciente que tiene un problema de actitud o no se adapta.” (P7)

Los participantes comentan que así se haga una interconsulta al psicólogo, en la práctica no siempre hay un interés o tiempo para estar atentos al tratamiento que da este profesional. Esto debido a que el psicólogo trata con temas que ellos consideran no están dentro de su campo, como es atender el mundo subjetivo del paciente. Esto nos sugiere que la salud mental se considera apartada del resto de atención de la salud, considerando que el médico sigue siendo quien orquesta los tratamientos de los pacientes.

Sin embargo, los médicos que presentan más experiencias positivas con psicólogos en el hospital, a pesar de presentar la creencia de que ellos solo llamarán al psicólogo si no pueden manejar una situación, tienen la respuesta positiva de ver a los psicólogos como nexos en el trabajo con los pacientes. Donde pueden mediar frente ciertas situaciones y así aportar al tratamiento. Ahora, este tipo de consecuencia positiva probablemente son resultado de un sistema de creencias personal que contribuyen a un distinto accionar y forma de pensar al psicólogo. Por eso, no es coincidencia que los médicos que rescatan esta cualidad sean aquellos que han tenido buenas experiencias en el campo hospitalario. Este grupo de médicos, consideran que ellos no son expertos en salud mental y por lo mismo requieren al psicólogo para atender el mundo subjetivo de los pacientes y lograr objetivos

en el tratamiento. Lo cual pone a los psicólogos como parte del equipo y no como profesionales que trabajan por separado e incomunicados por atender algo distinto a la salud física. Esto nos diría que se trata de una creencia racional, al estar ligado al conocimiento y lógica de las funciones que tiene cada profesional.

Yo creo que los ve así ¿no?, como nexos entre los profesionales de la salud y el paciente; y en el caso de pediatría para la calidad de vida del paciente, como un nexo, como una ayuda para que la familia pueda enfrentar la enfermedad y para que el niño pueda también, o el paciente pueda entender un poco que es una situación que le toca vivir, que nadie quiere hacerle daño [...] También, mejorar la comunicación entre el médico y el paciente y también sirven para que la familia se sienta más soportada, más ayudada. Eso es precisamente. (P8)

En ese sentido, la creencia respecto al manejo de situaciones que tienen los médicos, tendría un impacto positivo o negativo para el tratamiento, según qué entienda cada médico por situaciones que no puede manejar. Si una situación que no puede manejar un médico es una situación donde ya se ha detectado un problema disruptivo en el tratamiento, y antes de esto se ha ignorado medidas preventivas, o se han suplido funciones del psicólogo, esta creencia sería irracional. Esto, debido a que la normativa de protocolos del hospital para la atención y lógica de las funciones en función de los ejes de la psicología de la salud (Arrivillaga, 2008; Oblitas, 2008; y Gómez, 2007), la cual dice que el psicólogo debe asistir en la promoción, prevención e intervención de la salud. Es decir debe ser llamado según lo necesite el paciente. No cuando el médico siente que no puede con algo según la percepción de su propio manejo. Por lo que en cierta medida, la primera creencia sobre los psicólogos presentada en este cluster (“deben generar confianza para ser llamados”), sería en cierta medida irracional si la analizamos desde lo que debería pasar a nivel de atención en salud. A pesar que para estos médicos la confianza sea importante pues todo tratamiento está bajo su responsabilidad, si un paciente necesita de una atención psicológica (sea desde prevención o la intervención), así el médico no confíe en el psicólogo se esperaría que actúe en favor de que se atienda la salud mental del paciente de forma integral.

3.3 Creencias sobre las funciones del psicólogo en el hospital

Para la formación de este último clúster de creencias sobre el psicólogo del ámbito hospitalario, se encontraron tres pensamientos automáticos que ayudaron a la detección y

posterior organización de las creencias: “tienen potencial”, “son necesarios” y “no hacen su trabajo”.

Fue incuestionable para todos los entrevistados el potencial de los profesionales en psicología del campo hospitalario. En principio, los médicos destacan las cualidades desarrolladas por el psicólogo como profesional asistencial, desde su formación, que no tienen otros profesionales en el campo, como son la “empatía”, “habilidades de comunicación” y “herramientas para la modificación de conducta”. Se encontró que los médicos creen que estas cualidades son herramientas “potenciales” de los psicólogos para integrar a los profesionales en el campo hospitalario y a su vez ser un nexo entre ellos, los pacientes y sus familias. Lo que implicaría, según los médicos, tener el potencial para velar por el buen ambiente laboral en el hospital.

“Ustedes pueden manejar conductas, pueden orientar... ustedes tienen el poder de transformar a muchos, en sus actitudes por ejemplo. Hay muchas personas que tienen mucho estrés y el apoyo con los psicólogos nos ayuda bastante”. (P6)

“Son potencial para el cuidado del personal de salud y con eso el cuidado de la atención si”. (P1)

Según los ejes de la psicología de la salud, se espera que el psicólogo participe en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, evaluación y tratamiento para enfermedades específicas, y la evaluación y mejora del sistema sanitario (Arrivillaga, 2008; Oblitas, 2008; y Gómez, 2007), lo que coincide con lo planteado por Gorayeb (2001) y Piña et al. (2006), para los procesos de adaptación del psicólogo al campo hospitalario desde sus funciones en Brasil y Perú respectivamente. Estos ejes teóricos de alguna coinciden con las creencias que se tienen a modo de expectativas sobre los psicólogos, como vemos en los discursos de los médicos participantes. Sin embargo es importante mencionar que en estos ejes y en la evidencia encontrada en investigaciones, los autores destacan la importancia de la evaluación del psicólogo para tomar decisiones en el tratamiento de enfermedades crónicas y procedimientos invasivos (como operaciones, trasplantes o quimioterapia), lo cual es mencionado por participantes de áreas críticas que cuentan con psicólogo en el área.

Ahondando en las funciones que cumple el psicólogo en este campo hospitalario, para los médicos, estos deben atender la salud mental en el hospital, lo que implica para los participantes que: “deben atender el mundo subjetivo de las dolencias físicas”, “deben

aportar en la adaptación a los tratamientos”, y “deben aumentar la sensación de bienestar en el hospital”. Todas estas expectativas, según los entrevistados pasa por una intervención con los pacientes, sus familiares y el personal de salud, como también habían mencionado Gorayeb (2001), Piña et al. (2006), Arrivillaga (2008), Oblitas (2008) y Gómez (2007).

El P1 y P5 creen bajo esta lógica, que los psicólogos tienen el potencial de integrar los componentes de la salud, ya que en la puesta en práctica actúan de forma transversal a los tres ejes del modelo biopsicosocial de la salud. Atribuyendo como función del psicólogo hospitalario integrar dichos ejes en el hospital, por el potencial de sus funciones, y las características desarrolladas en su formación profesional. Creencia que es irracional, de origen inferencial, pues el mantenimiento de estos ejes no puede depender de un solo profesional del campo de la salud; creencia que termina contribuyendo a la formación de creencias actitudinales negativas hacia los psicólogos en el campo, dado que no se logra cumplir en la realidad con esta expectativa tan alta.

Como vemos los médicos entrevistados creen que los psicólogos pueden ser profesionales muy valiosos para el campo hospitalario. En el primer cluster, la labor del psicólogo y psicóloga hospitalarios evidencia su importancia en áreas críticas y con pacientes crónicos. Los P3 y P4 creen que esas son “las áreas de acción” del psicólogo dentro del campo hospitalario. Los P6, P8 y P9 destacan la importancia y potencialidad del proceder del psicólogo en áreas de pediatría debido al trabajo que se realiza o se puede realizar con las familias. Todos los médicos participantes coinciden en que el psicólogo tiene que trabajar con la familia sea el área que sea, dado que pueden ayudar a la contención emocional de esta, logrando mejores reacciones con el personal de salud y volviendo a sus miembros aliado en el tratamiento. Además, los participantes también coinciden en que el psicólogo hospitalario puede ser un gran aliado para ayudar a los pacientes y sus familias a aceptar la enfermedad (o situación actual física), a volver más llevadero el internamiento y asegurar el éxito del tratamiento a partir de la aceptación y supervisión del mismo. Estas creencias tienen mayor peso en los médicos que han trabajado o trabajan en áreas médicas consideradas las que deben ser más atendidas por los psicólogos, por lo que son creencias racionales, ya que parten de médicos que han tenido mayor interacción con el psicólogo al trabajar en estas áreas, es decir son de origen descriptivo, y han podido validar estas con la realidad. Llama la atención que al ser expectativas que se originan en el contacto con los procesos de intervención que los

médicos han podido observar de los psicólogos, estas creencias a forma de expectativa sean más posibles de cumplirse.

“Es importantísimo, sobre todo para pacientes críticos con cáncer, cuidados intensivos” (P2).

“Principalmente el nexo con el niño y con la familia. Cuando no podemos, cuando tenemos pacientes con problemas crónicos o cuando tenemos familias conflictivas, nos ayudan muchísimo” (P8).

Ahora, abordemos las creencias actitudinales y suposiciones, que conviven en este cluster con las creencias expectativas y reglas que ya han sido presentadas sobre las funciones del psicólogo.

Todos los médicos participantes creen que los psicólogos deben mostrar calidad y deseo de hacer su trabajo, lo cual ellos consideran que no ocurre. Según la mayoría de los entrevistados los psicólogos hospitalarios no hacen su trabajo y si lo hacen es deficiente. Esta creencia fue una de las más reiteradas a lo largo de gran parte de las entrevistas realizadas y ha sido una de las que ha tenido mayor descripción de hechos concretos con los psicólogos que han aportado a su formación, por lo que podemos considerarla racional y descriptiva. Los participantes dicen no percibir por parte de los psicólogos del hospital un interés por hacer su trabajo. Los participantes P1, P3, P6 y P9, cuentan que salvo escasas excepciones, no los ven operativos, les falta proactividad y ven mucha desidia.

Mucha desidia veo (...) algunos psicólogos que veo que están en el hospital pero no son de mi área. Los veo tomando café, haciendo lobby, no los veo operativos la verdad (...) no leen las historias, casi no escriben en ellas, no sé qué harán. (P6).

También comentan que cuando han acudido a ellos no siempre han demostrado ser responsables con su trabajo. Por ejemplo algunos de los médicos (P3, P4 y P6) comentan que no siempre son empáticos en el trato con el paciente, suelen llegar tarde a las interconsultas y hacen su trabajo “por hacer”, al no tener mucho conocimiento de su propia metodología, según especulan.

Para los entrevistados, si se remiten a experiencias laborales y de su entorno familiar, los psicólogos del hospital “brillan por su ausencia”, dado que no se les ve operativos, como se mencionó antes. Comentan que estos profesionales no han estado para

ellos o sus familiares cuando lo han necesitado, o son pocos los que muestran la utilidad de su trabajo. En conjunto, estas creencias sugieren que los psicólogos no han logrado hacer sentir el impacto de su trabajo, desde las expectativas de los médicos sobre las funciones que tienen estos en el campo hospitalario; o como comenta el P1 “no están haciendo su parte” para brindar una atención integral de la salud.

[...] cuando mi padre murió (silencio) estaba muy enfermo, ya estaba en una etapa terminal, y yo y mi familia no llegábamos a asimilarlo [...] no hubo alguien que nos acompañara o ayudará a asimilar lo que estábamos pasando, que nos dieran un soporte emocional. Tampoco recuerdo que a mi papá se lo dieran [...] creo que en ese momento tendría que haber habido alguien que nos ayude a lidiar con la pérdida, prepararnos para ella y también para acompañar a mi papá, pero no hubo y es algo que creo tanto que debió haber que sí influye en que ahora se perciba esta ausencia de los psicólogos para el logro del bienestar o este equilibrio, lo que también es algo que tendríamos que contemplar en general para el servicio que brinda el hospital o el sistema de salud.
(P1)

Estas creencias contribuyen a la formación del último de los pensamientos automáticos que formaron este clúster. Cabe aclarar que parten de un origen descriptivo en más de dos de los ámbitos de la vida de estos profesionales, lo que significa que tiene para los participantes un alto grado de veracidad a comparación de otras, y a su vez son racionales, lo que vuelve difícil hacer una modificación de las mismas, de no empezar a negarse de forma reiterada por los psicólogos en la experiencia. Contribuyendo también a la generación de confianza, que como vimos en el cluster anterior, tiene relevancia en los discursos de los médicos.

Si bien muchos de los participantes comentan que la “deficiencia”, sensación de “ausencia” y “poco impacto” del trabajo del psicólogo en relación a sus funciones, podría deberse a las pocas plazas que hay en el hospital para estos profesionales (no se dan abasto), consecuencia de que aún no se le da importancia en el campo hospitalario al eje mental y social de la salud, los entrevistados consideran que esto no puede servir de excusa. Los participantes de este estudio esperan que los psicólogos del campo hospitalario se organicen para dar una buena atención a pesar de las dificultades existentes en el sistema hospitalario. Lo cual implica hacer un seguimiento constante de los pacientes en las distintas etapas de tratamiento y/o intervención, independientemente de si son solicitados o no por los médicos, ya que ellos consideran que dicha organización podría partir de una planificación del servicio de psicología para todo el hospital.

Hay un campo, de que hay una labor que hacer si la hay, pero no se le da pues la importancia... no se le da la importancia y por ese motivo pues de alguna manera no se observa ¿no? Parece que el servicio de psicología de lo que vendría a ser el hospital tampoco se da abasto [...] yo creo que por ahí ellos debería tratar de organizarse y dar este tipo de atención. (P3)

3.4 Creencias sobre el entorno social e institucional

En la siguiente sección se presentará un clúster de creencias, que no son directamente relacionadas con el psicólogo hospitalario, pero sí fueron teniendo peso en los discursos de los médicos participantes para hablar de las creencias presentadas en los clusters anteriores.

La primera creencia encontrada se relaciona con el campo de la salud en el Perú. Según algunos de los entrevistados, ellos como médicos no se encargan de la prevención en el hospital, porque no han sido formados para la prevención, sino para la intervención. Los P3 y P9, con 47 y 69 años respectivamente, comentan que cuando ellos eran estudiantes no se le daba importancia en la formación a la prevención, sino solo a la intervención, por lo que creen que es lógico pensar que ellos no se deben encargar de la prevención. Esto, según comentan algunos participantes, podría ser consecuencia de que se trata de entender la salud desde la enfermedad, algo que resulta problemático para el trabajo con el psicólogo que busca una atención integral, pues muchos de estos médicos han formado y están formando futuros médicos especialistas desde esta creencia, y desatendiendo en ocasiones las medidas preventivas donde estaría llamado a actuar el psicólogo.

Una creencia que se relaciona directamente con el psicólogo de hospitales, pero que se encontró sostenida también por otras creencias de este cluster, es que los médicos creen que el psicólogo es un profesional de la prevención de la salud. Creencia igual a la encontrada por Orellana et al. (2008) sobre los psicólogos, en maestros de la costa peruana. Esta creencia de los médicos toma relevancia en diálogo con la anteriormente expuesta y también con otra creencia en la que todos los participantes coinciden: “las instituciones públicas encargadas de la salud pública en el país no tienen hábito preventivo”. Si pensamos en estas creencias, se entiende que en ocasiones no se tome en consideración al psicólogo en la atención, pues ya que su atención es considerada preventiva, no cobra importancia en un campo hospitalario no habituado a este tipo de atención.

A su vez se puede ver la relación con lo postulado por Romero (2006), quien al recoger las definiciones de salud y salud mental sobre las cuales se basan las políticas de salud en nuestro país, encuentra una serie de contradicciones en lo teórico y práctico, que se originan en estas definiciones, y reduce el campo de acción, contemplándose únicamente las patologías. En las creencias encontradas vemos que no solo reduce el campo de acción, sino que reduce la consideración de profesionales de la salud como el psicólogo.

Siguiendo con lo planteado por Romero (2006), para quien las leyes de la salud y salud mental, se acercan a su entendimiento y acción desde la patología, este considera que la división de salud mental desde sus conceptos aporta en sí misma a la patologización y al aislamiento de la misma, por fragmentar la salud en vez de verlo como un todo integrado. En esta investigación se confirma el aislamiento de estos aspectos de la salud, como hemos estado viendo, pero también se encuentran creencias respecto a la salud mental que podrían generar estigma por estar centradas en la enfermedad. En los discursos de los médicos se encuentra que creen que se debe atender la salud mental cuando se encuentra un “desequilibrio emocional notable”, y que las personas asocian la atención en salud mental con “estar loco”. Lo cual nos habla nuevamente de una mirada desde la patología, dejando de lado la prevención y promoción de la salud en nuestro país. Por lo mismo, el psicólogo puede presentar el estigma de trabajar con personas en situación de enfermedad mental, lo que solo es una parte de lo que puede realizar este profesional en el amplio campo de intervención que tiene.

Bueno primero te voy a hablar del psicólogo en general. Yo creo que la sociedad cree que el psicólogo tiene que lidiar con mentes que están, ehm locos. Si voy a un psicólogo es como dicen que me fallan los cables. Entonces como que lo estigmatizan y por eso quizás los pacientes no van. Ahora hablándole internamente también yo tengo ese sesgo, no van. Si el psicólogo en general tiene ese estigma, imagínate el psicólogo de hospital, que es un tipo, una especialidad. (P3)

Los médicos comentan que a veces no se realizan interconsultas a psicología pues los pacientes presentan resistencia a este profesional, por la creencia sesgada previamente mencionada y no acuden a las citas. A lo que los médicos participantes añaden que podrían también encontrarse “sesgados” por la misma creencia, por lo cual no se hace la derivación en un principio o asumen que eso pensará y hará el paciente. Esto coincide con lo recogido por Contreras y Palacios (2014), respecto a lo planteado por Shulman y Shewbert (2005),

donde esta omisión por parte de los médicos facilita la permanencia del estigma en la sociedad sobre la percepción popular de la enfermedad mental ligada a la locura.

No se previene. Para uno ir al psicólogo uno tiene que uno mismo, te lo digo como profesional y paciente, tiene que uno mismo estar muy mal al punto de decir, bueno sí, creo que ando desequilibrada, buscaré al psicólogo. Se les necesita, pero hay pocos porque en si no se le da la importancia desde la administración, y ellos tampoco se hacen ver. Falta mucha prevención desde la institución y quienes la formamos. (P1)

Los entrevistados creen que al no existir un hábito preventivo en el hospital (centro de labor en común), ni en EsSalud, y presentarse este estigma sobre la salud mental, existe una baja contratación de profesionales como los psicólogos. Para los P2, P3, P5, sería “ideal” tener psicólogos de forma rutinaria en sus respectivas áreas para facilitar el trabajo y evitar el cruce de horarios entre profesionales. Así, según los participantes, se lograría brindar un servicio integral y de calidad en el hospital, lo cual comentan, no está ocurriendo. Sin embargo, agregan que no solo se puede culpar a la institución por esta carencia en los servicios de salud, sino que también son los psicólogos quienes deben tomar responsabilidad. Esto debido a que como se mencionó en secciones anteriores, este profesional de la salud aún no es identificado dentro del campo de la salud porque le falta visibilizar su trabajo. Para los médicos participantes los psicólogos deben tener la iniciativa de difundir su labor y mostrar calidad en ella para que así su requerimiento aumente y por ende el sistema hospitalario se vea forzado a aumentar la oferta abriendo más plazas.

Por otro lado, según algunos de los médicos también sería importante que el psicólogo que esté pensando en trabajar en este campo, pueda saber adaptar sus intervenciones a las características y dificultades del hospital. Por ejemplo, se comenta que el tiempo de atención psicológica no es compatible con los tiempos y volúmenes de atención del hospital, por lo que algunos de estos sugieren que se intenten intervenciones innovadoras y creativas, como por ejemplo “difusión de información preventiva por los televisores de las salas de espera”. Respondiendo a dos características de los hospitales públicos que los P1, P2, P3, P6, P7 y P10 señalan son relevantes a tener en cuenta al acercarse a entender e intervenir en este contexto: se requiere velocidad en la atención y se tiene alto flujo de pacientes.

Los psicólogos necesitan entrar al fondo y conocer bien a la familia y a sus pacientes y su entorno familiar, y a veces en el tiempo y con la cantidad de pacientes que pueden tener en el

hospital de repente no les va a dar el tiempo. Osea sus intervenciones tiene que ser mucho más concretas, mucho más dirigidas y con mayor impacto, y de repente hacer terapias familiares, tener unas horas solo para tener terapias con familias, de acuerdo a una clasificación que hagan. Organizarse a pesar de lo difícil. (P.6)



CONCLUSIONES

El objetivo de esta tesis fue explorar y comprender las creencias que diez médicos que laboran en un hospital público tienen respecto a los psicólogos en el campo hospitalario. Se encontraron cuatro grandes grupos o clusters de creencias respecto al psicólogo de hospital: identificación del psicólogo en el campo hospitalario, socialización del psicólogo en el campo hospitalario, funciones del psicólogo en el campo hospitalario y entorno social e institucional. Las siguientes conclusiones han sido concebidas en el diálogo entre estas creencias, en discusión con el marco teórico de esta tesis, esperando que con esto se amplíe el marco de discusión teórica y el llamado a cambios prácticos frente a temas relevantes en salud pública. Se recuerda que este estudio es exploratorio, por lo que no se busca contrastar una hipótesis, sino comunicar y describir en relación a la problemática.

- Las creencias son una variable cognitiva que ayudan a la comprensión de las dinámicas de una persona en relación con la figura de un profesional, en este caso el psicólogo. Permitiendo un abordaje del tema complejo que lleva a los participantes a las experiencias que influyen su interacción actual y al investigador o investigadora a recoger una gran cantidad de información.
- Las creencias sobre los psicólogos de hospital presentadas que parecían tener más arraigo en los participantes coincidían en ser de origen descriptivo, racional y haber sido validadas en el ámbito personal-privado y/o ámbito laboral. Esto implica que han sido creencias construidas y mantenidas preponderantemente por el contacto y coherencia con la realidad.

- El trabajo de los psicólogos del campo hospitalario, está asociado principalmente a áreas críticas como el trabajo con pacientes crónicos y al trabajo con niños. Esto debido a que se les identifica como parte del equipo en estas áreas (en su mayoría), ha logrado generar un impacto en las intervenciones con los pacientes, sus familias y el personal sanitario, al mostrar resultados y buenas actitudes, que cumplen con las expectativas de los médicos. Ello tiene un correlato con las metas y objetivos de la psicología de la salud. Sin embargo, algunos participantes consideran que otras áreas también requieren de la atención de un psicólogo y no se están teniendo en cuenta.

- Si bien los médicos encuentran muchas potencialidades en la labor del psicólogo, por teoría y experiencias, en la práctica la mayoría de participantes de este estudio manifiestan haber tenido más experiencias decepcionantes que han nutrido creencias que no aportan al trabajo en equipo: no son de confianza, no tienen iniciativa y no hacen su trabajo. Estas creencias parecen influir en si se hace o no una interconsulta (tenga una base racional o no), derivando en omisiones de aspectos de la salud de los pacientes, como el psicológico y social. Se encuentra que estos aspectos no son cubiertos por otro profesional capacitado para este tipo de atención, lo cual se diferencia de lo encontrado en otros estudios, donde se observa que la carga laboral de otros profesionales aumenta para suplir estas funciones.

- La atención de la salud en hospitales del Perú, parece estar aún bajo el modelo bio-médico de la salud, lo cual tiene un correlato según la teoría, con incoherencias conceptuales en las leyes. Esto también ha sido destacado por los participantes como una de las principales razones por las que es difícil el trabajo con los psicólogos. Por un lado expresan que existe un estigma en relación a su labor con la salud mental que pone una barrera en la atención, generado por el modelo previamente mencionado y los conceptos alrededor de la salud mental. Pero además, indican que el funcionamiento del hospital, no responde al modelo biopsicosocial, ni tampoco la formación de ellos como médicos. Lo que concluye en que el psicólogo y su labor sean constantemente pasados por alto.

- Dado que los médicos suelen dejar de lado la parte preventiva de la salud y por ende la labor del psicólogo, la mayoría no logra entablar una interacción efectiva con ellos para la atención del paciente. Si bien algunos médicos consideran que los psicólogos no están haciendo su trabajo y no siempre son eficientes con sus labores comunicativas, parece haber la creencia de que este profesional es quien debe tomar la iniciativa para

comunicarse con ellos. Lo cual implica que algunos de estos médicos se despojan de esa responsabilidad de toma de iniciativa.

- Los médicos creen que los psicólogos deben evidenciar y aumentar la demanda a través de la calidad en su trabajo y difusión de información. Muchos de los entrevistados piensan que así las autoridades se verán forzadas a aumentar la oferta. Es decir contratar más psicólogos y por ende empezar a generar cambios en los hospitales públicos, hacia un modelo biopsicosocial.



RECOMENDACIONES

Dada la relevancia del tema, previamente presentada, y bajo un contexto de cambios en la ley en salud mental. Se hace presente la responsabilidad como futura profesional frente a la comunidad científica y la sociedad, de brindar más allá de los resultados de mi tesis, las siguientes recomendaciones. Que surgen a partir del proceso y resultado final de esta investigación.

Si algo significó un reto para esta investigación, fue que los médicos en las entrevistas se encontraron hablando sobre sus creencias respecto a psicólogos con una futura licenciada en psicología. Así mismo puso a esta futura psicóloga frente a un análisis de discursos sobre profesionales de su misma carrera. Si bien, esto se mantuvo presente durante toda la investigación (y se usaron otras herramientas), para lograr resultados lo menos sesgados posibles y a su vez enriquecedores para los objetivos planteados. Sería importante para futuras investigaciones, de mantenerse esta figura, hacer las entrevistas y análisis con otros profesionales menos vinculados personalmente al fenómeno.

En esta tesis se encontraron necesidades descuidadas en el campo de la salud producto de un modelo que no termina de quedar claro ni en teoría, ni en práctica. Por lo mismo, se recomienda seguir teorizando a partir de las dinámicas en las instituciones de la salud. Pues quizás la mejor forma de replantear o volver coherentes las leyes, conceptos y modelos en salud sean haciendo un análisis crítico de la práctica y realidad. De esta forma se tendrá más información que impulse cambios a nivel teórico y práctico para la salud, las carreras en salud, y las relaciones entre los miembros de este campo. Con el fin de velar por una atención a los pacientes desde lo biológico, mental y social (reconociendo su complejidad humana).

Así mismo se toma la sugerencia de los participantes, y se motiva a los psicólogos a tomar un rol más activo en el campo hospitalario. Sea desde la búsqueda de nuevas estrategias para la atención, la mejora en la atención en sí misma, la psicoeducación a otros profesionales, la investigación, etc. Para que la presencia de nuestra labor se sienta, sea demandada y genere cambios. En lugar de que se desplace o elimine nuestra participación, no solo en la práctica, sino por leyes, como está pasando actualmente en el Perú. Según las creencias de los participantes, eso generaría cambios en la percepción y actitud de ellos mismos sobre los psicólogos, facilitando una atención integral.

Finalmente, se invita tanto a médicos como al resto del personal de salud laborando en hospitales el poder tomar la iniciativa para la comunicación entre profesionales. Dados los resultados de este estudio parece pertinente generar puentes de dialogo y socialización de información para la mejora de la atención. Así, se asume la tarea conjunta de ir integrando la salud y poder brindar calidad en los servicios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aignerren, M. (2008) *TECNICAS DE MEDICION POR MEDIO DE ESCALA*. Revista La Sociología en sus Escenarios, Universidad de Antioquia. 18, pp.1-25. Recuperado de: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/6552/6002>

Arévalo, E. (2009) *El consumo ¿Un juego de niños?* Cuadernos Latinoamericanos de Administración, (9), pp.67-82. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4096/409634352005.pdf>

Arrivillaga, M. (2008) *Psicología y salud pública: tensiones, encuentros y desafíos*. Universitas Psicológica. 8(1) pp.137-148. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/407/298>

Baffigo, V. (2012) *Informe de Gestión-EsSalud*. Lima, Perú. Recuperado de: http://www.essalud.gob.pe/downloads/expos_comsionsalud_congreso.pdf

Bautista, Y., Bacán, G., Torres, L., Osorio, M., Garrido, A., y Reyes, A. (2016) *Percepción de los médicos generales sobre el trabajo multidisciplinario en la atención de pacientes con asma*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 19 (1) pp. 115-131. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol19num1/Vol19No1Art6>.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979) *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée De Brouwer, biblioteca de Psicología. Recuperado de: <http://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>

Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.

Bernal, I., Pedraza, N. y Sánchez, M. (2015) *El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico*. Estudios Gerenciales 31 p. 8-19. Recuperado de: file:///C:/Users/user/Downloads/S0123592314001624_S300_es.pdf

Bula, G., Gil, J., Sierra, J., Bermúdez, M., Agudelo, D., Bretón, J. y Teva, I. (2005) *Imagen de la psicología como profesión sanitaria en profesores universitarios de Psicología y de Medicina*. Papeles del Psicólogo, 26 (91), pp. 4-15. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77809103>

Callejo, M., y Vila, A. (2003). *Origen y formación de creencias sobre la resolución de problemas. Estudio de un grupo de alumnos que comienzan la educación secundaria*. Boletín de la Asociación Matemática Venezolana, 10(2), pp.173-194. Recuperado de: <http://emis.ams.org/journals/BAMV/conten/vol10/mcallejo+vila.pdf>

Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

Chertock, J. (1995) *60 mentiras que nos complican la vida. Cómo descubrir y modificar las creencias erróneas que producen depresión, timidez, hostilidad, indecisión y otras molestias*. Tercera edición.

Congreso de la República del Perú (2018, 18 de diciembre) Ley N° 28369 [Ley del trabajo del psicólogo]. *En Diario de los debates*. Lima. Recuperado de: https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000003974_pdf.pdf

Congreso de la República del Perú (2018, 26 de enero) Ley N° 23330 [Ley del servicio rural y urbano marginal de salud]. *En Diario Oficial El Peruano*. Lima. Recuperado de: http://portal.minsa.gob.pe/dggdrh/comunicate/paso1/ley_serums.pdf

Contreras, A. y Palacios, X. (2014). *Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)*. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud vol.46 no.1 Bucaramanga. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343835707006>

Cortés, A. (2010). *La economía de la salud en el hospital*. Revista Gerenc. Polit. Salud, Bogotá. 9 (19). Pp.138-149.

Dávila, A., Escalante M., Gioacchini C., Illanes, M. y Sananez, G. (2012) *Estudio comparativo sobre las significaciones del rol del psicólogo entre los profesionales de los equipos de salud de los centros periféricos de la municipalidad de Córdoba y los hospitales nacionales*. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología. 1(1), pp.116-129. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/2902/>

Elgegren, U. (2015) *Fortalecimiento del clima organizacional en establecimientos de salud*. Avances en psicología, Revista de la facultad de Psicología y Humanidades de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. 23 (1) Pp.87-102.

Ferrer Botero, A. (2010). *Las terapias cognitivas: mitos y aspectos controvertidos*. Revista de psicología universidad de Antioquia, 2(1), pp.74-93. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v2n1/v2n1a6.pdf>

García, H., Díaz, P., Ávila, D., y Cuzco, M. (2015) *La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud*. Anales de la Facultad de Medicina 76, pp. 7-26. UNMSM. Facultad de Medicina. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76nspe/a02v76nspe.pdf>

Gómez, M. (2007) *La psicología de la salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad*. Psychologia. Avances de la disciplina, vol. 1, núm. 2, pp. 159-179 Universidad de San Buenaventura Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29>

González, T. (2004) *Las Creencias y el Proceso Salud-Enfermedad*. Escuela latinoamericana de medicina. Cuba. Recuperado de: http://psicolatina.org/Uno/las_creencias.html

Gorayeb, R. (2001). *A prática da psicologia hospitalar*. *Psicologia clínica e da saúde*, pp263-278. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Gorayeb/publication/242745738_A_pratica_da_psicologia_hospitalar/links/54edd8410cf25238f9391a26.pdf

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hillman, J. (1999) *Anima Mundi: El retorno del alma al mundo* (pp.129-188). En: El pensamiento del corazón. Madrid: Siruela

Knill, P. (2018). *Fundamentos para una teoría de la práctica*. En: Knill, P., Levine, E y Levine, S. *Principios y práctica de la terapia de artes expresivas. Hacia una estética terapéutica* (pp. 87-188). Lima: TAE Perú.

Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997) *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Segunda Edición. Siglo XXI editores, Madrid: España.

Levine, S. (2018) *La filosofía de la terapia de artes expresivas: poiesis como una respuesta al mundo*, pp. 21-86. En: Knill, P., Levine, S. y Levine, E. *Principios y práctica de la terapia de artes expresivas. Hacia una estética terapéutica*. Lima: Tae Perú.

Martín-Crespo, C., y Salamanca, A. (2007) *El muestreo en la investigación cualitativa*. Nure investigación (27) pp. 1-4. Recuperado de: <http://www.sc.ehu.es/plwлумuj/ebalECTS/praktikak/muestreo.pdf>

Mieles, M., Tonon, G., y Alvarado, S. (2012). *Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social*. Universitas Humanísticas (74) pp. 195-225. Recuperado de: <http://www.sc.ehu.es/plwлумuj/ebalECTS/praktikak/muestreo.pdf>

Ministerio de Salud [MINSa] (2010) *Norma técnica de salud "Categorías de establecimientos del sector salud"*. Lima, Perú. Recuperado de: [http://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/instrumentos_metod/salud/RM914-2010-MINSa\[1\].pdf](http://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/instrumentos_metod/salud/RM914-2010-MINSa[1].pdf)

Montes, M., Flores-Medrano, E., Carmona, E., Huitrado, J., y Flores, P. (2014). *Reflexiones sobre la naturaleza del conocimiento, las creencias y las concepciones. Un marco teórico para el conocimiento especializado del profesor de matemáticas*, pp.9-22. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Miguel_Montes/publication/271205342_Reflexiones_sobre_la_naturaleza_del_conocimiento_las_creencias_y_las_concepciones/links/5553144108ae980ca606d43e.pdf

Noreña, A., Alcázar, N., Rojas, J. y Rebollo, D. (2012) *Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa*. AQUICHAN, 12 (3). Pp. 263-274. Chía: Colombia.

Oblitas, L. (2008) *El estado del arte de la Psicología de la Salud*. *Revista de Psicología de la Universidad del Valle de México*. 26(2) pp. 219-254. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rp/v26n2/v26n2a02.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014) Documentos básicos. Ed.48. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf#page=7>

Orellana, O., García, L., Alvites, J., Salazar, M., Sotelo, L., Sotelo, N., Malaver, C., Yanac, E., Chávez, H., Orellana, D y Rivera, J. (2008). *Representaciones sociales sobre el psicólogo en profesores de la educación básica pública y privada de Lima (costa) y provincias (sierra y selva)*. *Revista de investigación en psicología*, 11(2), pp. 51-54. Recuperado de: <file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-RepresentacionesSocialesSobreElPsicologoEnProfesor-3052959.pdf>

Piña, J., y Rivera, B. (2006) *Psicóloga de la Salud: Algunas Reflexiones Críticas Sobre su Qué y su Para Qué*. *Universitas Psychologica*, 5(3), pp. 669-680. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a19.pdf>

Reig-Ferrer, A. (2005) *¿QUÉ DEBE SABER UN MÉDICO DE PSICOLOGÍA?* *Revista Análisis y Modificación de Conducta*. 31, pp.136-137. Recuperado de: <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2214/2141>

Rodríguez, R. y Vetere, G. (2011) *Manual de Terapia Cognitivo conductual en los trastornos de la ansiedad*. Editorial Podemos: Buenos Aires.

Romero, J. (2006). *Las políticas de salud en el Perú: una mirada crítica*. *Liberabit*, 12(12), pp.85-92. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v12n12/a09v12n12.pdf>

Ruiz, A. (2009). *Bases histórico-epistemológicas de la Psicología Cognitiva*. *Universidad Nacional del Comahue*, pp. 1-10. Recuperado de: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36408747/Bases_historico_epistemolo

[gicas de la Psicología Cognitiva.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DBases_historico-epistemologicas_de_la_Ps.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190629%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20190629T040218Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=e1e09390eaae20b29969f518df05e6c3fd7920e2b831eb6ecd8f5ebf4b9a4768](#)

Ruiz, J. y Fusté, A. (2015) *La Evaluación de Creencias y Actitudes Disfuncionales en los Modelos de Ellis y Beck: Similitudes y Diferencias*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica. 2 (40); pp. 51-61. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645432006>

Seguro Social de Salud del Perú [EsSalud] (2015) *Análisis Ejecutivo a nivel Nacional 2015*. Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo. Gerencia de Gestión de la Información. Sub Gerencia de Estadística – Lima, Perú. Recuperado de: http://www.essalud.gob.pe/downloads/analisis_ejec_n_nacional_2015.pdf

Taylor, S., y Bodgan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona, España: Paidós.



ANEXO N°1: GUÍA DE ENTREVISTA

Preguntas de Familiarización:

1. Cuénteme ¿a qué se dedica y cuál es su labor en el hospital?
2. ¿En qué otras actividades sociales participa? (*formales e informales*)

Collage:

Consigna: Aquí tiene unas revistas, una tijera y una cartulina. Haga un collage utilizando las figuras, frases y demás que encuentre en estas revistas, que representen o identifiquen para usted al psicólogo hospitalario. Tómese el tiempo que desee y posterior a esto le haré una serie de preguntas a partir de su collage.

Una vez finalizado: Cuente sobre su collage

Conceptualización a partir de la experiencia

3. ¿Para usted qué es un psicólogo hospitalario? (*¿Qué hace? ¿Cómo lo hace? ¿Para qué lo hace? ¿Cuándo lo hace? ¿Cuándo interviene? ¿Dónde interviene? ¿Con quién interviene? ¿Con que otros profesionales trabajan? ¿Qué lo caracteriza? ¿Qué se espera?*)

Creencias adquiridas durante la formación profesional

4. ¿Durante su formación como médico se mencionó algo relacionado al psicólogo hospitalario? (*¿Qué decían sus maestros? ¿Qué decían sus compañeros? ¿Qué se comentaba? ¿Qué pensaba usted?*)

Creencias adquiridas durante su labor como médico

5. ¿Qué cree usted del psicólogo hospitalario a partir de las experiencias que ha tenido en su campo laboral? (*¿Cuénteme sobre estas experiencias? ¿Qué experiencia lo llevo a creer esto? ¿Podría describirme esta experiencia?*)

Creencias adquiridas por la particularidad del sujeto

6. A modo personal, ¿ha vivido alguna experiencia particular que influenciara lo que cree del psicólogo hospitalario?

7. Hace un momento me comentaba que participaba de grupos sociales como... ¿Recuerda alguna experiencia que haya surgido en estos espacios fuera de su campo laboral que influenciara lo que cree de los psicólogos hospitalarios?

Creencias adquiridas por la sociedad de pertenencia

8. ¿De qué manera cree que la sociedad ve o mira a los psicólogos hospitalarios? (*¿cree usted que se tiene una visión de lo que deberían ser?*)

Pregunta cierre

9. Para finalizar, ¿le gustaría comentar o agregar algo en torno a lo que hemos ido hablando?