

Lo particular que resulta el trato cosificante que se le da a una persona cuando se vuelve paciente

The particularity of the objectifying treatment of a person when he or she becomes a patient

Angye P. Ruiz-Molina¹, Carlos A. Pineda-Cañar² y Herney A. García-Perdomo^{1,3*}

¹Grupo de Investigación UROGIV; ²Departamento de Medicina Familiar; ³Unidad de Urología/Urooncología, Departamento de Cirugía. Escuela de Medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia

Resumen

La cosificación en salud representa una forma de trato peyorativo que el personal de salud da a sus pacientes. Este trato cosificante tiene su origen en la deshumanización en salud, que debido a los avances tecnológicos cada vez es más fuerte. Este es un problema multicausal, que un estudiante y médico pueden abordar desde un enfoque académico promoviendo actividades que lleven a un fortalecimiento en la relación médico-paciente y la implementación de una política de humanización en cada institución.

Palabras clave: Cosificación en salud. Humanización en salud. Atención de calidad.

Abstract

Reification in health care represents a form of pejorative treatment given by health care personnel to their patients. This objectifying treatment has its origin in the dehumanization of health, which due to technological advances is increasingly stronger. This is a multicausal problem, which a student and a physician can address from an academic approach promoting activities that lead to a strengthening of the doctor-patient relationship and the implementation of a humanization policy in each institution.

Keywords: Reification in health. Humanization in health. Quality care.

*Correspondencia:

Herney A. García-Perdomo

E-mail: herney.garcia@correounivalle.edu.co

0120-789X / © 2024 Sociedad Colombiana de Urología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 01-04-2024

Fecha de aceptación: 19-06-2024

DOI: 10.24875/RUC.24000026

Disponible en internet: 27-09-2024

Urol. Colomb. 2024;33(3):126-130

www.urologiacolombiana.com

Introducción

Cuando una persona se vuelve paciente, pasa de ser un ciudadano con derechos y obligaciones a ser una persona con miedos e inseguridades, algunas veces privada de su identidad, dignidad y voz¹. La persona pasa de ser un sujeto activo a un ente pasivo, un objeto en manos de la sabiduría y conocimientos del técnico y profesional de la salud². La cosificación se define como la acción o efecto de reducir a una persona a la condición de cosa, esta definición involucra un trato peyorativo en donde la persona es tratada como objeto y no como sujeto³. El objetivo del presente trabajo fue describir el concepto de cosificación del paciente en el cuidado de la salud.

Cosificación en salud

La cosificación en salud hace referencia al trato cosificante que se le da a una persona que interactúa con cualquier profesional de la salud³. Esta puede ser bidireccional, es decir, de un paciente a un médico y viceversa. En este caso, el trato cosificante se da hacia una persona que está pasando por un proceso de enfermedad y se encuentra en un estado de indefensión y vulnerabilidad³.

La cosificación en salud aparece cuando el personal de atención en salud solo se enfoca en el estudio y funcionamiento del cuerpo y en sus problemas anatómo-fisiológicos, olvidando los demás aspectos fundamentales que forman parte de la esencia propia de la persona tales como lo emocional, lo cognitivo, lo social y lo espiritual¹. El no reconocimiento del ser humano como un ser integral lleva a que durante la atención en salud se identifique a la persona como la enfermedad antes que como persona, sin considerar que todo ser humano es pluridimensional y plurirrelacional^{1,4}.

Debido a que el personal de salud se enfoca fundamentalmente en el bienestar físico del paciente, son comunes expresiones tales como «el paciente de la cama tal», «el paciente del cáncer tal», o «el de la historia tal», expresiones que para el profesional de la salud son normales y cotidianas, pero que para el paciente pueden no serlo, ya que muchas veces sienten que se refieren a ellos como objetos, como si no tuviesen nombre ni sentimientos¹.

El trato cosificante en salud puede producir una afectación de la relación entre el cuidador y el paciente, ya que una relación basada exclusivamente en la identificación de la causa de la enfermedad y en la resolución

de esta puede generar barreras de comunicación y provocar desinformación^{1,3}.

Todo lo anterior conlleva la despersonalización en la atención del paciente. Se trata de la incapacidad de verlos como personas con identidad propia, con gustos y costumbres diferentes, quitándoles la propia esencia de ser alguien para convertirlos en un algo⁵. Esta despersonalización genera que la atención en salud se convierta un trato frío, distante y superficial, en donde no se tienen en cuenta los deseos del paciente y se priorizan las decisiones que el personal de salud considere más convenientes⁵.

¿Cosificación o deshumanización?

La deshumanización se define como la privación de los caracteres humanos⁶. La deshumanización de la medicina proviene de la negación (por lo general inconsciente) de cualidades humanas en el paciente⁷. La cosificación de la persona enferma corresponde a una manifestación frecuente de la deshumanización en la práctica médica. Cuando los pacientes son tratados como objetos, pueden ser considerados como incapaces de sentir algo más que dolor, ignorando por completo las cualidades que los distinguen como seres humanos como la inteligencia, el amor, la felicidad, las creencias, los valores, miedos e inseguridades⁶.

El origen de la deshumanización de la medicina se puede abordar a partir de tres dominios: la dicotomía de Descartes (1596-1650), las ideas sociales de Hegel (1770-1831)⁷ y el proceso de nacimiento de la clínica moderna descrita por Foucault.

La dicotomía de Descartes (1596-1650) propone que la persona tiene dos partes distintivamente diferentes: cuerpo y mente, que deben ser tratadas de manera independiente⁷. Esta teoría favoreció que la parte puramente biológica del hombre, es decir, el cuerpo, se tratara de manera aislada a la mente⁷.

Hegel (1770-1831) en su teoría de derecho propuso la supremacía del Estado sobre los individuos⁷. A partir de esta teoría, se da origen a la supremacía de las políticas de salud pública sobre los derechos de los individuos, un claro ejemplo era la política del hijo único en China⁷.

Además, Foucault nos plantea que en la transición entre el siglo XVIII y XIX, la medicina se volvió positiva. Esto implicó que la parte subjetiva, los elementos que no se apoyaban en la percepción sensorial, no se eliminaran, sino que se desplazaran hacia la subjetividad del enfermo; era la práctica discursiva (el saber médico) vs. la práctica no discursiva (el sufrimiento del paciente),

donde el sufrimiento del enfermo se transforma en objeto de estudio. En el contexto del racionalismo del siglo de las luces, que se contraponía al empirismo previo, se propone que, aunque la percepción no capta la verdad, sí es parte del proceso racional, y por ende puede tomar al propio individuo. Es decir, el sujeto como objeto del discurso, sin que se tengan que alterar los criterios de objetividad. En este momento, la clínica era un contrato tácito entre dos hombres, al cual se le adiciona un razonamiento para alcanzar un conocimiento científico, y durante el cual el enfermo se vuelve un sujeto experimental, que se observa⁸.

La medicina de finales del siglo XVIII le dio un asiento anatómico a la enfermedad, le asignó un espacio determinado, y entonces la clasificó; era la medicina clasificadora. Esta clasificación se basa en el principio de aceptar que la enfermedad existe antes de cualquier manifestación, que existe sin enfermos, y por tanto tiene características específicas que la diferencia de otras, y permite identificarla. Al manifestarse en un individuo, este la modifica y entorpece su caracterización, por lo que el médico debería ignorar al enfermo, para poder encontrar la enfermedad en su esencia verdadera. Para Foucault, lo anterior se nota en el cambio ínfimo pero decisivo que sustituye la pregunta de inicio del encuentro médico del siglo XVIII ¿Qué tiene usted? por ¿Dónde le duele a usted? del siglo XIX.

De otro lado, al ignorarse la espiritualidad del ser humano, el significado de la vida se convierte en un problema técnico que se puede resolver, como propone la corriente del transhumanismo⁷.

El transhumanismo es un movimiento científico y filosófico que considera que la condición humana puede ser potenciada y mejorada por los avances tecnológicos⁹. Si bien esta corriente filosófica busca mejorar y potenciar los aspectos relacionados con la calidad de vida, pone en riesgo la humanización en salud al ignorar la espiritualidad del ser humano y priorizar la tecnología por encima de la relación médico-paciente⁷.

Cosificación e industrialización

Los avances tecnológicos a lo largo del tiempo han permitido obtener el tratamiento de muchas enfermedades, lo cual es muy benéfico para la población¹⁰. Actualmente, el mundo moderno busca lograr nuevos avances tecnológicos que permitan el diagnóstico precoz de las enfermedades, la realización de cirugías a distancia, la digitalización de los registros e incluso la sustitución de los fármacos antidepresivos en un tratamiento libre de fármacos¹⁰.

A pesar de los múltiples beneficios en salud que brindan los avances tecnológicos, existe un escenario fundamental dentro de la práctica médica que se está poniendo en juego: la relación médico-paciente. Con los avances tecnológicos, la relación médico-paciente está pasando a un segundo plano, y con ello, esa interacción tan importante entre ambos³. La tecnología ha hecho que el habla y la escucha hayan perdido valor en el diagnóstico de las enfermedades, dando prioridad a los análisis químicos, las radiografías, los ultrasonidos y los escáneres⁴. En este sentido, los pacientes pueden llegar a sentirse cosificados, y esto se debe a que la tecnología puede llegar a aislar, limitar e incluso impedir el contacto físico y emocional³.

Síndrome de *burnout* y cosificación

El síndrome de *burnout*, también conocido como el síndrome del cuidador quemado, es definido por P. Gil-Monte como: «una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado»¹¹. Este síndrome es muy común en las profesiones de la salud debido a que son muchos los estresores que acompañan su diario vivir, entre ellos: tener que atender a muchos pacientes, tener altas cargas de trabajo que incluyen turnos nocturnos y festivos, y sentir frustración de no poder curar. Todo esto genera sobrecarga física y emocional en el cuidador, lo que lleva a la generación de sentimientos negativos en el entorno laboral y la aparición de actitudes cosificantes hacia los pacientes³.

Estrategias de anticosificación

Hasta el momento hemos descrito algunos elementos vitales para la comprensión del concepto en la cotidianidad. Así, la cosificación es un fenómeno cultural, social e histórico. Esto convierte el acto cosificador en un fenómeno de alta complejidad, de difícil interpretación y de origen multicausal³. Para evitar el fenómeno cosificador, es necesario realizar una intervención multifactorial y la implementación de varias estrategias con el objetivo de lograr disminuir al máximo las actitudes cosificadoras y poder reincorporar nuevamente al paciente en el eje central de los servicios de atención en salud³. Las estrategias deben estar encaminadas en vencer la conducta cosificadora de frialdad en el trato, expresión corporal de enfado, falta de interés y falta de disposición al trabajo por sensación de cansancio permanente e irritabilidad en el personal de salud³.

Para poder encontrar nuevamente el enfoque, es necesario reconocer el origen de la cosificación, y como se mencionó en apartados anteriores, todo se resume en una frase: la deshumanización en salud³. La rehumanización en salud debe buscar la formación humanista del médico desde las facultades de medicina, en donde se enfoque la enseñanza de las patologías del paciente de forma integral, en donde se exalte la importancia de la relación médico-paciente y en donde la historia clínica esté centrada fundamentalmente en el paciente y no en la enfermedad^{6,12}.

La relación médico-paciente corresponde a una cadena de encuentros entre el personal médico y el paciente³. Esta serie de encuentros determina la relación entre ellos e incluso la adherencia que tiene el paciente al tratamiento³. Una buena relación médico-paciente está fundamentada en valores como el respeto, la amabilidad, la honestidad y la empatía, valores que construyen un trato humanizado en los servicios de práctica clínica¹³. Adicionalmente se debe buscar una armonización entre las capacidades científicas y técnicas con las capacidades de humanización; una armonización fundamentada en valores¹. De esa manera, se conseguirá responder a las necesidades del enfermo y de su familia, porque la familia también juega un pilar fundamental en el proceso de salud-enfermedad¹. Siempre se debe buscar la escucha activa, mediante la empatía y el acompañamiento al enfermo, buscando nunca olvidar la famosa frase cuya autoría se refunde en la historia: el médico debe «curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre»^{6,14}.

Finalmente, para que la humanización sea una práctica común en los servicios de atención en salud, resulta necesaria la implementación de una política de humanización institucional, en donde se establezcan estrategias a corto, mediano y largo plazo que permitan mejorar el trato humanizado hacia los pacientes³. Sin embargo, no solo basta con la creación de la política antideshumanización, sino que también es necesario su socialización a todos los miembros del personal de atención de salud para poder llevar a cabo su implementación³.

Conclusiones

La cosificación es una práctica muy común en los centros de atención en salud. Palabras como «el paciente de la cama tal» o el «paciente de la pancreatitis» son expresiones que se escuchan con frecuencia por parte de la mayoría de los cuidadores. Este tipo de expresiones contribuyen a la deshumanización en salud y al deterioro de la relación médico-paciente.

En el proceso de rehumanización en salud, es fundamental la construcción de valores como el respeto, amabilidad, honestidad y empatía para el fortalecimiento del trato humanizado y el mejoramiento de la relación que el cuidador tiene con su paciente. La humanización en salud permite entender que cada paciente expresa y siente su enfermedad de manera única y diferente, y que además del dolor físico, existe un dolor mental, emocional, social y espiritual que también se debe tratar, logrando así un abordaje integral.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Además, los autores han reconocido y seguido las recomendaciones según las guías SAGER dependiendo del tipo y naturaleza del estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Catalina T, Rojas S, Ofelia E, Antinori R. Cotidiano del cuidado de enfermera desde la perspectiva del paciente hospitalizado. *Cienc Tecnol*. 2017;13(2):35-46.
2. Sala Adam MR, Cardenas Sotelo O, Sala Adam A, González Jacomino JF. Paciente. ¿por qué? *Rev Cubana Estomatol*. 2000;37(2):123-6.
3. Bautista OteroA, García Ubaque JC, Manrique Abril FG. Cosificación en salud. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Centro editorial; 2019.
4. Nájera Ahumada AG; Instituto Mexicano del Seguro Social. Cosificación del cuerpo en los servicios de salud públicos desde la visión del personal médico. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*. 2020;1(11):132-46.
5. González-Hernández J, Ramos F. T. Relación médico-paciente en el contexto de la demencia. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2016; 27: 357-362.
6. Ávila-Morales JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *latreia*. 2017;30(2):216-29.

7. Fabregat JR. El paciente como persona en la mente de los profesionistas de la salud. ¿Hemos perdido el centro? *Acta Med.* 2021; 17(4).
8. Foucault M. El nacimiento de la clínica. 22.^a ed. México: Siglo XXI Editores; 2006.
9. Alegría JP. Transhumanismo: Hacia un nuevo cuerpo. En: Daimon S.A., editor. Título del libro. Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones; 2016. pp. 489-495.
10. Los 10 principales beneficios de la tecnología médica [Internet]. Amgen; 2021 [citado 6 abr 2023]. Disponible en: <https://www.redamgen.com/actualidad/los-10-principales-beneficios-de-la-tecnologia-medica>
11. Saborio Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de burnout. *Med Leg Costa Rica.* 2015;32(1).
12. Rueda Castro L, Gubert IC, Duro EA, Cudeiro P, Sotomayor MA, Benites Estupiñán EM, et al. Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. *Rev Iberoam Bioet.* 2018;8(8):1-15.
13. Melgar Z. Los valores que intervienen en la relación médico-paciente [Internet]. Gibson Research Consultancy; 4 oct 2019 [citado 6 abr 2023]. Disponible en: <https://www.grc-salud.com/blog/los-valores-que-intervienen-en-la-relacion-medico-paciente>
14. Payne LM. Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours. *BMJ.* 1967;4:47-8.