



**Aportes de la
psicología en el
ámbito hospitalario:
la humanización en los servicios
de salud como objetivo prioritario**

Cita este libro

Obando Cabezas, L. Ed. científica. *Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo primario*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020.

Palabras Clave / Keywords

Psicología, ámbito hospitalario, humanización en salud, intervención, modelos de atención hospitalaria, salud pública, personal de salud, ejercicios clínicos de expresión, psicoeducación, familia, paciente.

Contenido relacionado:

<https://investigaciones.usc.edu.co/>

Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo prioritario

Lucely Obando Cabezas
Editora científica

Autores

Alonso Tejada Zabaleta, María Ceila Galeano Bautista,
Lucely Obando Cabezas, Marinella Rivera Escobar, Lina
Fernanda Vélez Botero, Carolina Piragauta Álvarez, Jéssica
López Peláez, Ángela Patricia Acosta Pulido, Andrea Valeria
Viveros Balanta



Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo prioritario / Lucely Obando Cabezas [y otros]. -- Santiago de Cali:

Universidad Santiago de Cali, Sello Editorial, 2020.

252 páginas: ilustraciones; 24 cm.

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN: 978-958-5147-17-1

ISBN (Libro digital): 978-958-5147-16-4

1. Humanización en salud 2. Psicología clínica 3. Salud – Aspectos psicológicos 4. Orientación psicológica. I. Obando Cabezas, Lucely. Universidad Santiago de Cali.

LC BF121 CO-CaUSC

jrgb/2020



Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo primario

© Universidad Santiago de Cali.

© **Autores:** Lucely Obando Cabezas, Alonso Tejada Zabaleta, María Ceila Galeano Bautista, Marinella Rivera Escobar, Lina Fernanda Vélez Botero, Carolina Piragauta Álvarez, Jéssica López Peláez, Ángela Patricia Acosta Pulido & Andrea Valeria Viveros Balanta.

Edición 100 ejemplares
Cali, Colombia - 2020

Comité Editorial /

Editorial Committee

Rosa del Pilar Cogua Romero

Doris Lilia Andrade Agudelo

Edward Javier Ordóñez

Luisa María Nieto Ramírez

Sergio Molina Hincapié

Milton Orlando Sarria Paja

Sergio Antonio Mora Moreno

Claudia Fernanda Giraldo Jiménez

Luis Felipe Vélez Franco

Proceso de arbitraje doble ciego:

“Double blind” peer-review

Recepción/Submission:

Octubre (October) de 2020

Evaluación de contenidos/

Peer-review outcome:

Noviembre (November) de 2020

Aprobación/Acceptance:

Diciembre (December) de 2020



La editorial de la Universidad Santiago de Cali se adhiere a la filosofía de acceso abierto. Este libro está licenciado bajo los términos de la Atribución 4.0 de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso, el intercambio, adaptación, distribución y reproducción en cualquier medio o formato, siempre y cuando se dé crédito al autor o autores originales y a la fuente <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

TABLA DE CONTENIDO

- 77** **Introducción**
- Capítulo I**
- 27** **La humanización en salud desde una perspectiva
psicosocial: definición, contextualización e
implementación**
Alonso Tejada Zabaleta
- Capítulo II**
- 53** **Humanización en salud: una reflexión psicosocial sobre
el rol del psicólogo de urgencias**
Marinella Rivera Escobar
Lucely Obando Cabezas
María Ceila Galeano Bautista
- Capítulo III**
- 83** **Cuidando al cuidador: programa cuídate para cuidar**
Lucely Obando Cabezas
María Ceila Galeano Bautista
Marinella Rivera Escobar
- Capítulo IV**
- 121** **Otra mirada de la intervención psicológica en el Servicio
de Urgencias Hospitalarias**
María Ceila Galeano Bautista
Marinella Rivera Escobar
Lucely Obando Cabezas

Capítulo V

175 Programa COMFÍA: propiciando espacios de bienestar en el trabajador de la salud

Lina Fernanda Vélez Botero

Lucely Obando Cabezas

Carolina Piragauta Álvarez

Capítulo VI

209 Humanizando la atención de los pacientes con esquizofrenia desde los cuidados paliativos: un abordaje psicológico

Jéssica López Peláez

Ángela Patricia Acosta Pulido

Andrea Valeria Viveros Balanta

239 Sobre los autores

249 Pares Evaluadores

TABLE OF CONTENTS

11	Introducción
	Chapter I
21	Humanization in health from a psychosocial perspective: definition, contextualization and implementation
	<i>Alonso Tejada Zabaleta</i>
	Chapter II
53	Humanization in health: a psychosocial reflection on the role of the emergency psychologist
	<i>Marinella Rivera Escobar</i>
	<i>Lucely Obando Cabezas</i>
	<i>María Ceila Galeano Bautista</i>
	Chapter III
83	Caring for the Caregiver: Take Care of Yourself Program
	<i>Lucely Obando Cabezas</i>
	<i>María Ceila Galeano Bautista</i>
	<i>Marinella Rivera Escobar</i>
	Chapter IV
121	Another look at psychological intervention in the Hospital Emergency Department
	<i>María Ceila Galeano Bautista</i>
	<i>Marinella Rivera Escobar</i>
	<i>Lucely Obando Cabezas</i>

Chapter V

175

COMFIA Program: fostering wellness spaces in the health worker

Lina Fernanda Vélez Botero

Lucely Obando Cabezas

Carolina Piragauta Álvarez

Chapter VI

209

Humanizing the care of schizophrenia patients from palliative care: a psychological approach

Jéssica López Peláez

Ángela Patricia Acosta Pulido

Andrea Valeria Viveros Balanta

239

About the authors

249

Peer Evaluators

AGRADECIMIENTOS

A las instituciones prestadoras de salud y sus directivos, a los usuarios, familiares, colaboradores y trabajadores, quienes permitieron y participaron de las actividades de este proyecto

Al grupo de practicantes de Psicología de la Universidad Libre, quienes, con su participación, dedicación y responsabilidad, hicieron posible la realización de las actividades y programas aquí propuestos.

Introducción

La representación popular que se tiene del psicólogo convierte al consultorio en su característico escenario de trabajo, en el que cómodamente atiende a personas con alguna clase de problemática mental que van pasando ordenadamente uno tras otro conforme a la programación hecha en una agenda de citas. Aunque esta situación descrita puede ser la realidad laboral de algunos psicólogos, existen muchos escenarios de la praxis profesional de la Psicología en el que el día a día no se presenta de esa manera. El mejor ejemplo serían los hospitales, escenarios que reflejan con crudeza las problemáticas sociales que tiene una sociedad y en los que la intervención psicológica que se demanda se efectúa en sitios inesperados, no preparados para ello. En ese sentido, un psicólogo puede ser requerido para intervenir en una sala de visitas a una familia que acaba de recibir la noticia del fallecimiento un ser querido, o para responder a una interconsulta en una sala general de hospitalización, para persuadir ante todos los presentes a un paciente que se niega a que se le realice un procedimiento médico de vital importancia para su salud. Y aún en los casos en que se programa con la debida antelación la atención a una persona, es frecuente observar que el encuadre de atención clínica se desdibuja. Por ejemplo, en algunos casos en que se le debe transmitir a un paciente el resultado positivo que obtuvo en una prueba de VIH/SIDA, el tiempo programado de 20 minutos de atención puede terminar siendo de dos horas ante la percepción en el sujeto de signos clínicos de ideación suicida activados por los resultados de la prueba.

Ejemplos como los mencionados anteriormente dan la certeza a quienes acumulan amplia experiencia en el medio hospitalario, de que los hospitales y los otros centros de salud pública son

escenarios donde se producen situaciones emocionales muy difíciles y hasta traumáticas para las personas. La enfermedad, el dolor, la desesperanza, los sentimientos de inutilidad, las pérdidas, tanto propias como de los seres queridos, son todas ellas circunstancias que movilizan emociones de tal intensidad que pueden derivar en importantes problemas de adaptación e indudablemente, en enorme sufrimiento tanto emocional como físico. Y son estas circunstancias las que le dan sentido a la demanda asistencial de psicólogos en el medio hospitalario, que como señalan Obando y Ordoñez (2020), busca que la praxis médica hospitalaria restablezca el diálogo con aquello abstracto y metafísico que se tramita a través del vínculo con otros y que hace presencia tozuda y repetida en las enfermedades orgánicas, resistiéndose a los médicos contemporáneos y su ciencia. La psicología es una de las profesiones de salud que se encuentra en los contextos hospitalarios para recordar a todo el personal de salud que los resultados de una intervención, como puede ser una operación quirúrgica, no se restringe a lo que acontece en una sala de operaciones. Desborda ese plazo de tiempo en el quirófano, para implicar lo ocurrido antes de entrar a la sala o lo que sigue después de la intervención médica. Por ello, la necesidad de atender factores psicológicos, como el estilo de vida del sujeto, su deseo de vivir, las redes de apoyo a las que se encuentra integrado, su carácter y estado de ánimo dominante, sus expectativas y sueños en la vida y los problemas que afronta en el momento de la intervención (Obando, 2018)

Las labores del psicólogo en el medio hospitalario están encaminadas al reconocimiento del sujeto humano que hay en la enfermedad que padece el paciente, y que va más allá del proceso biológico que lo tiene ahí. Este reconocimiento se conoce con el nombre de *Humanización en Salud* y obliga a todos los actores involucrados en el proceso de atención en salud (pacientes, familiares, personal de salud,

administrativos) a realizar un esfuerzo por atenuar las consecuencias que han implicado los modelos de atención sanitaria basados en la tecnificación de la medicina, la biologización de la enfermedad, la eficiencia administrativa, la reducción de gastos y el recorte de personal en salud en los hospitales (Hoyos, Cardona y Correa, 2008; Correa y Arrivillaga, 2007). La humanización en el medio hospitalario es una de las labores más importantes que desarrolla el psicólogo en los contextos institucionales de salud pública, con la que se pretende revertir la tendencia actual a un modo de relación instrumental entre las personas y procura así que el personal de salud que trabaja en la institución, al igual que las personas que son atendidas en ella, puedan encontrarse consigo mismo como profesionales y personas que son, pertenecientes a una sociedad con sus propias dinámicas y características. Cabe reiterarlo, esta labor de humanización no es solo para beneficiar a los pacientes que son ingresados al medio hospitalario; está también encaminada a atender a los otros actores que participan en el proceso de intervención, como son los cuidadores y el mismo personal de salud.

Este libro en sus seis capítulos propone una conceptualización de lo que sería la humanización en salud y muestra diversas actividades profesionales sistematizadas, realizadas por psicólogos expertos que han tenido como objetivo la humanización de la atención en salud que brindan unidades de instituciones hospitalarias de la ciudad de Cali, Colombia. Los capítulos de este libro van a mostrar al lector no sólo algunas estrategias de intervención efectivas que pueden ayudar a las personas a disminuir los efectos psicológicos negativos que genera la estancia en las unidades de atención hospitalaria como trabajador, familiar o paciente y que podrían ser replicadas en diferentes instituciones hospitalarias. Los capítulos de este libro también van a mostrar que es necesario que existan psicólogos que trasciendan la labor de la interconsulta individual, acción clásica con el que se

le asocia el rol del psicólogo en el medio hospitalario, y desarrollen otro tipo de actividades de bienestar psicológico de efecto colectivo como lo son labores de integración, descanso y reconocimiento para el personal de salud, ejercicios clínicos de expresión de sentimientos, de humor y psicoeducación para los familiares de los pacientes, además de las típicas actividades que se deben hacer a los pacientes hospitalizados a través de técnicas como narrativas escritas, arteterapia y psicoeducación participativa.

Ahora pasemos a describir cada uno de los contenidos de los capítulos de este libro.

El primer capítulo se titula “La humanización en salud desde una perspectiva psicosocial: definición, contextualización e implementación”. Este es un capítulo centrado en definir, caracterizar y presentar un modelo de propuesta de implementación del concepto y el constructo de humanización en el área de la salud, desde una perspectiva psicosocial. El texto se inicia definiendo el concepto de humanización, contrastándolo con la mirada histórica que se ha centrado más en la deshumanización. Posteriormente, analiza la humanización en salud como política pública detallando la experiencia que Brasil tiene al respecto que de manera explícita ha implementado una política pública en humanización, para luego describir los avances que se han dado en Colombia en el desarrollo de esa política pública humanizante en salud. Finalmente, se presentan los elementos que para el autor son necesarios para la implementación de una propuesta de humanización en salud, que van desde los principios fundamentales que orientarían el modelo propuesto, los contextos en donde se implementaría, los agentes de la salud que estarían involucrados, hasta la manera como usuarios y comunidad contribuirían a su consumación, recordando que cualquier propuesta de humanización exige el reconocimiento del carácter integral y complejo que tiene la atención en salud.

El segundo capítulo se titula “Humanización en salud: una reflexión psicosocial sobre el rol del psicólogo de urgencias”. Este capítulo evidencia, desde el punto de vista de usuarios y colaboradores, algunas de las problemáticas que enfrenta el sistema de salud colombiano, y que bien se reflejan en lo que acontece en una unidad de Urgencias de cualquier hospital del país, con el consecuente posicionamiento profesional al que se ve obligado el psicólogo a adoptar ante estas problemáticas. A partir de los resultados obtenidos en una serie de actividades de intervención psicológica realizadas a pacientes y personal de salud, la autora del capítulo argumenta en favor del reconocimiento que debe tener el rol de un psicólogo o psicóloga en una Unidad de Urgencias quien no sólo debe atender aspectos emocionales implicados tanto en la relación entre colaboradores y usuarios, sino que además debe adoptar una mirada amplia que le permita identificar elementos psicosociales en juego en ese escenario como lo pueden ser los conflictos inter-rol que se dan entre médico, enfermera y otros profesionales de la salud, los riesgos psicosociales y la participación en salud, entre otros.

El tercer capítulo se llama “Cuidando al cuidador: programa cuídate para cuidar”. Este capítulo registra los resultados obtenidos en la implementación de un programa de intervención psicosocial que estuvo dirigido a atender familiares (cuidadores) de pacientes hospitalizados en diferentes servicios de una clínica de tercer nivel en la ciudad de Cali. El texto ilustra las diferentes problemáticas que enfrentan los cuidadores en su papel de apoyo a sus familiares hospitalizados, y la obligación que tienen las instituciones de salud de dirigir su mirada hacia ellos, procurando que estos comprendan que la sobrecarga de tareas que asumen tiene límites, en tanto otros pueden contribuir con sus labores o el mismo paciente debe enfrentar ciertas situaciones por sí mismo. El capítulo describe diversas actividades

terapéuticas realizadas a estos importantes actores en la atención en salud a personas hospitalizadas; casi todas esas actividades terapéuticas enfatizan en la necesidad de que los cuidadores puedan expresar las emociones y sentimientos que la situación les genera, dado que estas personas muchas veces tienen que lidiar con sentimientos encontrados por la labor que hacen y que les puede implicar dejar de atender asuntos personales importantes por tener que estar cuidando a su familiar internado en el hospital.

El cuarto capítulo se llama “Otra mirada de la intervención psicológica en el servicio de urgencias hospitalario”. Este capítulo está centrado en ofrecer un panorama del tipo de actividades de intervención psicológica que se pueden implementar en una unidad de Urgencias, un servicio que aglomera gran cantidad de usuarios y en el que familiares y pacientes se encuentran gobernados por estados emocionales negativos. Las técnicas y actividades descritas en este capítulo fueron implementadas como prácticas de intervención psicológica experimentales, cuyo efecto, de antemano, no podía prever su resultado y su impacto. Pero al final se pudo concluir, con los datos obtenidos de la evaluación hecha a las actividades, que es factible una intervención psicológica en ese contexto y aún ante las condiciones en que se encuentran los usuarios de ese servicio; con la intervención se pueden obtener importantes logros de tipo psicológico que pacientes y familiares reconocen como una ayuda al curso, pronóstico y evolución del problema de salud que enfrentan. El texto concluye que si el objetivo de la intervención psicológica en Urgencias es favorecer el tránsito y la estancia de usuarios (consultante–acompañante/familiar) por el servicio se hace necesario realizar actividades no convencionales que faciliten la expresión, la reflexión y el empoderamiento de los usuarios (consultante–acompañante/familiar).

El quinto capítulo se llama “Programa ‘COMFÍA’: propiciando espacios de bienestar en el trabajador de la salud”. Este capítulo presenta los resultados obtenidos con un programa realizado en un complejo de clínicas de segundo y tercer nivel de la ciudad de Cali, cuyo objetivo fue promover el bienestar mental de los trabajadores en salud. A partir de identificar las situaciones a intervenir según los requerimientos priorizados de líderes de la institución, el marco legal, los resultados de la batería de factores riesgo psicosocial y la cartografía social, se trabajó en pausas activas, intervenciones masivas, espacios de escucha e intervención de medios con colaboradores asistenciales, no asistenciales, tercerizados, practicantes, entre otros. Los resultados evidenciaron que cada actividad tuvo un impacto significativo en los colaboradores, pues conocieron los beneficios que reciben por parte de la organización, reconocieron la importancia de contar con estrategias que permitan mejorar las dinámicas grupales, y reflexionaron sobre los cambios positivos que son necesarios en sus unidades de trabajo, en especial, en liderazgo.

Y finalmente el sexto capítulo se llama “Humanizando la atención de los pacientes con esquizofrenia desde los cuidados paliativos: un abordaje psicológico”. El capítulo aborda el tema de los cuidados paliativos que requieren de por vida personas con trastornos mentales tan severos como la esquizofrenia. El texto es producto de una revisión de literatura que muestra que la idea de cuidados paliativos en esquizofrénicos es poco aceptada o conocida por los profesionales de la salud mental, a pesar de que es consabido que la esquizofrenia es una enfermedad mental que no tiene cura, es degenerativa e implica un deterioro significativo en la calidad de vida del paciente, que involucra su capacidad cognitiva, social, emocional y física. La escasa literatura que se encontró frente a este tema evidenció las limitaciones de la intervención psicológica en esta área, y las graves

implicaciones que esto trae para la calidad de vida de estos pacientes, que desarrollan múltiples comorbilidades que van conllevando a que la atención en salud se desplace de la sintomatología mental a las problemáticas físicas que va dejando el trastorno mental. Frente a la imposibilidad de la ciencia actual para frenar el deterioro de la salud del esquizofrénico, los autores del texto apelan al concepto de humanización como un término guía de la intervención psicológica con la que se puedan desarrollar actividades para aliviar los síntomas, el dolor y el sufrimiento de estos pacientes, y obtengan así un trato digno, a pesar de su enfermedad.

Los autores de este libro esperan que este documento pueda contribuir en la consolidación en Colombia de políticas de humanización de la atención en salud, con las que se puedan disminuir los efectos del estrés laboral y del riesgo de Burnout en los trabajadores de las instituciones de salud, al igual que se pueda potenciar la adherencia al tratamiento y la adaptación al medio hospitalario de los pacientes y usuarios de los servicios de salud y se favorezca la capacidad de resiliencia de usuarios y acompañantes ante los acontecimientos traumáticos que pueden implicar las enfermedades físicas en las personas.



Capítulo I

La humanización en salud desde una perspectiva psicosocial: definición, contextualización e implementación

Alonso Tejada Zabaleta

CAPÍTULO I

La humanización en salud desde una perspectiva psicosocial: definición, contextualización e implementación

*Alonso Tejada Zabaleta**

<https://orcid.org/0000-0002-4325-9667>

La voluntad moral trabaja por humanizar más y más al hombre, levantándolo sobre la bestia, como un escultor que, tallando el bloque de piedra, va poco a poco sacando de él una estatua.

Alfonso Reyes Ochoa

Introducción

El presente capítulo realiza una revisión del concepto de humanización centrado en la salud, desde una perspectiva psicosocial. Se intenta realizar aproximaciones a su definición y contextualización,

* Universidad Libre- Seccional Cali
Cali, Colombia

✉ alonso.tejada@unilibre.edu.co

Cita este capítulo:

Tejada Zabaleta, A. La humanización en salud desde una perspectiva psicosocial: definición, contextualización e implementación. En: Obando Cabezas, L. Ed. científica. *Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo primario*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp. 21- 49.

para culminar en la propuesta de un modelo para avanzar en su implementación en los diferentes niveles del sistema de salud, particularmente colombianos, aun cuando dicha implementación puede realizarse en otros contextos latinoamericanos con los ajustes necesarios.

La estructura del capítulo establece una serie de secciones que cumplen con los criterios señalados de definición, contextualización e implementación.

Respecto a las definiciones, se parte de un análisis del constructo humanización, analizándolo como concepto de estudio y la deshumanización como variación del concepto; luego se presentan algunas perspectivas psicosociales de la deshumanización y el análisis de un modelo dimensional de la relación humanización/deshumanización.

A continuación se realiza la contextualización del concepto como política pública, señalando la experiencia de Brasil que tiene de manera explícita una política pública en humanización. La sección se cierra describiendo los avances en Colombia para desarrollar política pública en humanización.

Finalmente se presentan los elementos para la implementación de una propuesta de humanización en salud, caracterizando los principios fundamentales del modelo propuesto; los contextos en donde se implementaría son: los agentes de la salud involucrados; los actores y agentes usuarios y la comunidad. El capítulo cierra planteando la propuesta como un sistema integral y complejo.

1. Análisis del constructo humanización

Humanización: el concepto de estudio

Humanización hace referencia a un concepto de carácter ideológico y moral, que en el caso de la salud y particularmente de los procesos involucrados en la atención en salud, se refiere a un imperativo ético fundamentado en que la atención debe realizarse siguiendo una serie de criterios, parámetros y postulados referidos a un trato y cuidado “humano”; es decir basado en la calidad, integralidad e integridad del servicio; la calidez y sensibilidad en la atención; la afirmación de la dignidad y el respeto a la intimidad, autonomía e individualidad, así como el respeto de los derechos del otro que funge como usuario o paciente en la relación entre el personal de salud y el contexto con el cual interactúa.

Sin embargo, por su carácter ideológico, históricamente ha estado más asociado al asistencialismo, la filantropía y a condiciones mendicantes.

De acuerdo con lo anterior, la pregunta que se puede plantear es ¿por qué hay que dar especificidad a dicho trato humanizado, si por definición debería ser la forma de actuación propia en las relaciones de atención en salud?

Probablemente se pueden inferir una serie de condiciones históricas y sociales que puedan dar elementos para hipotetizar algunos orígenes de las contradicciones que se suscitan en la llamada acción humanizada.

Deshumanización: la variación del concepto

Desde el punto de vista histórico, político y social, ha sido el uso del concepto deshumanización el más común y ello porque históricamente, desde la antigüedad han concurrido las condiciones de esclavitud, exclusión, inequidad, dominio, violencia y estas situaciones han estado relacionadas con condiciones de poder y dominación individual, grupal, colectiva, social, cultural, étnica, idiosincrática, etc. Actualmente y en relación con la salud, obedece también a las formas de capitalismo dominantes, que restringen los derechos y posibilidades de mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de las personas.

Deshumanización: perspectivas psicosociales

Desde la psicología, particularmente la psicología social y en lo referente a lo psicosocial, el continuo humanización-deshumanización se ha dimensionado desde diferentes perspectivas, pero se da énfasis a las siguientes:

- El poder y las condiciones de poder
- El prejuicio
- La discriminación

Y estos conceptos se han asociado a otros como desigualdad, inequidad, injusticia, marginalidad, invisibilización, estigmatización, rotulación; que se traducen en factores de riesgo psicosocial afectando significativamente el comportamiento, las acciones, la calidad de vida, la vulnerabilidad y el bienestar de las personas y los grupos que han sido afectados por estas condiciones.

En psicología, además del concepto de deshumanización, se incluye por parte de algunos autores el término infra-humanización. Es el caso de Demoulin, Saroglow y Van Pachterbeke (2008) quienes plantean que la infra-humanización es la completa denegación de la humanidad de otros; también DeLuca-McLean y Castaño (2009) que señalan que en la infra humanización se percibe a los individuos como inferiores a los de otros grupos, por ejemplo, en dimensiones tales como la inteligencia; o también son percibidos como carentes para experimentar emociones humanas. En sentido similar, Pereira, Valla y Leyens (2009) señalan en la infra humanización, la consideración de ciertos sectores, que consideran la existencia de individuos como menos humanos.

También desde la perspectiva psicosocial en el área de la salud, se ha intentado establecer taxonomías dimensionales para confrontar el continuo entre humanización y deshumanización.

Dimensiones de humanización/deshumanización

Todres, Galvin y Holloway (2009), plantean una clasificación de dos dimensiones en las que señalan los factores de humanización y deshumanización en salud. La siguiente tabla presenta dichas dimensiones:

Cuadro N° 1. Dimensiones de Humanización/Deshumanización

Formas de humanización	Formas de deshumanización
Información privilegiada	Objetivación
Agenciación	Pasividad
Unicidad	Homogenización
Unión	Soledad

Dar sentido a las cosas	Pérdida de sentido
Ruta personal	Pérdida de ruta personal
Sentido de lugar	Dislocación
Personificación	Reduccionismo del cuerpo

Fuente: Tomado y traducido de Todres, Galvin y Holloway (2009, p. 70).

Según dichos autores en la *Información Requerida/Objetivación*, la información requerida, sería la condición de humanización que hace referencia al reconocimiento de los sentimientos, estados de ánimo y emociones de las personas y se hace respondiendo a sus necesidades, suministrando así la información necesaria y suficiente que requiere el paciente o usuario sobre su condición. La objetivación se referiría al acto deshumanizante en el que la persona es tratada como un objeto, por enfocarse exclusivamente en el sistema diagnóstico, mostrando simplemente un dato estadístico o un rótulo, configurando una disociación al enfatizar la distancia entre una persona enterada y una con desconocimiento.

En la *Agencia/Pasividad*, Todres, Galvin y Holloway (2009), señalan que ser humano permite la capacidad de hacer elecciones y dirigir las acciones, constituyéndose en agente de sus actos. Dicha capacidad de elección y acción se relaciona, según los autores, con la dignidad. En la pasividad se enfatizan las actitudes y prácticas que hacen que la persona actúe pasivamente ante su condición y tratamiento. “Tradicionalmente, el modelo médico ha enfatizado una visión de la persona y de su cuerpo sujeta a fuerzas internas y externas” (Todres, Galvin y Holloway, 2009, pág. 70).

En la *Unicidad/Homogenización*, la unicidad se refiere a que ser humano es actualizarse a sí mismo como único, y tal unicidad no puede ser reducida a una lista de atributos y características generales. Ser humano es más que la suma de las partes y se es parte de una gran cantidad de influencias y contextos; lo que hacen personas particulares en momentos particulares y que caracterizan una particular individualidad. En la homogenización hay un excesivo foco en restar la importancia de la unicidad de una persona, en favor de una mirada de cómo ella se ajusta a un grupo particular de referencia.

En la dimensión *Unión/Soledad*, la forma humanizada está contenida en la unión que los autores plantean como, que ser humano es estar en comunidad, pues nuestra unicidad existe en relación con otros. Esto establece un diálogo entre qué tenemos nosotros en común y cómo lo organizamos y damos sentido en la vida personal y única. Así, por diferentes vías y en diferentes tiempos, conceptos como privacidad, conectividad humana e intimidad se vuelven importantes. De tal manera, que la dimensión de unión hace posible la experiencia de empatía, en que podemos apreciar el sufrimiento y las luchas “del otro”. Esas comunalidades o unicidades pueden ser sobre-enfatizadas y así tienen implicaciones para el cuidado y la atención. En la dimensión de soledad, nuestros propios sentimientos se separan del sentido de pertenencia con otros. Nuestras conexiones sociales diarias son interrumpidas y nos podemos sentir solos. En la soledad nuestro sentido de alienación respecto a otros puede variar en grados. Esto hace inevitable que se produzca un sentido de separación de nuestro mundo social íntimo y del significado hacia los otros. La soledad, sin embargo, puede ser mitigada o exacerbada por diferentes sistemas y prácticas de cuidado y atención de la salud.

En la dimensión *Dar sentido a las cosas/Pérdida de sentido*, la forma o condición humanizada corresponde al sentido de decisión, o dar

sentido a las cosas, que desde la perspectiva de Todres, Galvin y Holloway (2009), hace referencia a que, ser humano es atender por el significado de las cosas, eventos y experiencias para la vida personal y esto nos impulsa a la motivación y a dar significado a las cosas. En la pérdida de sentido, los humanos se vuelven números y estadísticas. Así cuando somos contados como estadísticas, el tratamiento que se nos da no tiene sentido para nosotros porque lo que es importante para la estadística, no necesariamente lo es para la experiencia individual humana.

Respecto a la *Ruta personal/pérdida de la ruta personal*, la primera hace referencia a la ruta, camino o trayecto personal que realizamos en la vida y que, por lo tanto, ser humano es estar conectado con un sentido de continuidad; así el pasado nos permite conocer el contexto, el antes y el después. Y el futuro, siendo desconocido, ofrece la posibilidad de la novedad y de algunas cosas diferentes. Ser humano es estar conectado entre la familiaridad del pasado y la no familiaridad del futuro. La pérdida de la ruta personal puede ocurrir cuando las prácticas de cuidado en salud, no prestan suficiente atención en la historia y en futuras posibilidades de la historia de vida de una persona; “lo que se manifiesta en un excesivo énfasis en *cómo* es la persona y no *quién* es la persona” (Todres, Galvin y Holloway 2009, p. 73).

La dimensión, *Sentido de lugar/dislocación*, plantea en la dimensión humanizadora, que ser humano es venir de un lugar particular en que el hábitat no es solo un medio ambiente físico mensurable en términos cuantitativos, sino que el lugar genera sentimientos significativos de estar en casa o en el hogar. Es una colección de condiciones y situaciones que proveen un grado de seguridad, confort, familiaridad, continuidad. La dislocación es una forma de deshumanización que ocurre cuando el sentido de lugar se pierde u oscurece y surge la sensación de sentirse extraño.

En la *Personificación/Visión reduccionista del cuerpo*, ser humano reúne maneras de vivir con los límites frágiles de la personificación humana. Nuestro conocimiento revela el cuerpo humano con cansancio, dolor, hambre; pérdida de función, excitación, vitalidad y otras experiencias. Una perspectiva humanizada puede mostrar el bienestar como una cualidad positiva que vale la pena para nuestra vida y no solo como una ausencia de enfermedad, con una visión del cuerpo como un objeto para reparar. En la visión reduccionista del cuerpo se hace más énfasis sobre los signos y síntomas y el cuerpo es separado desde sus contextos más amplios. Es un excesivo énfasis en tejidos, órganos, hormonas y electrolitos, y una negligencia de una mayor visión relacional del cuerpo en sus más amplios contextos como el psicológico, medioambiental, social y espiritual. (Todres, Galvin y Holloway, 2009).

2. La contextualización de la humanización como política pública

Humanización: como política pública

De acuerdo con lo señalado hasta ahora, parecería claro que la humanización en salud debería ser una condición de extremada significación y que debería existir como política pública en cualquier país.

Sin embargo, aun cuando hay desarrollo de *planes y programas de humanización en salud* en varios países, incluyendo países europeos y latinoamericanos, para esta revisión, solo se encontró un país en donde la *humanización* obedece a una Política Pública: Brasil. (El caso colombiano será revisado en la siguiente sección).

La Política Nacional de Humanización de Brasil (2004) se denomina HumanizaSUS y define la humanización como: “Humanizar es ofertar atención de calidad, articulando los avances tecnológicos con acogimiento, con mejoría de ambiente de cuidado y las condiciones de trabajo de los profesionales” (Ministério Da Saúde, 2004, p. 6).

Se presentan a continuación algunos elementos relevantes de dicha política:

Establece niveles del Plan Nacional, que son:

- Universalidad
- Equidad
- Integralidad
- Control Social

De igual manera, sostiene que la *humanización* no debe ser entendida como un programa, sino como una política transversal de todo el sistema de salud.

Da especial importancia a la corresponsabilidad como compromiso mutuo de las partes, estableciendo que la

Corresponsabilidad implica cambio en la cultura de atención a los usuarios y en la gestión de los procesos de trabajo...Es tener como padrón la atención o vínculo con los usuarios; es garantizar los derechos de los usuarios y sus familiares; es estimular a que ellos se coloquen como autores del sistema de salud, por medio de su acción de control social; es también, tener mejores condiciones para que los profesionales efectúen su trabajo de modo digno y creador de nuevas acciones y que puedan participar como cogestores de su proceso de trabajo (Ministério Da Saúde, 2004, p. 7).

Esos procesos de relacionamiento mutuo entre los actores del sistema en humanización suponen intercambios de saberes (incluidos los de los pacientes y sus familiares).

De la misma manera, se propone un diálogo entre profesionales y modos de trabajar en equipo, pero no para la solución de “un problema”, sino como producción de grupalidades que surjan de construcciones colectivas, que supongan cambios por los encuentros entre sus componentes.

Y la idea fundamental es el carácter transformador entre los miembros y elementos del sistema, entendiendo la humanización como estrategia de interferencias en el proceso de producción de salud, tomando en cuenta que los sujetos sociales, cuando son movilizados, son capaces de transformar realidades, transformándose a sí mismos, en ese mismo proceso.

Los avances hacia una política pública en humanización de la salud en Colombia

En Colombia no existe hasta la fecha una política pública exclusiva para la humanización en salud. De hecho, el concepto ha estado relacionado con las políticas de la calidad en salud y aparece diseminado o relacionado con conceptos similares o complementarios en las diferentes políticas del Estado colombiano.

Probablemente el documento que hace más referencias explícitas hacia una política pública en humanización es el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) – Plan Estratégico 2016-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a), que plantea la humanización como un principio orientador del Plan,

reconociéndolo como fundamento esencial del sistema de salud. Implica centrar su acción en las personas y que los agentes enfoquen su misión al cumplimiento del derecho fundamental que constituye la salud y por correspondencia la humanización. Además, el documento asocia la humanización al empoderamiento de los usuarios para ejercer sus derechos.

De la misma manera, establece como una estrategia la construcción participativa de la política de humanización, fortaleciendo una red nacional de humanización y la formulación y divulgación de la política de humanización.

Por lo tanto, se plantea como una meta a 2021, el contar con la formulación, aprobación y divulgación de una política de humanización.

Como se señaló antes, otros documentos reglamentarios del Estado colombiano incluyen conceptos relacionados y complementarios con la humanización. Se señalan a continuación algunos de ellos:

La Resolución 000429 del 17 de febrero de 2016 o Política de Atención Integral en Salud (PAIS). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016c) que se apoya en el Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de *accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución*.

En el Artículo 3°, que se refiere al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), la PAIS establece *un modelo* operacional que, a partir de estrategias ya definidas, adopta herramientas que permitan garantizar oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de *equidad*; comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionen coordinadamente las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión *centrada en las personas*.

Y respecto al Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud (RHS), señala que para el fortalecimiento de éste se deben implementar acciones desde cuatro ejes: la formación, la armonización con el esquema de *cuidado integral* y provisión de servicios, el fortalecimiento del responsable de la planeación y gestión territorial en salud, y el *mejoramiento de condiciones laborales*. Estos ejes deben articularse en los planes territoriales de salud para generar impacto real en la población.

También se encuentran elementos relacionados con humanización en el Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014); respaldado por la Resolución 000429 del 17 de febrero de 2016: Política de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En éste programa, el objetivo general plantea aportar al derecho a la salud, así como al mejoramiento de la *calidad, integralidad, continuidad y humanización* de los servicios, a la resolutiveidad en la atención en salud y la articulación de las acciones individuales y colectivas, sectoriales, intersectoriales y comunitarias, a través del fortalecimiento de la salud y la medicina familiar y comunitaria en el sistema de salud, en el marco de la estrategia de APS (Atención

Primaria en Salud), la gestión integral del riesgo y las líneas operativas del Plan Decenal de Salud Pública.

Elementos similares y relacionados con humanización se encuentran en otros documentos de las políticas en salud del Estado colombiano. Algunos de ellos son:

La Ley 1616 de 2013 o Ley de Salud Mental (Congreso de la Republica de Colombia, 2013); la Ley 1618 de 2013, que establece los derechos de las personas discapacitadas (Congreso de la Republica de Colombia, 2013); el Decreto 1965 de 2013, que reglamenta la Ley 1620 de 2013 y que crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación y la prevención y mitigación de la violencia escolar (Ministerio de Educación Nacional, 2013); el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013); el Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria desde la Dirección de Talento Humano en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a); el Observatorio de Talento Humano en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b); la Política de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a); la Resolución 000429 de 2016, correspondiente a la reglamentación de la Política de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b); el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017a); el Protocolo de Atención Integral en Salud con renfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017b); el Proyecto de Resolución para la Adopción de la Política Nacional de Salud Mental y su anexo técnico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a) y la Resolución 004886 de 2018 que establece la adopción de la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b).

3. Elementos para una propuesta de humanización en salud

Intentando tomar elementos sustanciales referidos a la humanización en salud y desde una perspectiva psicosocial, se presenta a continuación una propuesta de implementación de un sistema de humanización para ser desarrollado en los entornos que están relacionados con la salud. En sí, se configura como un modelo que debe ser probado y reestructurado de acuerdo con las circunstancias y a la diversidad de condiciones y ámbitos que constituyen el sistema de salud.

Dimensiones del modelo

Como se señaló, el modelo se constituye en un sistema que contiene las siguientes dimensiones:

1. Contextos
2. Agentes de salud
3. Actores y agentes usuarios/comunidad
4. Sistema integral

Fundamentación del modelo

Se propone una serie de principios relacionados con la humanización que fundamenten ontológica, epistemológica y axiológicamente al modelo y que se configuren como principios orientadores de la propuesta. Dichos principios son:

1. **Integral:** Que cubra la totalidad del sistema, incluyendo contextos, actores y agentes.
2. **Equidad e inclusión:** Que garantice la atención a cualquier individuo, sin distinción de raza, género, ubicación, edad o condición.

3. **Enfoque diferencial:** Que se fundamente en el respeto a la diferencia, la diversidad, los derechos humanos.
4. **Enfoque psicosocial:** Que reconozca el papel de las condiciones psicológicas y sociales, así como los factores de riesgo y protección psicosocial, tanto en los procesos de evaluación y diagnóstico, como en las estrategias de intervención, prevención y promoción
5. **Enfoque formador y educativo:** Que las acciones estén dirigidas al establecimiento, fortalecimiento y mantenimiento de procesos de aprendizaje que posibiliten transformaciones prosociales, de bienestar y mejoramiento de la calidad de vida individual, grupal y colectiva.
6. **Empoderamiento:** Que las acciones formativas se dirijan también a posibilitar que los grupos, colectivos y comunidades fortalezcan sus condiciones de poder para tomar decisiones sobre el sistema, actuar y ejercer control social sobre el mismo.
7. **Autorregulación:** Que se fundamente en el aprendizaje de procesos de autorregulación y autotransformación que posibiliten respeto y cuidado de sí mismo, de toma de decisiones eficaces y efectivas, de evaluación y afrontamiento de consecuencias, de valoración y acción sobre riesgos y beneficios, de posicionamiento frente al mundo y la realidad.
8. **Agenciación:** Que se desarrollen capacidades o competencias que posibiliten la generación de cambios para transformarse y transformar la realidad.
9. **Calidad, calidez y transparencia:** Que se desarrollen capacidades de atención acogida y trato humanizado, dando

todo el conocimiento profesional con ética y valoración del otro, comunicando con transparencia y veracidad la información necesaria para el otro a través de consentimientos informados que cumplan con los criterios de rigor establecidos.

10. Transformación permanente: Que garantice que los procesos son permanentes y continuados, no fragmentarios ni esporádicos y que las evaluaciones diagnósticas, tratamientos e intervenciones estén basados en evidencia científica como imperativo ético de respeto a los derechos del usuario.

11. Paradigma de la complejidad: Que se asuma que en las lógicas de la postmodernidad se reconoce la complejidad sobre el reduccionismo, la fragmentación y el mecanicismo; por lo tanto, los intentos de abordar de manera compleja, sistémica, sistemática, interdisciplinaria e intersectorial los problemas de la salud, deben ser un eje orientador del modelo.

Modelo de humanización: contextos

La primera dimensión que se considera pertinente es la referida a los contextos en los cuales se desarrolla el modelo. Partiendo de una visión compleja, se debe intentar incluir el número suficiente y necesario de contextos involucrados en el sistema de salud.

En una lógica deductiva (de lo general a lo particular), el contexto macro estaría representado por el Sistema Nacional de Salud, que se fundamenta en la Política de Atención Integral en Salud, reglamentada por el Estado colombiano a través de todos sus sistemas normativos, jurídicos y legales. Estos sistemas influyen, direccionan y supervisan a las instituciones de salud, encargadas de prestar los servicios; dichas instituciones funcionan en diferentes contextos: hospitalarios o de

atención directa; pre-hospitalarios o de atención intermediada y de medio de contacto entre lo hospitalario y lo extra-hospitalario y lo extra-hospitalario que se refiere a la atención extramural o más centrada en la intervención en salud particularmente con comunidades. Como sistema integral, se supone una interacción funcional entre estos distintos contextos.

Respecto al contexto hospitalario, vale la pena evaluar elementos relacionados con el mismo, pues de alguna manera se conectan con los procesos de humanización. El contexto hospitalario se estructura, organiza y configura con diferentes ambientes o entornos: el *diseño arquitectónico* y el *diseño ambiental*, pues desde la perspectiva de la psicología ambiental, las percepciones que se tienen del ambiente construido afectan e influyen el comportamiento de las personas que interactúan con el mismo. La tecnología, los equipos, instrumentación e insumos; su adecuación, funcionalidad, actualización, etc., tienen que ver con el trato humanizado que se da al usuario. La estructura y los procesos funcionales de la organización hospitalaria, igualmente influyen en las formas de atención y esto incluye a los procesos administrativos y de gestión de la organización hospitalaria; procesos que igualmente pueden afectar y de hecho lo hacen, tanto a los usuarios como a los colaboradores de la institución.

Además, hay que tener en cuenta, aunque aún de manera general, los riesgos potenciales que se pueden presentar en el contexto hospitalario. Riesgos Biológicos, Químicos, Físicos y Ambientales, Ergonómicos, Psicosociales.

Finalmente, todo el sistema de atención humanizado debe estar dirigido a la comunidad en sus diferentes niveles; a nivel *individual, familiar, grupal, colectivo y comunitario*. De hecho, la APS (Atención Primaria en Salud) es una estrategia para poder garantizar atención en

salud con calidad y humanización, para atender a todos los sectores de la población.

La Figura No 1, representa de manera gráfica, la descripción realizada de los contextos de humanización.

Figura N° 1. Contextos de humanización en salud



Fuente: Elaboración propia

Humanización: Agentes de la salud

La segunda dimensión de análisis del modelo de humanización hace referencia a los agentes de la salud. Esta dimensión se relaciona con diferentes niveles de colaboradores en la organización. Siguiendo la lógica deductiva, se podría iniciar por los niveles de gestión y dirección

como directivos, gestores y administrativos; un nivel de profesionales tales como médicos, enfermeras, terapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, etc. Otro nivel corresponde a los agentes de apoyo y servicios, como especialistas, tecnólogos y técnicos de diferentes áreas relacionadas con la salud; aquí se incluyen orientadores, cuidadores y personal relacionado con la atención y el cuidado y, de la misma manera, personal de servicios generales, además de aprendices y practicantes.

Todos estos agentes de la salud tienen un doble rol en los procesos de atención, cuidado y humanización, como agentes del sistema y como usuarios de este, puesto que de igual manera pueden verse afectados por las diversas condiciones ya señaladas.

En concordancia con los principios fundamentales presentados para el modelo, las condiciones de humanización que deben ser aseguradas, implementadas y fortalecidas, son entre otras:

1. Respeto y cuidado de sí mismo
2. Apoyo al otro y respeto mutuo, mostrando sensibilidad y calidez
3. Respeto al otro, a la diferencia y a la diversidad
4. Entrega total y ética de su conocimiento profesional y de sus competencias
5. Asertividad y transparencia en la relación y la comunicación
6. Atención y trato diferencial a cualquier nivel: ciclo de vida, étnico, de género, etc., pero con equidad
7. Empoderamiento personal, grupal y colectivo, mostrando autoeficacia y agenciación para direccionar, decidir y actuar en los procesos de cambio
8. Corresponsabilidad entre los diferentes agentes que componen la red

Figura N° 2. Representación gráfica de los agentes de la salud en el modelo de humanización



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 2 muestra la síntesis de la humanización desde los agentes de la salud.

Humanización: Actores y agentes usuarios/comunidad

La tercera dimensión de análisis del modelo hace referencia a procesos de humanización desde los usuarios como actores y agentes y al papel de la comunidad dentro del mismo.

Esta dimensión hace referencia, por un lado, a los pacientes, familiares, cuidadores, acompañantes y acudientes y a las asociaciones de usuarios, Juntas Administradoras Locales (JAL) y los grupos formales e informales de las comunidades.

Todos ellos suponen un doble rol, el de actores como participantes usuarios del sistema de salud y el de agentes como individuos, grupos, colectivos y comunidades empoderados y transformadores del sistema de salud a partir de la implementación de procesos de organización, cohesión, participación, decisión y acción para lograr cambios significativos del sistema de salud que posibiliten el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar.

Así, como actores algunos de sus derechos son:

1. Derecho a recibir atención inmediata en los servicios de salud
2. Derecho a recibir asesoría, apoyo e información clara, precisa y transparente, que refleje sensibilidad y calidez; a nivel individual, grupal, colectivo y comunitario
3. Derecho a una espera cómoda y en tiempo reducido
4. Derecho a diagnósticos y tratamientos eficaces, probados y respaldados por evidencia científica
5. Derecho a la atención y trato diferencial a cualquier nivel: ciclo de vida, étnico, de género, etc., pero con equidad

Como agentes, algunas de las características de humanización serían:

1. Empoderamiento para movilizar los recursos que permitan exigir sus derechos y asumir sus deberes como usuarios y agentes de cambio
2. Comunicación y relacionamiento asertivo con los agentes de salud y con otros usuarios

- 3. Corresponsabilidad en la calidad en los servicios de salud
- 4. Movilización de recursos de cohesión grupal y colectiva

La Figura N° 3, representa algunos de los elementos señalados en la humanización de los usuarios

Figura N° 3. Procesos de humanización en los usuarios como actores, agentes y comunidad



Fuente: Elaboración propia

Humanización: Sistema Integral

Finalmente, la Figura N° 4 muestra la representación gráfica que intenta integrar todos los elementos del sistema.

Figura N° 4. Representación gráfica de la integración de los elementos del sistema de humanización



Fuente: Elaboración propia.

4. Conclusiones

El capítulo intenta recoger información para definir y caracterizar tanto el concepto de humanización como la acción humanizada en las prácticas relacionadas con el sistema de salud y a partir de esto, formular la propuesta de un modelo para ser implementado en la perspectiva de posibilitar el mejoramiento de la calidad de vida, el bienestar, el respeto por los derechos humanos; el trato sensible, cálido y amable y la atención humanizada, comprometida; centrada en el individuo, su identidad y su diversidad; basada en evidencia

científica pero respetando las condiciones culturales, idiosincráticas y ancestrales de los miembros que componen el sistema de salud.

Lo anterior corresponde a un ideario de mejora, pues en la práctica, al menos en nuestro medio y por las condiciones económicas, políticas y sociales del mismo, no se ha logrado. De hecho, es necesario redefinir los conceptos, pues aún la carga del asistencialismo, la filantropía a ultranza y la actitud mendicante siguen entorpeciendo definiciones y prácticas más prosociales, integradoras y transformadoras. Igualmente es necesario encontrar formas de transformación de los contextos, las políticas y los prejuicios sociales que aun asumen el concepto de salud como ausencia de enfermedad, desconociendo los determinantes sociales de la salud e incentivando la estigmatización, la rotulación, la invisibilización, la patologización, el aislamiento, etc., que son factores claros de deshumanización.

Referencias bibliográficas

Congreso de la República de Colombia. (21 de enero de 2013). Ley 1616 del 21 de enero de 2013, por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia. (27 de febrero de 2013). Ley 1618 del 27 de febrero de 2013 derechos de las personas con discapacidad.

Congreso de la Republica de Colombia. (16 de febrero de 2015). Ley Estatutaria 1751 Por medio de la cual se regula el derecho a la salud y se dictan otras disposiciones.

- DeLuca-McLean, D & Castano, E. (2009). Infra-Humanization of Ethnic Minorities: The Moderating Role of Ideology. *Basic and Applied Social Psychology*. 31: 102-108
- Demoulin, S.; Saraglou, V & Van Pachterbeke, M. (2008). Infra-Humanizing Others, Supra-Humanizing Goods: The Emotional Hierarchy. *Social Cognition*. Vol. 26, N°2; pp. 235-247.
- Ministerio de Educación Nacional. (11 de septiembre de 2013). Decreto 1965 del 11 de septiembre de 2013, del Ministerio de Educación Nacional “por la cual se reglamenta la ley 1620 de 2013, que crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación y la prevención y mitigación de la violencia escolar.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan decenal de salud pública 2012-2021. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa%20Nacional%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria%20y%20Medicina%20Familiar%20200214.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Anexo Técnico; Calidad y Humanización de la Atención en Salud a Mujeres Gestantes, Niñas, Niños y Adolescentes. Dirección de Promoción y Prevención – Grupo Curso de Vida. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria: Dirección de Talento Humano en Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa-nacional-de-especializacion-medicina-familiar-ruiz.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015b). Observatorio de talento humano en salud: *OTHS*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Guia-observatorio-talento-humano-Salud-oths.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015c). Guía Operativa para la Valoración de la Calidad y la Humanización de las Atenciones de Protección Específica y Detección Temprana a Mujeres Gestantes, Niños y Niñas en la Ruta Integral de Atenciones RIA. Dirección de Promoción y Prevención – Subdirección de Población y Desarrollo - Grupo Curso de Vida. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016a). Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) – Plan Estratégico 2016 – 2021. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016b). Política de atención integral en salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (17 de febrero de 2016c). Resolución 000429 del 17 de febrero de 2016 Ministerio de Salud y Protección Social: Política de Atención Integral en Salud.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017a). Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado – PAPSIVI. Versión II. Bogotá (Colombia): Minsalud, Oficina de Promoción Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Documento-Marco-papsivi-2017.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017b). Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsivi.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018a). Proyecto de Resolución Adopción Política Nacional de Salud Mental. Anexo Técnico: Política Nacional de Salud Mental: Recuperado de http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/proyecto_de_resolucion_adopcion_politica_nacional_de_salud_mental.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (7 de noviembre de 2018b). Resolución 004886 del 7 de Noviembre de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social: Adopción de la Política Nacional en Salud Mental
- Ministério Da Saúde. (2004). HumanizaSUS. Secretaria Executiva , Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização: Política Nacional de Humanização. Brasília D. F. (Brasil)
- Pereira, C; Vala, J & Leyens J. P. (2009). From Infra-Humanization to Discrimination: The Mediation of Symbolic Threat Needs Egalitarian Norms. *Journal of Experimental Social Psychology*. 45: 336-344

Todres,L; Galvin, K. T & Holloway, I. (2009). The Humanization of Healthcare: A Value Framework for Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 4: 68-77



Capítulo II

La humanización en salud:

Una reflexión psicosocial sobre el rol del psicólogo de urgencias

Marinella Rivera Escobar

Lucely Obando Cabezas

María Ceila Galeano Bautista

CAPÍTULO II

Humanización en salud: una reflexión psicosocial sobre el rol del psicólogo de urgencias

*Marinella Rivera Escobar**

<https://orcid.org/0000-0003-4701-1260>

*Lucely Obando Cabezas***

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

*María Ceila Galeano Bautista****

<https://orcid.org/0000-0002-6679-4259>

Ven para ser sanado, sino sanado

Al menos curado y si no curado,

Al menos consolado.

Potter, 1971

Introducción

Comprender el rol del psicólogo o la psicóloga en el servicio de urgencias, en especial en relación con los procesos de humanización, requiere una comprensión amplia. Desde una reflexión psicosocial se

* Universidad Libre - Seccional Cali, Cali, Colombia

✉ marinella.riverae@unilibre.edu.co

** Universidad Libre - Seccional Cali, Cali, Colombia

✉ lucely.obando@unilibre.edu.co

*** Universidad Libre - Seccional Cali, Cali, Colombia

✉ ceila.galeanob@unilibre.edu.co

Cita este capítulo:

Rivera Escobar, M.; Obando Cabezas, L. y Galeano Bautista, MC. Humanización en salud: una reflexión psicosocial sobre el rol del psicólogo de urgencias. En: Obando Cabezas, L. Ed. científica. *Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo primario*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp. 53-80.

considera que en principio es necesario hablar de la deshumanización. La implementación de políticas neoliberales en el ámbito de la salud en los países latinoamericanos ha generado efectos negativos, ya que ha llevado a las organizaciones de la salud a competir por los recursos a través de la venta de servicios, lo que a su vez lleva a éstas a tratar de reducir costos disminuyendo el personal médico; esto genera falta de personal y deficiente infraestructura, lo que poco a poco ha llevado al colapso de los servicios y ha generado una alta carga laboral para los agentes de la salud. Esto, además ha llevado a que las citas se den con menos frecuencia, lo que genera un conflicto entre actores –agentes de la salud y agentes usuarios–; estos últimos en la búsqueda de obtener una consulta médica hacen un mal uso del servicio, “acuden sin ser una urgencia” sin cita previa, otros tienen doble afiliación, están desinformados sobre sus derechos y deberes o incumplimiento de normas, se quejan de la corrupción del sistema y de la hostilidad ejercida y recibida de parte del personal de salud. Todo lo anterior es la expresión de la *deshumanización* en los diferentes componentes del sistema de salud. (Suárez-Rozo, Puerto-García, Rodríguez-Moreno, Ramírez-Moreno, 2017).

Es por lo anterior que, la *humanización*, como tema contemporáneo, ha sido la respuesta a la deshumanización del sistema. Se ha entendido la humanización de la atención como el abordaje integral del ser humano (biológico, psicológico y conductual), como la prestación de servicios integrales al usuario y su familia, brindando calidez, trato amable, respeto por la dignidad y confidencialidad acordes con los deberes y derechos del paciente y el código de ética institucional, además con un ambiente adecuado que propicie el desarrollo del personal de salud en los aspectos humano y laboral.

Así mismo, la humanización se ha ido posicionando como un tema de interés para la investigación y para la acción en la academia, por lo

cual las universidades se han vinculado, sobre todo en el marco de los convenios de docencia - servicio establecidos con las instituciones de salud. (Rodríguez, s.f.). Este capítulo presenta los procesos y resultados obtenidos en un proyecto liderado por practicantes de psicología y acompañado por una docente asistencial que se realizó en el servicio de urgencias de una IPS de Cali¹. Este proyecto llamado Edusalud. es uno de cinco proyectos de acompañamiento a la situación del agente usuario y de los agentes de salud, o colaboradores, como se les llamaba en la institución, de los siguientes servicios: urgencias, hospitalización, cirugía, UCI y proyectos especiales.

De acuerdo con la revisión realizada, la *psicología en urgencias* es una profesión importante debido a que se da en un momento de crisis, quiebre de la vitalidad y la salud de las personas, en el que se requiere el reconocimiento de los aspectos emocionales implicados que dificultan la comunicación entre el agente de la salud y sus usuarios. Por esto se requieren diversas acciones de acuerdo a cada agente: con los usuarios directos se hace un acompañamiento dirigido a la crisis, con la familia una orientación para la comprensión de procedimientos a realizar, procesos necesarios y las emociones generadas por éstas. Por otro lado, con el agente de la salud o colaboradores del servicio como un acompañante del impacto emocional generado por la atención en condiciones de crisis y por el encuentro cotidiano con personas en situación de malestar, enfermedad y con la muerte de algunos de sus usuarios, incluso por su hostilidad o violencia directa.

Los anteriores aspectos dieron surgimiento al siguiente interrogante ¿Cuál es el rol potencial del psicólogo de urgencias en esta IPS y cuáles son las acciones pertinentes en relación con su política de humanización? Para dar respuesta se plantearon los siguientes

1 No se menciona el nombre por asuntos de confidencialidad firmados en el convenio de docencia – servicio

objetivos: Identificar el rol potencial del psicólogo en urgencias y proponer acciones que sean pertinentes a la política de humanización de esta IPS como objetivo. Para alcanzarlo se propusieron tres objetivos específicos: 1. Realizar un diagnóstico participativo de las necesidades y pedidos que tienen los profesionales de la salud y los usuarios del servicio de urgencias de esta IPS, 2. Diseñar un plan de acción que sea pertinente a las necesidades y pedidos establecidos en el servicio de urgencias y a la política de humanización, y 3. Implementar las acciones y realizar la evaluación de las mismas para identificar los cambios y logros alcanzados.

En ese sentido cada objetivo dio origen las siguientes fases, 1. Diagnóstico (observación, pedidos), 2. Diseño del plan de acción, 3. Implementación y evaluación, a las que se sumó una cuarta para la Elaboración de informes. En el diagnóstico, en la fase de observación, se identifican dos aspectos centrales, por un lado, los *usuarios* desconocen el procedimiento de triage y sus implicaciones, perciben negativamente el servicio en salud ofrecido lo que genera como resultado usuarios hostiles que agreden al personal y a las *instalaciones*. Por otro lado, este ambiente negativo genera estrés laboral en los colaboradores, quienes toman distancia emocional, tanto de sus compañeros como de los usuarios, lo que afecta su desempeño en el trabajo y a su vez, hace más lentos los procesos del servicio.

En la fase participativa, las necesidades y pedidos realizados estuvieron en relación con la comunicación del equipo de colaboradores, con el fin de disminuir algunas tensiones propias del conflicto interno entre el personal de enfermería y el personal de medicina. Además, por las características del servicio se solicitaron acciones que permitieran disminuir el estrés laboral que produce trabajar con pacientes que presentan un perfil de riesgo psicosocial alto, los mayores de 65

años o menores de 5 años, debido a que los primeros no entienden el sistema (nacional que ha cambiado) y los segundos porque sus familiares no están informados que ya no los atienden aquí (la institución ha cambiado). También están los pacientes prequirúrgicos o con enfermedad terminal (diagnóstico o tratamiento), aquellos que no tienen una red de apoyo sólida o bien informada sobre el rol de un buen acompañante, los usuarios que desconocen sus deberes y derechos por la inexistencia de la asociación de usuarios del servicio; también están los familiares que no han sido informados del rol del buen acompañante o de cómo cuidar de sí mismos como cuidadores.

De acuerdo con la fase anterior de diagnóstico, en el plan de acción se eligió impartir educación en salud y psicoeducación a usuarios en sala de espera y camillas con primeros auxilios psicológicos; también acompañantes en sala de espera. También se decidió hacer pausas laborales y primeros auxilios psicológicos para incrementar el bienestar a los colaboradores del servicio; éstas fueron lideradas por un grupo de practicantes y una docente del Programa de Psicología de la Universidad Libre en el marco del convenio de docencia – servicio que existe entre esta Universidad y la IPS. En la sala de espera del servicio se hizo psicoeducación, sobre derechos de los usuarios y sobre el impacto de la situación. En el siguiente capítulo se describen en detalle todos estos aspectos, se inicia con una discusión teórico - conceptual sobre la psicología de la salud y de urgencias, el enfoque ecológico, diseño, resultados, conclusiones y recomendaciones.

1. Perspectiva teórica: psicología de la salud en el servicio de urgencias y humanización

Esta proyecto se fundamentó en un análisis ecológico desde la propuesta teórica de Brofenbrenner; para Torrico, Santín, Villas,

Menéndez y López (2002) el modelo de este teórico es muy útil al pensar situaciones de salud, dado que se puede identificar el efecto generado en la salud por los familiares y otros cuidadores, fundamentales en el momento de pensar la adaptación a la enfermedad, terminal o la recuperación; además, permite abarcar el mayor número de variables que influyen en la situación de urgencias, ya que los ambientes influyen sobre la conducta humana; en este caso diferentes ambientes influyen en la conducta saludable –o viceversa–, la familia, el hospital, la consulta, que a su vez son influenciados por otros aspectos tales como las políticas institucionales y políticas públicas en salud, es decir, está relacionado con diferentes grupos en el sistema de salud (Santolya y Novoa, 2009); es necesario ver la relación entre lo microsistémico, mesosistémico o macrosistémico.

En este sentido, al mirar lo macrosistémico se encontró que la APA establece las diferentes áreas de la psicología; una de ellas es la psicología de la salud. La división 38 de la American Psychological Association (APA) plantea como objetivos de la psicología de la salud: comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos psicológicos y sociales, y comprender la naturaleza de la respuesta del estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud; en coherencia con estos objetivos Godoy (1999) define cinco áreas de intervención:

1. En primera instancia, la promoción y el mantenimiento de la salud, a través de un trabajo en educación, manejo de las actitudes, las motivaciones y el componente afectivo buscando crear estilos de vida saludables, habilidades básicas y conductas en busca de mejorar la salud ambiental.

2. La segunda es la prevención de la enfermedad a través del manejo de las actitudes, las motivaciones y el componente afectivo, para modificar conductas y hábitos de riesgo que podrían propiciar enfermedades, la detección temprana de los problemas y riesgos y disminuir las secuelas de la enfermedad.
3. La tercera es la evaluación y el tratamiento de rehabilitación desde el punto de vista psicológico y funcional de enfermedades catastróficas específicas.
4. La cuarta corresponde a la búsqueda del análisis y transformación del sistema de salud y a la preparación de los pacientes en procesos específicos y, por ende, a la humanización en la atención de salud que incluye la comunicación médico-paciente.
5. Y la quinta, la enseñanza a otros profesionales sobre la importancia de los componentes comportamentales en el manejo del proceso salud-enfermedad.

Este proyecto está ubicado en la cuarta y la quinta áreas de la intervención en la psicología de la salud y se fundamentó en dos conceptos centrales: *Burnout* entendido como síndrome de estar quemado por la combinación de elementos ambientales –como la atención a los pacientes–, formas de pensar, y la respuesta en el organismo, psicológica o física, como producto del estrés negativo prolongado (El-Sahili, 2015), y *Crisis* entendida como la enfermedad súbita o empeoramiento de una enfermedad preexistente, accidentes o violencias que se identifican como las causas más frecuentes de la consulta en el servicio de urgencias. (Slaikeu, 2000)

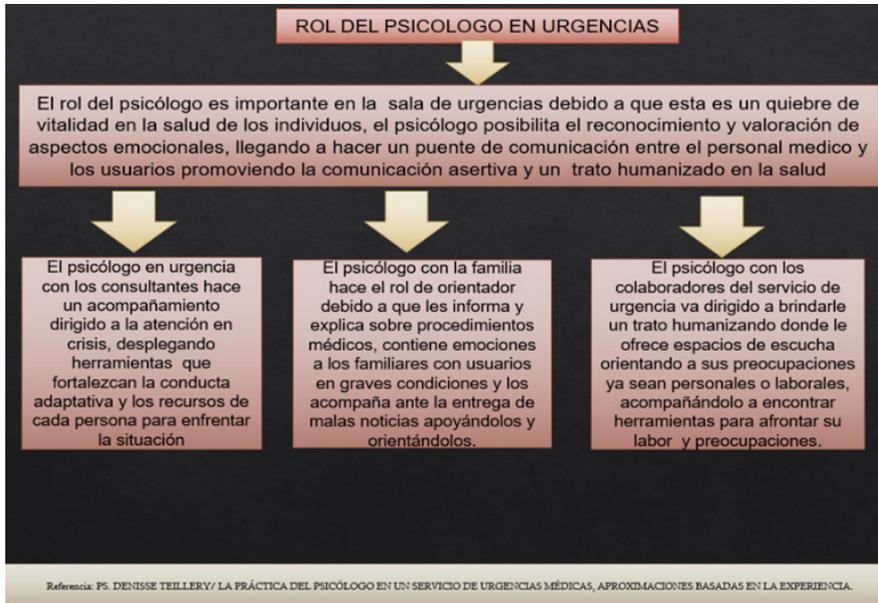
Al centrarse en la cuarta área de intervención, los procesos de humanización están relacionados tanto con lo que acontece al

agente de la salud como a los usuarios de los servicios de salud y sus acompañantes. En el caso del estrés laboral se identifica que existen profesiones que con una alta frecuencia generan *Burnout*, entre ellas, las profesiones de la salud. (Rocha, 2002). En el caso de la enfermedad súbita, accidentes o violencias éstos son entendidos como una crisis que rompe las defensas de la persona de manera repentina y que requiere de apoyo y acompañamiento.

En el nivel mesosistémico el Bournout, visto desde un enfoque psicosocial implica entender el contexto; la Organización Mundial de la Salud OMS ha organizado las instituciones en diferentes niveles de complejidad de acuerdo con la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población. El primer nivel debe atender alrededor del 80% de la población, ofrecer una atención de baja complejidad y mejor especialización y tecnificación de los recursos; y desarrollar actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud. El segundo nivel se debe enfocar en la promoción, prevención y diagnóstico de la salud, en los servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o que se presentan a urgencias. El tercer nivel es el centro de referencia nacional y/o regional debe ofrecer servicios de especialistas para la atención de problemas complejos de salud en el que se necesiten equipo e instalaciones especializadas.

Esta IPS es una institución de salud del nivel 3 en la que el rol de la psicología de la salud en los procesos de humanización en el servicio de urgencias estaría relacionado con tres aspectos: acompañamiento a los usuarios primarios, orientación a los familiares y mediador entre estos dos y los agentes de salud, preocupándose por el impacto que esta relación genera en los agentes de la salud. (Teillery, 2015; Monsalve, Soriano, Cercayo y Santolaya, 2009, Miret y Martínez, 2010). (Ver Figura 5).

Figura No. 5. Rol de la psicología en Urgencias



Fuente: Tomado de (Teillery, 2015; Monsalve, Soriano, Cercayo y Santolaya, 2009, Miret y Martínez, 2010).

2. Método

Participantes y procedimiento

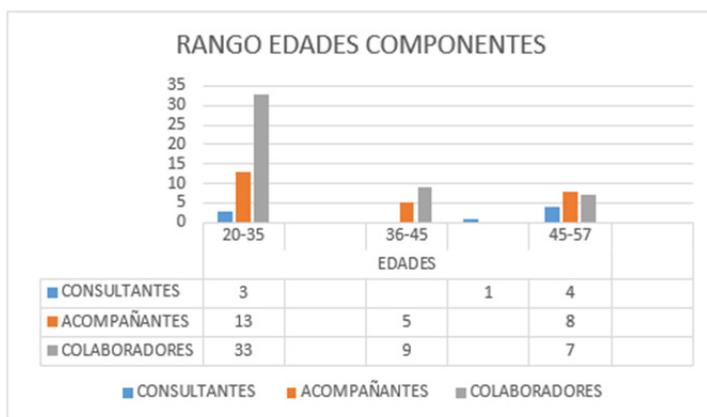
En este proyecto de investigación – acción cada objetivo dio origen a una fase 1. Diagnóstico (observación, pedidos), 2. Diseño del plan de acción, 3. Implementación y evaluación; a estas se sumó una cuarta para la elaboración de informes.

La investigación se inició con una fase de diagnóstico donde se identificaron los pedidos de la institución, en encuentros con la

coordinadora del servicio, quien nos presentó un panorama de las problemáticas identificadas por ella, y, además, de los actores clave quienes nos podrían dar más información.

En esta investigación en la fase de diagnóstico se usaron dos técnicas: 1. observación participante y 2. diarios de campo. En las observaciones participantes los practicantes y la docente recorrieron el servicio para conocer el espacio, las diferentes salas, horarios y dinámicas. Estas observaciones fueron registradas en diarios de campo elaborados durante el primer mes de iniciado el proyecto; las categorías de análisis para el diagnóstico fueron: necesidades, factores de riesgo y factores protectores, se sostuvieron conversaciones informales con colaboradores, usuarios y sus familiares para saber qué esperarían que hiciera un psicólogo en el servicio y cuáles acciones podrían llevarse a cabo de acuerdo con sus necesidades. En la fase de diagnóstico participaron 83 personas, distribuidas entre colaboradores y usuarios (consultantes y acompañantes) del servicio de urgencias. (Ver Gráfica No 1: Edades y tipo de participante).

Gráfica No 1. Edades y tipo de participantes en fase de diagnóstico



Fuente: Elaboración propia

En la fase de diagnóstico se identificaron las siguientes problemáticas que tienen que ver con aspectos sistémicos (al cambiar el sistema las instituciones se ven afectadas y esto genera conflictos con los usuarios lo que a su vez afecta el bienestar de ellos). En este contexto todos los actores se ven afectados negativamente; recordemos lo que ya se había planteado al analizar los niveles macro, meso y microsistémicos. (Ver Figura 6).

Figura 6. Análisis ecológico: niveles macro, meso y microsistémicos



Fuente: Elaboración propia

Las necesidades y pedidos realizados estuvieron en relación con la comunicación del equipo de colaboradores, con el fin de disminuir algunas tensiones propias del conflicto inter-rol entre el personal de enfermería y el personal de medicina. Además, por las características del servicio se solicitaron acciones que permitieran disminuir el estrés laboral. Además de los pedidos, también se identificaron los factores de riesgo como los protectores en salud mental y física. Se identificó la existencia de unos factores que son externos y otros internos, unos tienen que ver con el servicio propiamente y otros con la persona. (Ver figuras No. 7 y 8).

Figura No. 7. Factores de Riesgo en Salud Mental y Física

	Colaboradores	Usuarios
	Actores gremiales	Actores con bajo nivel de agencia
Factores Riesgo	<p>Externos: Resiliencia emocional (separación o pérdida). Necesidades no satisfechas (falta programas lúdico-recreativos, remuneración no corresponde con exigencia). Ambiente físico negativo (estresante con largas jornadas, poco tiempo de consulta, enfermedad grave o crónica y muerte inminente), Conflicto cultural (Agresiones físicas y verbales entre usuarios y colaboradores).</p>	<p>Externos: necesidades no satisfechas (salud física, tiempos de espera muy largos, bajos niveles de autocuidado, información insuficiente sobre el Triage y los trámites administrativos en el servicio, no existe asociación de usuarios).</p>

Factores Riesgo	Internos: Relaciones de poca calidad (distancia entre gremios, conflicto con los usuarios, poco tiempo para la familia).	Internos: Posición social (esperar pacientemente), experiencia de alineación o conflicto (mala atención y trato deshumanizado en los servicios de salud).
	Actores en riesgo: vigilancia, front, orientadores, enfermeras Triage.	Actores en riesgo: personas consultantes mayores de 65 años y menores de edad, familiares desinformados sobre autocuidado o el rol del acompañante.

Fuente: Elaboración propia

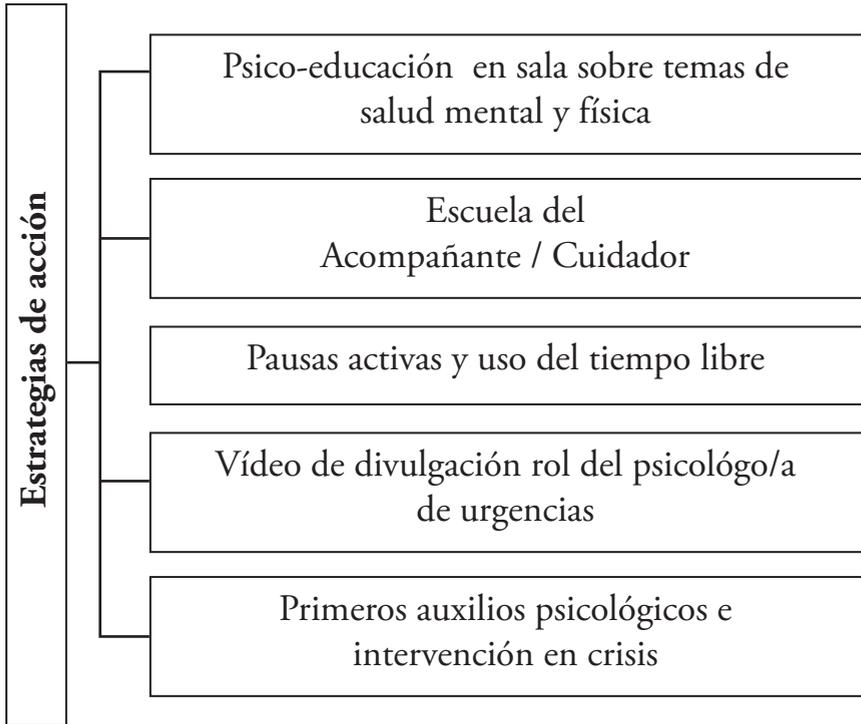
Figura No. 8. Factores Protectores de la Salud Mental y Física

Factores Protectores	Colaboradores	Usuarios
		Actores gremiales, unión subgrupo
	Externos: Tener empleo, experiencias educativas positivas (Encuentros de experiencias de vida).	Externos: Tener una infraestructura que da soporte (la reglamentación sobre derechos y derechos, las asociaciones de usuarios).
	Internos: habilidad para manejar los conflictos. Algunos colaboradores han adoptado su espacio de trabajo para hacerlo más agradable, se turnan para los descansos, taren su música preferida, realizan estiramientos y movilidad articular por su cuenta, en el lugar de trabajo. En general están dispuestos para las propuestas de pausa activa y jornadas recreativas.	Internos: se muestran interesados en querer recibir información durante su estancia en la sala, algunas personas están interesaos en las estrategias grupales de educación y autoayuda, quienes identifican como horario tentativo las horas de la tarde.

Fuente: Elaboración propia

Finalizada esta fase se presentó la propuesta general “Estrategias de Acción” a la coordinadora y a los colaboradores del servicio para recibir sus aportes. (ver Figura 9).

Figura 9. Relación Bienestar-salud y Estrategias de Acción



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con los aspectos anteriormente identificados se establecieron unos objetivos y un plan de acción, los cuales se describen a continuación.

Objetivos de Intervención

1. Aumentar los conocimientos que tienen los/las consultantes sobre la relación mente - cuerpo y mejorar los procesos de participación en el sistema de salud; de esta manera ayudar a elevar el nivel de agencia en sus propios procesos de salud y bienestar.
2. Incrementar los conocimientos que tienen los/las familiares sobre la situación médica del paciente interno con enfermedad, accidente o violencia con riesgo vital sobre su rol como cuidador, y reflexionar sus experiencias frente a la espera, el dolor, el duelo y la muerte, de esta manera ayudar a elevar el nivel de cuidado propio para aportar al mejoramiento de sus procesos de salud y bienestar.
3. Ayudar a disminuir los efectos negativos generados por los altos niveles de estrés laboral a través de estrategias para el uso del tiempo libre y pausas activas durante la jornada laboral, para ayudar a elevar el nivel de salud mental y de esta manera aportar al mejoramiento de sus procesos de salud mental y bienestar laboral.

Para la realización de las estrategias se contó con 41 practicantes de psicología y una docente, quienes aportaron sus recursos económicos, psicológicos y profesionales para el desarrollo de las mismas (carteleras, impresión de imágenes, nube de ideas, impresión de formatos de preguntas), además de traer sus propios equipos (computador, video beam, cámaras fotográficas); algunos grupos de estudiantes aportaron tiempo extra (por fuera del horario de la práctica). Se contó con la participación y el compromiso tanto de la coordinadora del servicio como de la secretaria. Las actividades tuvieron en cuenta diferentes abordajes (informativos, educativos, lúdicos-recreativos), diferentes

etapas del ciclo vital (jóvenes y adultos), diferentes escenarios (sala plan complementario, sala general, mini sala de ingreso, pasillo de observación, cubículo 5, cafetín, área de reanimación).

En el caso de los agentes de la salud las acciones se centraron en disminuir el estrés laboral mediante pausas activas y una jornada recreativa. En los siguientes párrafos se presentan algunas citas de los y las participantes y ejemplos de las actividades realizadas.

Componentes agentes de la salud o colaboradores

- 1. Dándole vida al cuerpo:** consistió en movilidad articular y estiramiento –a pesar de haber identificado que el puesto del vigilante de la entrada al servicio es bastante estresante (movimiento continuo, impedir la entrada de más de un acompañante, hacer cumplir las normas), nos informaron que no podían realizar la actividad porque “podían echarlos del trabajo”– se realizó con las señoras del aseo, quienes a través de un auto-reporte identifican que su nivel de estrés disminuyó de 9 a 3. Se entregó una tarjeta con información sobre el beneficio de las pausas activas. Se realizó la gestión y al siguiente semestre también participaron las personas de seguridad.
- 2. Presentación del proyecto:** Se aprovechó la presentación del proyecto para identificar dolencias en los asistentes y realizar ejercicios de respiración y visualización; Auxiliares y Jefes de Enfermería presentan mayoritariamente dolor en cabeza, cuello y hombros, 15 de 23 asistentes identifican una disminución del dolor, con un auto-reporte de dolor de 10; 9 personas identifican que se redujo incluso a 0, las demás a 1 o 2.

3. **Despertando nuestros sentidos:** Se enseñó a hacer un automasaje con esencias, a las personas de facturación, quienes estaban realizando el cierre de facturación; aunque solo perciben que el nivel de estrés disminuyó en un punto, solicitan que se sigan realizando estas actividades, expresan agradecimiento y solicitan dejar las esencias para realizar ellos solos la pausa activa.
4. **El juego del caucho:** Las actividades lúdico-recreativas fueron óptimas para trabajar las relaciones entre gremios, un participante compartió con nosotros, “Creo que la relación laboral es muy buena, aunque cada gremio tiene mejor relación con los suyos”, se solicita que se realicen estas actividades todos los días.
5. **Zip,zap, boing:** Esta actividad genera disminución del nivel estrés, los participantes señalan aspectos como “me despertaron”, “se me quitó el lumbago”. También aportó para la relación “me permitió conocer la música que le gusta a XXX”.

Registro fotográfico de algunas actividades





Fuente: Elaboración propia

Agente usuario 1: Consultantes

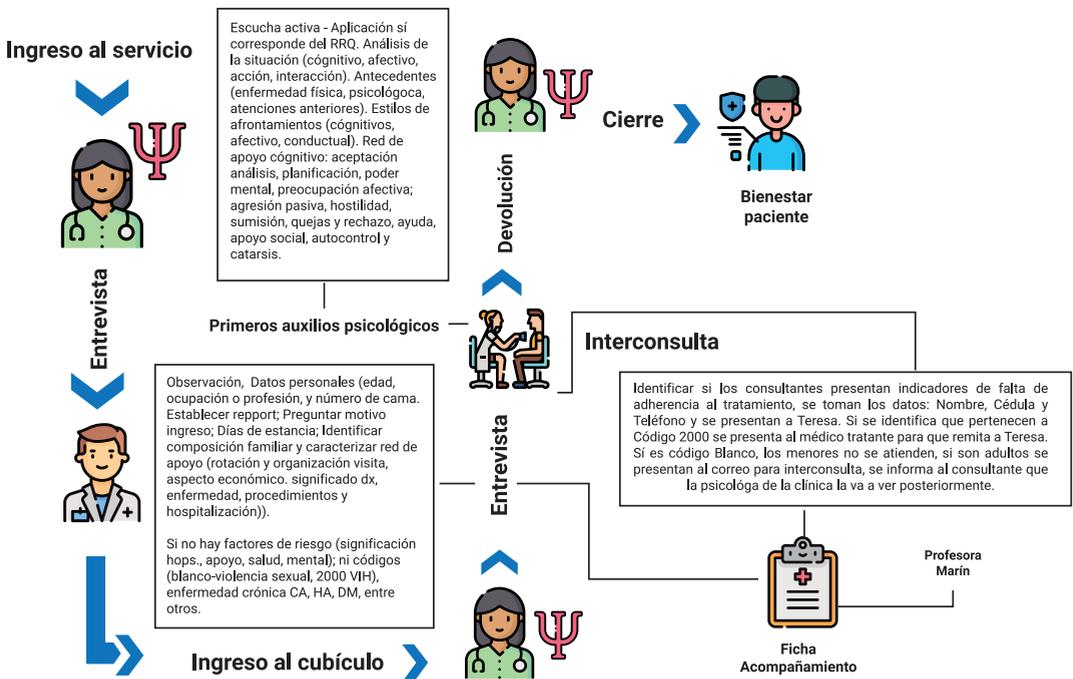
- 6.. Triage:** Se ofrecía información sobre el Triage; algunas reflexiones al respecto fueron “siendo una clínica de nivel 3, más rápido deberían atender porque las urgencias son mayores”, “me tranquilizan mucho estas actividades porque así conocemos en qué consisten los tiempos de espera, necesitamos esta información”. Se les compartió información sobre la diferencia entre emergencia, urgencia, urgencia menor y consulta prioritaria, a lo que comentaron “es de suma importancia, nos permite prepararnos para la espera o la atención que vamos a tener”, es de resaltar que la estrategia “voz a vos”, con este juego de palabras se buscaba escuchar la voz, permitía desahogarse de los sentimientos y las experiencias tenidas en el servicio, hacia una agente visto “institucional” pero cercano, el practicante, y recibir algunas retroalimentaciones como éstas: “el servicio es muy bueno, deberían tener más médicos porque a la hora de priorizar olvidan el dolor que puede sentir una persona”, “era mejor el antiguo trato porque nos hacían sentir como humanos y no como animales”, “ustedes son muy lindas por escucharnos”,

“gracias, ahora me siento mejor al hablar con ustedes”, “gracias por su comprensión y por aclararnos las dudas”. Se identificó como cambio que las personas consideraran empezar a usar el buzón de sugerencia no quedándose solo en la queja.

7. **Deberes y derechos:** Se les preguntó si tenían conocimiento de sus derechos y deberes, identificaron algún aspecto como “derecho a ser tratado como persona”, y sobre la actividad expresaron “me gustaría saber más sobre deberes y derechos que tenemos como consultantes, sobre los tipos de atención y de calidad en la consulta”. Se analiza que las agresiones son ocasionadas porque no comprenden cómo funciona el servicio y por la forma en que son tratados por los colaboradores de la salud. (Castañeda y Delgado, 2015)
8. **Actividad mente – cuerpo):** A la pregunta de por qué las personas se enferman los/as usuarios/as responden lo siguiente “por descuidarse y porque tienen las defensas bajitas, por la alimentación, por problemas laborales, exceso de trabajo”, con el conversatorio se establece una relación entre la mente y el cuerpo en los procesos de salud – enfermedad.
9. **Elabora tu manilla y cuenta lo que sientes:** Se busca identificar en qué parte de la cadena del servicio se identifican más o menos dificultades, algunos de los siguientes aspectos son: “el guarda fue muy amable, los médicos son groseros, creen que lo saben todo, por qué me hicieron esperar tres horas para no atender a mi hija, si lo sabían porque no lo dijeron desde el primer momento”. Se sugiere identificar estos usuarios de manera inicial para ofrecerles la información apropiada, se propone construir una ruta de atención infantil que se pueda enviar vía correo electrónico.

- 10. Revista psicológica.** Identifica factores de riesgo y protectores de la estancia en el servicio de urgencias y se implementan los primeros auxilios psicológicos. (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna, s.f; Hernández y Gutiérrez, 2014.).

Figura No 10. Proceso revista psicológica en el servicio de Urgencias



Fuente: Elaboración propia

Acompañantes

- 11. El vagón del acompañante:** Se informa sobre las tres dimensiones del acompañamiento: física, emocional, administrativa; las

personas se identificaron con las características de las tres dimensiones, consideran muy útil la información, además solicitaron información sobre otros temas como: cuidado en casa y sobre diferentes enfermedades en particular. (Fundación Valle del Lili, s.f.).

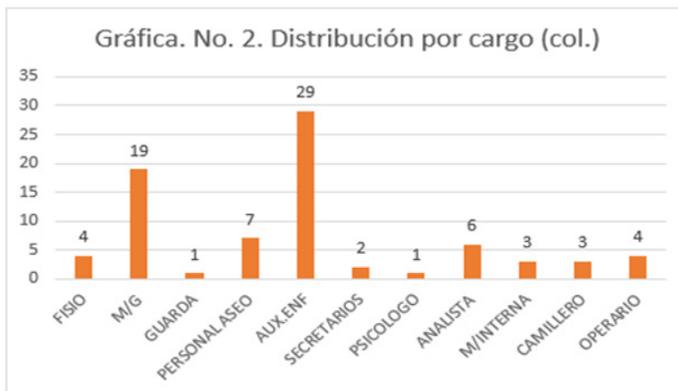
12. **Señales para consultar por urgencias:** Se les informan aspectos relevantes en riesgo de paro cardíaco, de aborto o diarrea. Algunos acompañantes consideraron que “me parece muy importante que hablen de estos temas ya que muchos de nosotros somos muy dejados”.
13. **Ruta de atención infantil:** Se ofrece información sobre las clínicas que ahora atienden a los menores y sobre las líneas de orientación en salud. En general estos usuarios desconocen el cambio en la atención a los menores y la línea de orientación en salud por lo que consideraron muy importante esta información.
14. **Autocuidado del cuidador:** Se les pregunta a los acompañantes ¿Cómo reconozco que estoy fallando como cuidador? “Cuando siento que ya estoy cansado o con mucho sueño, uno tiene que estar bien comida y bien dormido”, “el cuidado propio es esencial durante la estadía en el servicio de urgencias ayuda a la recuperación del paciente”. (Asociación Daño Cerebral, 2011).
15. **Tu paso a seguir:** En esta actividad se logró vincular a la orientadora del servicio, quien informó sobre el proceso PQRS y la ruta de atención infantil.

3. Resultados de intervención

Se realizó un pilotaje de las estrategias a través de las diferentes actividades diseñadas, lo que permitió un 69.2% de cumplimiento de metas, y una cobertura del 64.3% con el personal colaborador del servicio; de 157 colaboradores participaron 101 en el proceso.

En cuanto al análisis de la participación en cada estrategia se encontró que: la mayoría de población consultante es femenina en esta IPS; también se encontró que la IPS donde se realizó la intervención es una de las más usadas de todas las IPS de esta organización, el rango de edad que más consultó oscila entre 46 y 57 años. La población de acompañantes en su mayoría fue mujeres, con un rango de edad de 20 a 35 años, se encontró que había cierta resistencia por parte de los acompañantes cuando se les invitaba a participar en las estrategias grupales de psicoeducación al usuario. En las actividades que se realizaron con los colaboradores, se puede evidenciar que hubo más participación por parte de los auxiliares de enfermería y los médicos generales, del personal no asistencial hubo muy poca participación (Ver Gráfica No.2)., el rango de edades de colaboradores oscila entre 20 y 35 años.

Gráfica No 2. Distribución de participación por cargos



Fuente: Elaboración propia

4. Conclusiones y recomendaciones

En primer lugar, con el diagnóstico participativo que buscó identificar cuáles eran las necesidades y pedidos que los profesionales del servicio tenían, éstas en general estuvieron centradas en mejorar el clima laboral y la comunicación entre sus diferentes actores (enfermeros, auxiliares y médicos), los usuarios quieren recibir información para mejorar su agencia como usuarios y cuidadores. Esto permite que las acciones diseñadas se sientan propias; fueron bien recibidas por los colaboradores y usuarios, lo que se expresó en una alta participación, desde el diseño hasta la evaluación de las estrategias.

En segundo lugar, en cuanto al plan de acción se destaca la identificación de acciones necesarias que dieron origen a los tres objetivos de intervención: aumentar los conocimientos que tienen los/las consultantes sobre la relación mente – cuerpo y mejorar los procesos de participación en el sistema de salud, incrementar los conocimientos que tienen los/las familiares sobre la situación médica del paciente interno y el rol de cuidador - buen acompañante; y por último, ayudar a disminuir los efectos negativos generados por los altos niveles de estrés laboral a través de estrategias para el uso del tiempo libre y pausas activas durante la jornada laboral.

En tercer lugar, la implementación y la evaluación; en las estrategias informacionales se usaron métodos gráficos y lúdicos lo que permitió la mejor recordación de la información, además, se permitió un espacio de escucha para posibilitar la catarsis sobre aspectos emocionales que se generan durante la espera en consultantes y acompañantes, lo que permitió la comprensión del tipo de función que pueden desempeñar estos últimos en el cuidado de los consultantes. En todos los casos las actividades realizadas con los colaboradores lograron disminuir su nivel de estrés en los auto-reportes. Las acciones corresponden a un

diseño participativo en el que los beneficiarios tomaron decisiones sobre sus propias necesidades y expectativas de la intervención, lo que marcó un rol muy distinto, que va más allá de la interconsulta, un rol desde una perspectiva psicosocial.

En la evaluación de la intervención, se concluyó que existen algunas actividades que se valoraron más positivamente por los participantes, tales como, actividades de pausas activas al personal de seguridad y aseo, atención a facturación en ventanilla, actividades lúdico – creativas para transformar la dinámica de grupo de conflicto y fortalecer el sentido de un *nosotros*, actividades de autocuidado (automasaje, estiramiento y respiración) en las que los colaboradores reportaron bajar el nivel de estrés auto-percibido, actividades de educación en salud que generaron una disminución de la percepción de tiempo de espera y de “ser importantes” para la IPS. Tanto estas actividades como la de revista psicológica permiten a los usuarios espacios para hablar sobre las emociones generadas por la situación de crisis en el servicio de urgencias; también en la gestión de emociones en los usuarios que además, percibieron un pequeño incremento en la participación en salud.

En cuarto lugar, los aspectos trabajados en este proyecto permiten incluir una labor de acompañamiento psicosocial tanto a usuarios, familiares y pacientes, como a colaboradores. Se concluye que el rol del psicólogo de urgencias, desde una perspectiva psicosocial, debe tener en cuenta los elementos del contexto social, político e institucional en el que se enmarcan sus acciones e ir más allá de la interconsulta. En este caso identificar que los sistemas de salud en el mundo se relacionan con los modelos político – económicos; por ejemplo, el modelo neoliberal que genera problemáticas en relación con el número de profesionales médicos disponibles, el gasto en salud y la cobertura que el sistema puede ofrecer.

En el caso de Colombia la crisis del sistema se expresa en las afectaciones a los diferentes actores, efectos negativos a los usuarios y a los colaboradores. En la medida en que no existe suficiente gasto en salud, los recursos no son los suficientes, ni los humanos ni en infraestructura, esto afecta la oportunidad de la atención, lo que afecta tanto el ambiente laboral como a los usuarios. Los usuarios desconocen sus deberes y derechos, su insatisfacción genera conflictos con los agentes de la salud. Los anteriores elementos de la deshumanización sistémica se expresan en la deshumanización en el sector salud; las instituciones buscan contrarrestar esto mediante políticas de humanización y buscan aliados en la academia para lograr cumplir sus objetivos institucionales.

A su vez, las universidades cumplen con sus funciones misionales: la investigación, la extensión y la docencia – asistencia. Así se da el cumplimiento de objetivos pedagógicos: realizar buenas descripciones a través del uso del diario de campo, aprendizaje de elaboración de diseños con formato OCARE, construcción de objetivos con metodología SMART, intervención en dinámica de grupos, hablar en público, habilidades clínicas y terapéuticas en los primeros auxilios psicológicos y el uso de la historia clínica, validación de emociones, elaboración de informes ejecutivos, uso de tecnologías de la información para presentaciones *easyli* y *prezi*, etc.

No obstante, se identificaron algunas dificultades; existen barreras para que los cuidadores asistan a actividades de más larga duración tales como grupos de autoayuda y apoyo mutuo ya que existe una *cultura* de asistir solo a la consulta, no a actividades de prevención y promoción. Por eso, también quedaron pendientes tareas de estrategias grupales como la asociación de usuarios, el grupo de autoayuda y la jornada recreativa. Se considera importante que el servicio de urgencias y el programa de psicología pudiesen aportar algunos

materiales (cartón, papel, etc.) y algo de financiación adecuada a las estrategias planeadas, tales como el video de información sobre el rol del psicólogo o psicóloga de urgencias.

Las acciones realizadas fueron complementarias con otros recursos del servicio, como acciones educativas de las orientadoras, se propone ampliar el horario de acompañamiento para poder ampliar la proporción de participantes del grupo objetivo. Estas actividades educativas y de escucha tienen incidencia en otras personas de la población como los familiares de usuarios y colaboradores y con otros grupos de practicantes, lo que permitirá la elaboración de sus propios proyectos que se busca se puedan articular y continuar con las prácticas investigativas.

Referencias bibliográficas

Asociación de Daño Cerebral. (2011). *Guía cuidado al cuidador*. Recuperado en <http://www.telefonodelaesperanza.org/cuidando-cuidador>.

Castañeda, G. y Delgado, M. (2015). Barreras, oportunidades y tácticas para participar en salud según asociaciones de usuarios del Valle del Cauca. *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 20, No.2, julio - diciembre 2015, págs. 59 - 76

El – Sahili, L. (2015). *Burnout. Consecuencias y Soluciones*. México D.F.: Editorial El Manual Moderno.

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna. (s,f). *Primeros Auxilios Psicológicos*.

Fundación Valle del Lili. (s.f.). *Folleto cuidado al cuidador*. Recuperado en <http://www.valledellili.org/folletoseducativos>.

Gómez, M. (2007). Avances en la disciplina. *Psychologia* 1 (2), p. 159-179. Recuperado en <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904006.pdf>

Hernández, I. y Gutiérrez, L. (2014). *Manual básico de primeros auxilios psicológicos*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Ley 1616 del 2013

Miret, C. y Martínez, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2010, Vol. 33, Suplemento 1.

Monsalve, Soriano, Carbajo y Santolaya (2009). *Guía práctica de psicología de la salud en el ámbito hospitalario*. Colegio Oficial de Psicólogos.

OMS. (2012). Primera Ayuda Psicológica. Guía para trabajadores de campo.

Posada, J., Duque, P. Garzón, L y Rodríguez, M. (2012). *La promoción de la salud mental*. Bogotá: Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

Rivera, G. (s.f.). *Guía práctica de primeros auxilios psicológicos*.

Rocha, J. (2002). *Síndrome de “Burn Out” ¿El médico de urgencias incansable?* Vol. 1, No. 2 Abril-Junio 2002 pp. 48 – 56.

- Rodríguez, C. (s.f.). Enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación en Salud. *Revista Normas & Calidad*. Bogotá: Icontec, Edición Salud y Bienestar.
- Santolaya, F. y Novoa, M. (2009). El rol del psicólogo en el ámbito hospitalario. En Soriano, J.; Monsalve, V.; Santolaya, F. y otros. *Guía práctica de psicología de la salud en el ámbito hospitalario* (pp. 149-158). Valencia: Col-legi Oficial de Psicòlegs de la comunitat Valenciana. Recuperado de <https://www.copcv.org/site/assets/files/1033/37751996.pdf>
- Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. Cap. 19. Entrenamiento 1. Primeros auxilios psicológicos. Recuperado en <http://documents.tips/documents/intervencion-en-crisis-manual-para-practica-e-investigacion-karl-a-slaikeudocx.html>
- Suárez-Rozo, LF, Puerto-García, S, Rodríguez-Moreno, LM y Ramírez-Moreno. La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2017; 16 (32): 34-50. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc> <http://www.laizquierdadiario.com/Un-sistema-de-salud-en-crisis>
- Teillery, D. (2015). La práctica del psicólogo en un servicio de urgencias médicas, aproximaciones basadas en la experiencia. *Cuadernos de crisis y emergencias*, 4.
- Torrico, E., Santín, C., Villas, M., Álvarez-Dardet, S. y López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de psicología* (18), 1 (junio).



Capítulo III

**Cuidando al
cuidador:**

**Programa Cuídate para
cuidar**

Lucely Obando Cabezas
María Ceila Galeano Bautista
Marinella Rivera Escobar

CAPÍTULO III

Cuidando al cuidador: Programa Cuídate para cuidar

*Lucely Obando Cabezas**

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

*María Ceila Galeano Bautista***

<https://orcid.org/0000-0002-6679-4259>

*Marinella Rivera Escobar****

<https://orcid.org/0000-0003-4701-1260>

Humanizar es la poesía del cuidado.

José Luis Jurado

Introducción

Para instituciones de salud pública como clínicas, hospitales y centros de salud es cada vez más clara la importancia que tienen los programas de humanización para la cualificación de los servicios

* Universidad Libre - Seccional Cali, Cali, Colombia

✉ lucely.obando@unilibre.edu.co

** Universidad Libre - Seccional Cali, Cali, Colombia

✉ ceila.galeanob@unilibre.edu.co

*** Universidad Libre - Seccional Cali, Cali, Colombia

✉ marinella.riverae@unilibre.edu.co

Cita este capítulo:

Obando Cabezas, L.; Galeano Bautista, MC. y Rivera Escobar, M. Cuidando al cuidador: Programa Cuídate para cuidar. En: Obando Cabezas, L. Ed. científica. *Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo primario*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp. 83-117.

de salud física que ofertan a la comunidad. En consonancia con lo que indica Bárbara Ross (2012), estos programas buscan impactar a todos los actores que participan en el sector salud, personal de salud, pacientes y sus familiares, aunque es en los dos primeros actores mencionados en quienes se suele centrar las propuestas de intervención en humanización, descuidándose de esa manera la atención que también se les debería brindar a quienes son cuidadores de las personas enfermas internas en las instituciones de salud pública.

Varias investigaciones realizadas con los familiares de personas enfermas evidencian múltiples problemáticas de salud del cuidador primario (familiares), entre ellas diversas afectaciones en su salud física y emocional a causa del descuido de su salud y de sus asuntos personales por dedicar su tiempo y energía a su familiar enfermo. De ahí la importancia de diseñar programas de intervención psicosocial que propicien la disminución de la sobrecarga emocional que padecen quienes acompañan a los enfermos.

Acorde con lo anterior, este escrito da cuenta de un programa de intervención psicosocial dirigido a los familiares de pacientes enfermos, internos en diferentes servicios de hospitalización de una clínica en la ciudad de Cali, con el objetivo de abordar las problemáticas de salud mental que padecen estos cuidadores y favorecer el reconocimiento, la expresión y gestión de emociones tanto positivas como negativas, generadas en el proceso de cuidar. Se socializaron con los asistentes temas relacionados con el cuidado personal, proyección a futuro, duelo, entre otros, que permitió a los cuidadores disminuir los niveles estrés y de sobrecarga emocional a través de la facilitación de expresión, reconocimiento y gestión de emociones y sentimientos.

La humanización de los servicios de salud es actualmente una prioridad establecida desde todos los ámbitos, y esta debe trabajarse

con todas las personas que componen el sistema de salud: En este trabajo se les dio gran importancia a los cuidadores como actores que deben ser cuidados y a quienes se les deben transmitir estrategias de autocuidado

1. Consideraciones teóricas sobre programas psicosociales para cuidadores primarios

Un cuidador en salud es “aquel individuo que dedica la mayor parte del tiempo –medido en número de horas al día– al cuidado de un enfermo” (Dwyer, Lee & Jankowski, 1994, p. 163). Esto significa que el cuidador:

Se hace cargo, por cuenta propia o por encargo, de vigilar y atender a otra persona como un anciano, un bebé, un convaleciente, o una dependencia. Es la persona que facilita la vida y complementa la falta de autonomía de una persona dependiente, ayudándola en sus tareas diarias como aseo, alimentación, desplazamiento, entre otras. (Ruiz y Nava, 2012, p. 163)

El concepto de “cuidado” no tiene un unívoco sentido; este varía de acuerdo con la actitud proveniente de quién es el cuidador, por ello es importante retomar la diferencia entre cuidar y asistir, provista por Párraga (2005), comprendida como la diferencia entre una labor orientada por el servicio y un conjunto de acciones basadas en el afecto.

Según Ngosi Nkongo (1996), cuidar implica una habilidad dinámica compuesto por un conocimiento procedimental y un factor actitudinal. Diversos autores coinciden en indicar lo mismo: la habilidad de cuidado es una amalgama entre actitud y aptitud

de cuidado a otro (Montalvo, Badrán, Cavadías, Medina, Méndez, Padilla & Ruidíaz, 2010).

Tal caracterización del cuidador nos empieza a mostrar el grado de compromiso que adquieren con sus enfermos, lo cual permite entender por qué la salud de estas personas puede verse afectada por el alto nivel de requerimientos a los que deben responder al asumir este rol. Un agravante para el bienestar del cuidador de una persona en condiciones de enfermedad es que este suele ser un familiar o una persona cercana al núcleo de la familia, participando también amigos y vecinos (Flores, Adeba, García & Gómez, 1997). Lo problemático de lo anterior es que es un apoyo informal brindado por personas que “no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea, y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios” (Flores, Adeba, García & Gómez, 1997, p. 164). Esto implica, en la mayoría de los casos, que los cuidadores no disponen de las herramientas necesarias para lidiar con los niveles de estrés y agotamiento emocional que ocasiona su labor diaria, que puede hasta extenderse por años.

Algunos de los efectos generados por el transcurso de la enfermedad del familiar son los diversos tipos de alteraciones físicas, psíquicas, sociales y laborales que padece el cuidador (Párraga, 2005), que pueden además tener raíces en aspectos biológicos o culturales. A grandes rasgos, las alteraciones físicas constituyen consecuencias de las problemáticas físicas que ya traía el cuidador y que se ven agravadas o activadas por las extensas jornadas de acompañamiento a sus familiares. Además, su labor no se limita al acompañamiento sino también a la ejecución de tareas de las cuales depende la persona a su cuidado. Para las alteraciones sociales y laborales se debe tener en cuenta que el tiempo transcurrido en procesos de cuidado se convierte en muchos casos en un aislante de las actividades laborales

o lúdicas; el ausentismo del puesto laboral, así como el aislamiento de actividades sociales restringe el contacto con personas que podrían convertirse en redes de apoyo.

Para caracterizar los cambios negativos que sufre un cuidador, Maslach y Jackson (1996) mencionan en su teoría del estrés de cuidadores primarios que estos cambios se caracterizan por:

(...) síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas con necesidades de suma atención. La descripción del síndrome se refiere a un primer aspecto definido como desgaste, pérdida de energía. (Citado en Barrón & Alvarado, 2009, p. 42)

Pérez (2006) cree que dichos efectos se ven potenciados por la edad que tiene el cuidador, lo que hace de esta un factor a tener en cuenta al momento de brindar apoyo psicosocial al cuidador. Según refiere, las personas de la tercera edad tienden a sufrir mayor deterioro en su salud que las personas jóvenes:

Con relación a la edad del cuidador, se ha señalado que los cuidadores de mayor edad tienden a presentar mayor deterioro en la calidad de vida, sobre todo en lo que respecta a la salud. Las cuidadoras de 55 años presentan la mayor prevalencia de problemas emocionales y padecen con mayor frecuencia molestias o dolores y se sienten menos satisfechas con sus vidas que los cuidadores de menor edad (Pérez, 2006, p. 27).

Sin embargo, el autor menciona que las consecuencias son aún más grandes cuando una persona muy joven tiene a cargo algún familiar enfermo: “Los cuidadores más jóvenes muestran niveles de sobrecarga más altos que las de más edad, tal vez porque perciben un mayor coste de oportunidad asociado a cuidar, relacionado con los conflictos para compatibilizar empleo y cuidados” (Pérez. 2006, p. 73).

En cualquier caso, el síndrome de agotamiento emocional que suelen padecer los cuidadores se caracteriza por una serie variopinta de síntomas que son efecto de una desadaptación prolongada frente a las condiciones estresantes que origina la labor de cuidado, pero que se pueden representar por el siguiente conjunto de emociones negativas: tristeza, enojo, irritabilidad, ansiedad, desmotivación y una profunda sensación de agotamiento físico (Barrón, 2009). Aunque en el síndrome de agotamiento emocional del cuidador se destacan las emociones negativas, como reacciones naturales a la experiencia que vivencian estas personas, como es de preverlo, este fenómeno contiene otros aspectos que lo complejizan enormemente, aún en lo que se relaciona con la variedad de emociones involucradas.

Según Melamed (2016), desde hace tiempo se sabe que tener una emoción involucra un juicio normativo con referencia a una situación presente, en la que está inmersa necesariamente la significación que hace el individuo de la circunstancia. Para el caso en discusión, el juicio normativo está dado por la obligación que usualmente asume el cuidador como un deber a cumplir y que se puede suponer contiene una fuerte carga de afectos positivos por el tipo de vínculo o parentesco que puede haber entre el cuidador y la persona cuidada. Este deber es uno de los aspectos que más genera desgaste emocional en los cuidadores, ya que las personas sienten que están no sólo obligadas a realizar la acción de cuidado de su familiar, sino también a hacerla con gusto, como demostración del aprecio que le tienen a este.

De este modo, el síndrome de agotamiento emocional implica lidiar con una mezcla de emociones contrarias, sobre las que el sujeto no ha dispuesto la habilidad para realizar lo que Moreno, Gálvez, Rodríguez, Garrosa (2010) han llamado “trabajo emocional”. Es decir, se parte de la hipótesis de que si el cuidador no hace un trabajo sobre sí del manejo de sus emociones caerá en un estado

emocional en la que afectos de diversa condición claman cada uno por expresarse y mitigarse en su intensidad, enmarcados además en la rígida expectativa moral de que el sujeto sólo debe disponer en su ser interior emociones positivas por la labor que realiza.

El manejo de las emociones supone requerimientos a nivel personal para expresar y gestionarlas conforme a lo que el contexto sociocultural considere lo apropiado, procesos en las que están implicadas diversas competencias. La primera de ellas es lo que Bisquerra (2009) menciona como la competencia emocional básica, “es la capacidad para tomar conciencia de las propias emociones y de las emociones de los demás; abarca la habilidad para captar el clima emocional de un contexto determinado” (Citado por Calderón, González, Salazar & Washburn, 2014, p. 4). Los sujetos deben tener conciencia de sus estados emocionales, conocer las emociones propias y las de los demás, mediante la observación propia y de las otras personas. Según Bisquerra (2009), esta competencia incluye las siguientes microcompetencias:

1. Toma de conciencia de las propias emociones: es la capacidad para percibir, identificar y etiquetar las emociones propias.
2. Dar nombre a las emociones: se refiere al uso de un vocabulario emocional adecuado para designar las emocionales que se experimentan.
3. Comprensión de las emociones de los demás: es la capacidad para percibir las emociones de otras personas, así como de implicarse en sus vivencias emocionales por medio de la empatía.

Otra de las competencias emocionales mencionadas por Bisquerra (2009) es la regulación emocional, la cual se refiere a la capacidad

para manejar las emociones de forma apropiada. Esto es, además de tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento, “supone tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento; tener buenas estrategias de afrontamiento; capacidad para autogenerarse emociones positivas, etc.” (Bisquerra, 2009, p. 148). De este modo, para Bisquerra (2009) dos elementos son los importantes al momento de referirse al tema de regulación de las emociones:

1. **Habilidades de afrontamiento:** se refiere a la habilidad para afrontar retos y situaciones de conflicto, con las emociones que generan. Esto implica estrategias de autorregulación para gestionar la intensidad y la duración de los estados emocionales, especialmente cuando estos son de carácter negativo.
2. **Competencia para autogenerar emociones positivas:** hace referencia a la capacidad para crear emociones que generen bienestar y disfrute de la vida, como por ejemplo la alegría o el amor.

Esta concepción de Bisquera (2009) refiere que las competencias emocionales vienen a hacer énfasis en la idea de que no hay emociones buenas o malas, sino que hay que aprender a regular las emociones que se experimentan, principalmente para no dejar que estas emociones provoquen situaciones que puedan perjudicar al sujeto que las experimenta o a otras personas. De ahí la importancia de la regulación emocional, que se requiere para el manejo de los estados emocionales. Por lo demás, la visión de este autor oferta un modelo de análisis de las actividades a realizar en los procesos de intervención psicológica de los cuidadores y que sirvió de guía en la experiencia de intervención psicológica que se diseñó para menguar el agotamiento emocional de algunos cuidadores de pacientes enfermos internos en

diferentes unidades de atención médica de una clínica de nivel III de la ciudad de Cali. Igualmente con este programa se buscó favorecer, la necesidad de atender en estos pacientes enfermos hospitalizados entre otros factores, sus redes de apoyo a las que se encuentra integrado, en el momento de la intervención, según refieren Obando L. y Ordoñez. E. (2020). Tal modelo queda sintetizado de la siguiente forma:

Cuadro No 2. Programa de intervención: Cuídate para cuidar

		Actividades	Objetivo
INDIVIDUAL	Psico-terapéutico	Espacios de escucha	Brindar un espacio psicoterapéutico, en el cual los usuarios, logren dar cuenta de su sentir frente al proceso clínico.
GRUPAL	Psico-terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> * Construyendo mis emociones * Carta de las emociones * Solucionando problemas 	Favorecer el reconocimiento, expresión y autogestión de las emociones a los cuidadores por medio de estrategias psicológicas.
	Psicoeducativo	<ul style="list-style-type: none"> * Deberes y derechos * Rutas de atención y Triage * Higiene del sueño * Primeros auxilios Psicológicos 	Promover el reconocimiento de los derechos y deberes, rutas de atención dentro de la Clínica, con el fin de favorecer las relaciones sanas entre los usuarios y colaboradores
	Bienestar	<ul style="list-style-type: none"> * “Yo como cuidador” * “Acompañando la espera Viernes de Sonrisa 	Desarrollar las habilidades de autocuidado para mejorar las condiciones físicas y psicológicas de los cuidadores Generar un espacio de bienestar por medio del uso de chistes, trabalenguas y adivinanzas, que permitan la disminución de ansiedad y estrés de los cuidadores

Fuente: Elaboración propia

2. Metodología

Estudio de abordaje cualitativo de tipo descriptivo. La unidad de análisis correspondió a las/os cuidadoras/es primarios de diferentes áreas de hospitalización de una clínica de la ciudad. La muestra por conveniencia estuvo compuesta por 60 personas entre 24 y 84 años que ejercían el rol de cuidador/a primario. Los criterios de inclusión fueron que los participantes se desempeñaran como cuidadoras/es principales sin recibir remuneración por dicha labor y llevaran un mes delante de tiempo de cuidado.

El programa cuídate para cuidar, desarrollado en la clínica, está constituido por dos tipos de actividades, las individuales y las grupales, los cuales se brindan en cuatro servicios, urgencias, hospitalización, uci y cirugía.

Las actividades individuales se realizaron a partir de la consulta individual, las cuales consistieron en espacios de escucha, con el objetivo de brindar un espacio psicoterapéutico, en el cual los usuarios, lograron dar cuenta de su sentir frente al proceso clínico.

Las actividades grupales se realizaron a partir de tres actividades: Actividades psicoterapéuticas, actividades psicoeducativas y actividades de bienestar. En este sentido las actividades psicoterapéuticas, tuvieron como objetivo favorecer el reconocimiento, expresión y gestión de las emociones tanto positivas como negativas en los cuidadores por medio de estrategias psicológicas. Para el cumplimiento del objetivo se realizaron dos actividades lúdicas-terapéuticas: “construyendo mis emociones” y “cartas de las emociones”. En las cuales se abordan temas como el medio, la alegría, la tristeza, la ira, el desagrado, el amor, la gratitud, la ansiedad, el apoyo, el duelo, la confianza, entre otros, las cuales facilitaron que los participantes dieran cuenta de sus

pensamientos y sentimientos frente al tema y de esta manera puedan expresar aquello de lo que en ocasiones no han sido conscientes, además de recibir un apoyo psicológico y un reconocimiento por su labor y apoyo.

Las actividades psicoeducativas, fueron actividades de carácter grupal realizadas con el objetivo de potencializar en los cuidadores *habilidades* y adquirir *conocimientos* nuevos sobre temas concretos relacionados con diferentes aspectos del medio hospitalario; se vislumbraron como espacios de reflexión y de aprendizajes y utilizando una metodología activo-participativa. Se realizaron cuatro sesiones, una de estas fue informativa sobre derechos y deberes de los usuarios; tiene como objetivo promover el reconocimiento de los derechos y deberes que como usuarios del sistema de salud les corresponde. La actividad se realiza por medio del juego “tingo tango”. En otra sesión se da a conocer la ruta de atención que se tiene al interior del sistema de salud y el manejo del triage. En la siguiente sesión se buscó generar conciencia en los cuidadores sobre la importancia de la higiene del sueño y el descanso productivo. En la siguiente sesión se trabaja sobre el duelo y se brindan herramientas sobre los primeros auxilios psicológicos.

Finalmente, las actividades de bienestar tienen como objetivo desarrollar las habilidades de autocuidado para mejorar las condiciones físicas y psicológicas de los cuidadores; se realizó a partir de tres temáticas: 1- yo como cuidador, la cual, consistió en brindar entrenamiento en técnicas de respiración y relajación a los cuidadores, así como el reconocimiento de la importancia de su función y apoyo. 2- la siguiente sesión llamada “viernes de sonrisa”, esta actividad tuvo como objetivo generar un espacio de bienestar por medio del uso de chistes, trabalenguas y adivinanzas, que permitan la disminución de ansiedad y estrés de los usuarios primarios y secundarios. Y 3- se realizó

una actividad de bienestar, la cual tuvo como título “acompañando la espera”, que consistió en pintar mándalas con el objetivo de brindar un espacio de esparcimiento y disminución de los niveles de estrés y tensión mientras esperan que se defina la situación médica de su paciente

Los resultados fueron analizados a través de palabras claves en las respuestas que daban las personas a preguntas formuladas después de cada actividad como:

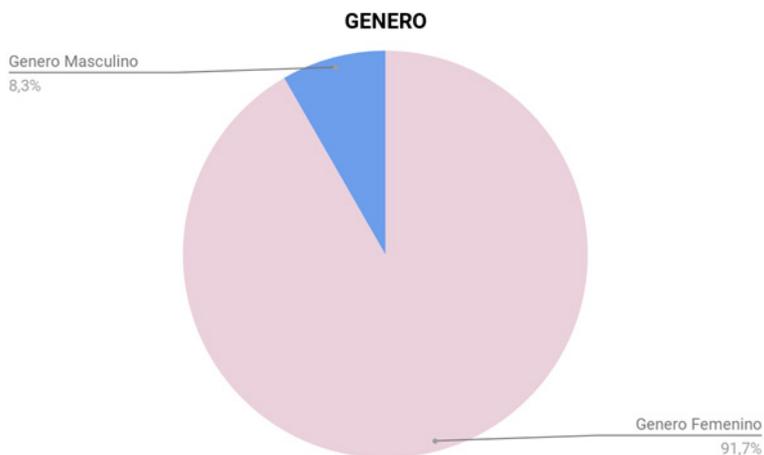
- ¿Qué opinión le merece la actividad que acaba de realizar?
- ¿Qué emociones y/o sentimientos le permitieron reconocer y evocar la actividad realizada?
- ¿Qué utilidad considera le pudo dejar esta actividad?
- ¿Cree necesario lo aprendido en esta actividad para su vida?

Las respuestas dadas a las preguntas anteriormente mencionadas se tabularon y se analizaron los elementos comunes que había en ellas, para elaborar finalmente una valoración del efecto que tuvo la actividad en los cuidadores participantes.

3. Resultados

El programa “cuídate para cuidar”, se dirigió a los cuidadores primarios, se desarrolló en los servicios de UCI, sala de espera-cirugía, hospitalización y urgencias; tuvo la participación de 60 cuidadores en total, el género femenino fue el que más prevaleció con un porcentaje del 91.7% como se muestra en la Gráfica 3, y la participación del género masculino fue de 8.3%.

Gráfica No 3. Porcentaje Género de participantes



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al impacto y ganancias que se obtuvieron gracias al programa, se evidenció en el discurso de los cuidadores primarios gratitud, acompañamiento, atención y una sensación de mejora a partir de las diversas actividades psicoterapéuticas, psicoeducativas y de bienestar. Sin embargo, se cree que el programa puede tener mayor impacto en cuidadores primarios que lleven un tiempo más prolongado; en el presente estudio se caracterizan las personas que participaron en este, quienes llevaban por lo menos un mes o dos en adelante, en la situación de cuidadores, pero también se considera relevante tener en cuenta a aquellas personas que llevan incluso años cuidando a sus familiares y que no están en el medio hospitalario, pues el impacto que se evidenció en los resultados se dio en quienes se encuentran inmersos en dicho medio.

Por otro lado, cabe mencionar que el programa mostró efectividad en cuidadores primarios permanentes y que así mismo, participan

de todas las actividades y o talleres propuestos por el programa; no obstante, es probable que en aquellos que no asisten con frecuencia y que del mismo modo, no tienen un compromiso con el paciente por su eventual asistencia, no se evidencie un impacto positivo.

Actividad psicoterapéutica No 1. “Reconociendo y expresando emociones”

Durante este programa de intervención, se consideró importante proponer a los cuidadores, espacios que propiciaran el reconocimiento y expresión de las emociones, por medio de estrategias psicológicas. Se opta por una mirada de reconocimiento de las emociones, positivas y negativas, debido a que se comprende cada una de las vivencias de los usuarios que se encuentran en el centro hospitalario; las emociones como origen de situaciones acontecidas dentro o fuera de la clínica, forman parte de los modos de relaciones entre usuarios y usuarios-colaboradores. En este sentido, se propusieron tres actividades: El rompecabezas de emociones, las cartas de las emociones y manejo de duelo. Estas actividades se desarrollaron con el propósito de propiciar en los familiares, un reconocimiento de sus propias emociones generadas durante el proceso de cuidado a su paciente, permitiendo el reconocimiento y control sobre las emociones, por medio de una dinámica que promueve el diálogo en el momento de armar el rompecabezas. Es considerada necesaria a partir de la comprensión que se tiene de las situaciones que surgen en los centros de salud, y del diagnóstico, debido a que se identificaron las diversas situaciones que pueden generar posibles emociones, y a las que por medio del trabajo psicológico se les logró dar un lugar a lo vivido.

Los resultados cualitativos obtenidos en esta actividad se categorizaron en cuatro grupos, identificación de emociones, expresión de

emociones, transformación de las emociones e importancia de la actividad.

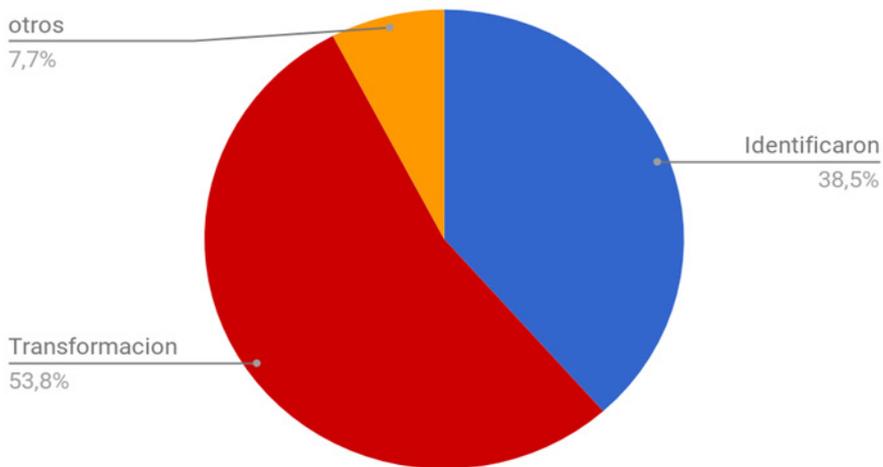
Identificación de emociones

La actividad consistía en armar un rompecabezas donde cada parte de éste formaba en letras una emoción o sentimiento. Cada participante debía identificar en qué momento del proceso de hospitalización y cuidado de su paciente sentía tal emoción. En este sentido, a partir de la actividad, los participantes lograron identificar las emociones que estaban atravesando cada uno de ellos. La actividad lúdica terapéutica permitió brindar un espacio donde los participantes, lograron expresar aquellas emociones y sentimientos que no podían manifestar delante de su familiar, o de los familiares. Las emociones que fueron más recurrentes en los participantes fueron: miedo, tristeza, preocupación, rabia, ansiedad y angustia., “siento tristeza y miedo por la cirugía”, “estaba muy angustiada, pero al hacer esta actividad, sentí tranquilidad”. Igualmente, la actividad permitió que los cuidadores se reconocieran a sí mismos, y a los demás como pares, además que lograron ayudarse mutuamente. Lo anterior se evidencia cuando alguno de los participantes manifestaba alguna emoción que lo estaba agobiando y los demás intervenían poniéndose en el lugar del otro manifestando “yo también estoy pasando por esto” o “yo también sentí lo mismo”; posterior a estas afirmaciones, se compartieron estrategias que permitieran alivianar aquellas emociones negativas que estaban afectando negativamente a cada uno. En la Gráfica 3 se puede observar que un 38.5% logró identificar emociones

Transformación de emociones

En cuanto a la transformación de emociones el 53% reportó el logro de esta, como se puede observar en la Gráfica 4.

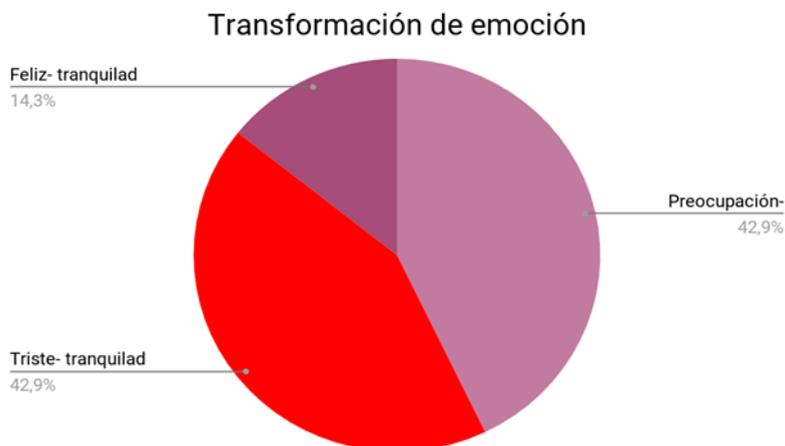
Gráfica No 4. Porcentaje de participantes que logran transformar e identificar emociones



Fuente: elaboración propia

Las transformaciones permitidas por la actividad, que los cuidadores identificaron y expresaron de forma escrita fueron: pasar de estar preocupado- tranquilo y estar en un estado emocional triste- tranquilo (42,9%), un estado de feliz- tranquilidad (14,3%), como se refleja en la Gráfica 5.

Gráfica No 5. Tipos de transformación de las emociones



Fuente: elaboración propia

Expresión de emociones

En esta categoría se logra identificar en los resultados, la actividad como un medio para expresar las emociones, representadas por medio de los escritos realizados por los cuidadores que participaron de la actividad, como se puede reflejar a partir de estos ejemplos:

1. “Bien, me sentía bien porque pude sacar el nudo que tenía en la garganta...”
2. “Bien, pude decir cosas que no había dicho, yo casi no cuento nada”.
3. “Si, son muy importantes porque uno necesita desahogarse y no encuentra con quien”.

4. “Esta actividad me parece muy buena porque muchas veces uno necesita contar a otras personas lo que está pasando o quiere hablar con alguien, porque en la clínica no se habla con nadie.”
5. “Es muy buena la actividad porque te hace reconocer que hay personas con problemas más grandes y siguen luchando, guardando una esperanza y confiando en Dios”.

Los comentarios de los participantes junto a la observación hecha durante el desarrollo de la actividad, nos permitieron llegar a la conclusión de que es una actividad en la cual se facilita el darse cuenta de algunas emociones y situaciones por las que están atravesando las personas, tanto al interior como al exterior de la clínica, permitiendo un reconocimiento de las emociones positivas y negativas; igualmente se pudo evidenciar que los cuidadores no se permiten la expresión de emociones negativas por no mostrar debilidad pero a partir de esta actividad pudieron reflexionar y darse cuenta que las emociones negativas también forman parte de la vida de las personas y que lo importante es aprender a reconocerlas y expresarlas de forma adecuada.

Actividad psicoeducativa No 1: “Al tingo de los derechos y al tango de los deberes”

El objetivo de la presente actividad es promover el reconocimiento de los derechos y deberes dentro de la clínica, con el fin de favorecer las relaciones sanas entre los usuarios y colaboradores, ya que durante el diagnóstico se logra identificar la falta de conocimiento que presentan los cuidadores sobre los derechos y los deberes que tienen al interior de la clínica, generando mala comunicación entre los usuarios y el personal de salud, además de ser un pedido por parte de

los colaboradores. En relación con lo anterior, se plantea la actividad ya mencionada anteriormente, permitiendo favorecer y ampliar el conocimiento de los usuarios. Lo anterior es posible identificarlo, puesto que antes de cada actividad, los participantes daban cuenta de algunos derechos y deberes que conocían. Los derechos que mencionan los participantes se registran en dos categorías; la primera categoría relacionada al conocimiento del estado de salud y la segunda relacionada con la atención

Conocimiento del estado de salud

En la presente categoría los participantes hacían alusión al derecho que ellos tenían en cuanto a estar enterados del proceso, del médico y a la explicación de este:

1. “A que se nos explique todo” “escoger el médico”.
2. “Explicación clara de los procedimientos” “tener conocimiento del diagnóstico”.

Atención

En la presente categoría los participantes, por medio de los comentarios, hacían alusión a los derechos que ellos tenían, relacionados con la atención y la atención oportuna

1. “Tenemos derecho a la salud” “ser atendido dignamente”.
2. “Tener buena atención” “que nos atiendan bien”.
3. “Una buena atención”.

Por otro lado, en relación con los deberes, los cuidadores primarios de la clínica mencionan deberes relacionados con las reglas y normas al interior de esta.

1. “Debemos tratar con respeto a los que nos atienden” “debemos hacer silencio en áreas específicas”.
2. “Debemos cumplir las citas a tiempo”.

Durante las actividades, mientras se leían los derechos que ellos tienen al interior de la clínica, los participantes expresaban lo que ellos pensaban en relación con el derecho que se estaba tratando, por lo tanto, se pueden identificar dos categorías: en derechos la categoría de expresión de situaciones y en deberes la categoría de cumplimiento de deberes.

Expresión de situaciones

En esta categoría, los participantes contaban historias que les habían pasado al interior de la clínica, en donde daban cuenta cómo su derecho había sido cumplido o vulnerado y lo que habían hecho para solucionar la situación.

1. “Aquí en la clínica se cumplió el derecho a elegir el profesional, firmaron unos papeles y mandaron otro especialista, yo solo le dije no quiero que usted me atienda más”.
2. “Por lo menos mi hijo tiene doce años, convulsiona y necesitaba una cirugía urgente y nunca se la hicieron; ahora que está grave y pues puse tutela fue que se la realizaron después de varios años, si él le hacen eso a tiempo no estaría así”.
3. “Como hace poco yo tuve una experiencia con mi papá, estaba muy mal y le pedí al médico que atendiera a mi papa y el médico me dijo que tu papá ya está viejo y le dije que no, que me hiciera el favor que lo atendiera y él es que por tu papá ya no se puede hacer nada y pues mi papá falleció y bueno saber eso, bueno saberlo porque imagínese”.

Cumplimento de deberes

Los participantes, al mencionar los deberes que ellos debían cumplir al interior de la clínica, hacían comentarios que estaban relacionados con mencionar si ellos cumplían o no con los deberes que se estaban leyendo.

1. “Si cumplimos con ello”
2. “Yo no donaría no me gusta
3. “Sí lo cumplo, aunque no he podido cumplir mis citas, porque mi esposo esta acá hace cinco meses y pues no me queda tiempo de ir”

Actividad de bienestar No 1: Entrenamiento en técnicas de relajación y respiración

Esta categoría reúne los comentarios de las personas que participaron y en los cuales indican que la actividad disminuye emociones negativas y estrés en el día.

1. “Yo me sentí muy bien, descargada y motivada y se aprende a respirar. Qué bueno seguir estas prácticas y se puede complementar con otros ejercicios sencillos”
2. “Se siente descansado, vacío de tanta lora”

Importancia de la actividad en la clínica

Esta categoría recoge comentarios de las personas que nombraban en sus escritos porque les parecía importante la actividad para los seres humanos y en un ámbito hospitalario.

3. “Son actividades que ayudan mucho en momentos que por situaciones especiales estamos con cargas emocionales. Felicitaciones y gracias por ayudarnos.”
4. “La actividad me pareció muy importante porque nos enseñan que también debemos cuidarnos para poder cuidar al familiar enfermo.”

Distracción

Esta categoría recoge los comentarios de las personas, que refieren que la actividad los hizo salir de la rutina y olvidar preocupaciones.

5. “Me gustó todo, gracias. Me parece muy bien ya que nos hace salir un poco de la rutina.”

Actividad de bienestar No 2: “Viernes de sonrisas”

Esta actividad tuvo como objetivo generar un espacio de bienestar por medio del uso de chistes, trabalenguas y adivinanzas, que permitan la disminución de la ansiedad y el estrés de los cuidadores primarios participantes del programa. En relación con lo anterior, escogieron algunas adivinanzas y trabalenguas para la implementación de “Viernes de sonrisa”. Así pues, se desarrolló en los servicios de urgencias, hospitalización, cirugía y UCI, brindando bienestar a los cuidadores, al interior de la clínica. Lo anterior es posible identificarlo, puesto que después de cada actividad, los participantes daban cuenta de cómo se sintieron y qué recomendaban para la actividad, por medio de los comentarios y retroalimentaciones; se logran identificar unas categorías y la frecuencia de estas:

Agradecimientos

Así pues, se presenta que un 33% de la población que participó en la actividad hizo alusión a un agradecimiento, dejando en evidencia la necesidad de tener y experimentar momentos de este tipo:

1. “La actividad me pareció súper buena muy entretenida”. “Feliz gracias”. “Felicitaciones niñas me alegraron el rato, gracias.”
2. “Muy especial lo que acaban de hacer las niñas de psicología entretenernos hacer más amena nuestra espera gracias”.

Modificación del estado emocional

Por otro lado, el 18% de los participantes denotan que se logró favorecer un estado emocional de bienestar, consiguiendo modificar emociones y sentimientos negativos por positivos.

1. “En momentos difíciles es grato encontrar personas que brindan alegría y den palabras alentadoras.”
2. “Me gustó porque fue divertida nos cambia el ánimo por un momento”. “Muy buena actividad para mejorar el ánimo y alegrar el día”.

Gestión de emociones

Igualmente, el 14% de la población resaltó como efecto una gestión de emociones y pensamiento, logrando movilizar pensamientos de situaciones que estaban afectando el estado emocional incrementando los niveles de estrés, a pensamientos emotivos o distracciones que lograron inhibir estas situaciones.

1. “Me sentí alegre, buena práctica de distracción.”
2. “La actividad me pareció muy buena, porque así relaja a los pacientes y se les olvida el estrés y preocupaciones en que se encuentran en este momento por la misma enfermedad, gracias por esa actividad”.
3. “Hagan esta actividad todos los días, tuve un momento de motivación”.
4. “Muy bonita labor y actividad, ya que ayuda a olvidar las preocupaciones de los resultados médicos”.

Beneficio

Además, el 12% de los participantes refiere la actividad como un beneficio, exponiendo que es un acompañamiento donde se brindan aspectos desde la interacción y simbología, que generan bienestar integral, que favorece la disminución de pensamientos y emociones negativas.

1. “Me sentí muy feliz, con armonía de ver la sonrisa del grupo hacia nosotros sin importar las circunstancias en que nos encontremos, porque la sonrisa es vital para la fuerza del día”
2. “Dios las bendiga, muy positivas estas actividades, sigan adelante
3. “Me encanto la actividad, benéfica para nosotros como acompañantes”
4. “Súper chévere, bacana, mucho apoyo para nosotros. Que sea más frecuente”

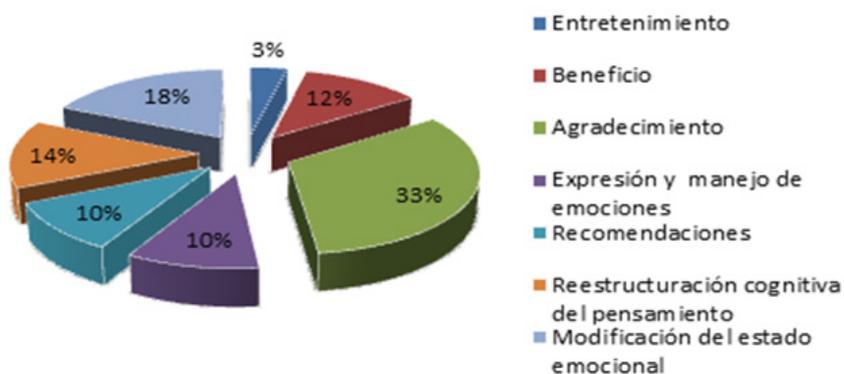
Entretenimiento

Por último, el 3% de la población expone la actividad como un espacio de entretenimiento.

1. “Me sentí excelente en la actividad porque pude participar y entretenerme”
2. “Muy especial lo que acaban de hacer, hace más amena nuestra espera gracias”
3. “La actividad muy buena, porque entretiene y ayuda, en esta larga espera”.

Se puede concluir, que el desarrollo de esta actividad cumplió en la totalidad con el objetivo propuesto, dado que se logró favorecer y dar un bienestar integral a los cuidadores primarios facilitando la disminución de niveles de ansiedad y estrés en ellos. El 99 % las personas señalaban en su lenguaje verbal y no verbal, además de forma escrita, un estado de bienestar a partir de la implementación de la actividad de “Viernes de sonrisa”. Ponen en evidencia la importancia de movilizar emociones y sentimientos positivos en los espacios clínicos, para generar bienestar no solo a los cuidadores, sino también a los usuarios primarios y colaboradores.

Gráfica No 6. Categorización de los resultados “Viernes de sonrisa”



Fuente: Elaboración propia

Actividad de bienestar No 3. “Yo como cuidador”

Lo más importante en esta actividad, era concientizar a los cuidadores de la importancia de cuidarse ellos para poder cuidar. Para esto, se apoyó con una lectura “el auto cuidado”; una vez finalizada la lectura, la cual enfatizaba en la importancia del auto cuidado, se prosiguió a preguntar sobre los hábitos de auto cuidado de cada uno y sugerencias para el auto cuidado; por último, compartir y socializar experiencias de auto cuidado.

Como acto final, se les hizo entrega del “decálogo de los cuidadores primarios.” Dichos mandamientos tienen agrupados los objetivos principales del programa, con el fin de que los cuidadores puedan leerlo y recordar los objetivos y las actividades realizadas, favoreciendo así que los niveles de estrés y sobrecarga disminuyan.

4. Discusión

Teniendo en cuenta lo que afirma Gardner (2005), quien dice que “La Inteligencia intrapersonal es el conocimiento de los aspectos internos de la persona: el acceso a la propia vida emocional, a la propia gama de sentimientos, la capacidad de efectuar discriminaciones entre las emociones y finalmente ponerles nombre y recurrir a ellas como un medio de interpretar y orientar la propia conducta”, se hace necesario y pertinente que los cuidadores reconozcan aquellos sentimientos que les suscita la situación actual con el familiar, debido a que esto fortalece la inteligencia emocional y lleva a las personas a tomar mejores decisiones. Establecer contacto con los propios sentimientos, discernir entre ellos y aprovechar este conocimiento para orientar la conducta, y responder adecuadamente a los estados de ánimo, temperamento, motivaciones y deseos de los demás.

Teniendo en cuenta lo anterior se puede afirmar que compartir emociones con otras personas, permite que se cree empatía, además de reconocer que no se está pasando o viviendo solo esta situación. Permite que se establezca, según Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai (1995), un tipo de inteligencia social que comprende la habilidad de supervisar y entender las emociones propias así como las de los demás, discriminar entre ellas y utilizar esta información para guiar los pensamientos y acciones. En este sentido el programa facilitó a los participantes encontrar aquellos problemas que más los angustia, así como las posibles soluciones a estos, movilizándolos y teniendo la oportunidad de pensarse cómo se estaban sintiendo y qué los estaba aquejando, ya que como lo mencionó uno de los participantes, en ocasiones no era consciente de lo que estaban sintiendo, y de los problemas que los estaban afectando a ellos, “he estado tan pendiente de mi hermano, que no me había frenado a pensar en lo que me estaba pasando a mí en mis cosas”. De esta manera, lograr que los participantes reconozcan sus emociones, les da una capacidad que les permite ser mucho más proactivos; con respecto a las competencias emocionales. Bisquerra (2009) expone que es “el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para tomar conciencia, comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales” (p. 146). Así, comprender y entender mejor las emociones logra que las personas disminuyan los niveles de ansiedad. De igual manera, el programa permitió que se establecieran lazos de ayudas, ya que lograron identificar que tenían problemas similares y se compartieron estrategias para afrontarlos.

El programa también permitió a los cuidadores entender que está bien sentirse mal en situaciones como las que están enfrentando, y que guardar silencio, no es la mejor solución para ello. Una vez los cuidadores reconocieron que es normal atravesar por estas

emociones, se les invitó a que compartieron las emociones más frecuentes que sentían. Lo anterior movilizó a todos los participantes, algunos se expresaron mediante el llanto, mientras otros expresaban esas emociones a través de la palabra. La anterior permitió que los participantes reconocieran y aceptaran que es normal sentirse de esta manera, observando que hay más personas que pasan por lo mismo; de alguna manera les permitió normalizar dichas emociones.

De esta manera, se reconoce la importancia de permitir que los cuidadores expresen sus emociones, reconozcan aquellas que tenían reprimidas y acepten que es normal experimentarlas, ya que les genera confianza; así como lo dice Begoña (2014):

Es la capacidad para tomar conciencia de las propias emociones, saber la causa de cada una y saberlas expresar de forma verbal y no verbal. Implica una comprensión de las reacciones emocionales propias y reconocimiento de las fortalezas y limitaciones, sin perder la confianza en uno mismo. (p. 20)

Por otro lado, esta autora menciona la importancia de “poner” nombre a las emociones, lo cual va a permitir que las personas actúen de manera mucho más coordinada; “Cuando la persona pone nombre a las emociones y sentimientos comienza a apropiarse de ellas. Este es el primer paso para aprender a expresarlas de forma adecuada”. (Begoña, 2014, p. 20)

El programa se centró en facilitar el reconocimiento, expresión y gestión de emociones y partía del hecho que la comunicación es un eje central en las dinámicas de relación y que el medio social es un factor influyente en el desarrollo. Por tanto, se plantearon actividades en las que se le permitió y facilitó a cada participante expresar de forma libre lo que sentía, pero no entendiendo su discurso como

un ser aislado sino, por el contrario, como un sujeto en interacción, es decir, la persona se expresaba individualmente al momento de poner en palabras cómo se sentía emocional o físicamente, pero el discurso no se quedaba en esa individualidad sino que se le permitía a la persona que tejiera toda la situación que lo llevaba a sentirse de tal manera; por ende la persona recordaba sus redes interpersonales, los hechos e incluso lugares. Así se complementaban entonces los aspectos individuales y sociales, como punto de referencia. De este modo para esbozar la metodología de esta teoría están las actividades de “Las Cartas de las emociones” y “Construyendo mis emociones”.

La expresión de emociones es un proceso que ayuda en una primera instancia al sujeto en particular, pero éstas a su vez configuran unas dinámicas que permiten a un otro, transmitir aspectos positivos o negativos. Por otro lado, se puede mencionar que frente al cuidado de si, los cuidadores siguen configurando la importancia de estar “bien” para cuidar mejor, resaltando la dinámica de relaciones que se construyen en una situación de enfermedad de un ser cercano.

Para el diseño e implementación del programa “Cuídate para cuidar”, se tuvo como referente la Teoría General de los Sistemas que lleva a intervenir desde una perspectiva holística e integradora con el sistema familiar.

La teoría sistémica se ha convertido en un instrumento capaz de actuar en la dinámica de las relaciones familiares y en problemas relacionados con las emociones y los afectos en los diferentes sistemas y subsistemas familiares (sistema conyugal, de fratría, etc.). En consecuencia, se trata de mejorar el apoyo emocional entre los diferentes miembros, así como de desarrollar estrategias de resolución de problemas tanto en acontecimientos vitales clave como la enfermedad, las separaciones como en cualquier circunstancia que pueda afectar a la dinámica

familiar y a la interacción entre los diferentes miembros. (Amada & Plaza de la Hoz, 2016, p. 103)

En los resultados de las diferentes actividades del programa se logra evidenciar la importancia de la visión integradora que orienta esta teoría, sobre todo en la actividad de “Yo como cuidador” brindando dos aspectos importantes, el primero que la persona a cargo de brindar el cuidado reconociera la importancia de brindarse cuidado a sí mismo, y el segundo, que el rol del núcleo familiar tiene mucha influencia en este proceso, pues finalmente es un proceso que sensibiliza, ya sea de forma negativa o positiva a la familia de la persona que dependa del cuidado y por ende si el cuidador se sentía abrumado, enojado o muy “aburrido” se reflejaría tanto en la relación con la persona que cuida y con sus demás familiares. Un ejemplo de esto es:

1. “Tengo que expresar mis sentimientos sin incomodar a otras personas”

De este mismo modo se buscó que la intervención abordara puntos clave de la relación consigo mismo, con el resto de la familia y el paciente, para que de esta manera los participantes, cada uno con su situación, reconociera en que partes del proceso de comunicación había falencias, y las razones de estas. Por otro lado, como menciona la teoría, permitió desarrollar estrategias de resolución de problemas, de afectaciones y de posicionamiento de ellos como personas importantes; esto se pudo evidenciar en algunos de los comentarios que realizaban los participantes.

2. “Lo más importante y puntual para mi es el derecho a saber cómo proceder ante una situación ya que pienso que a veces esto hace que pasemos mal, por pena o lo que sea, porque pensamos que se pueden enojar por preguntar y no es así.”

3. “Preguntar y que me respondan con respeto, buscar soluciones cuando se me presenta alguna dificultad, amarme a mí misma.”

De modo que, es factible afirmar que los resultados encontrados en las actividades, facilitaron procesos sociales y familiares, puesto que les fue posible identificar la carga y las dinámicas familiares que giraban en torno a ellos como cuidadores y cómo éstas pueden afectarles anímica, física y psicológicamente; además lograron identificar y observar el cambio que genera la separación en ciertas circunstancias de la enfermedad y tener un posicionamiento asertivo frente a ellos como cuidadores y la importancia de eso.

Ahora bien, para la implementación del programa también se tuvo en cuenta la “Terapia Narrativa” Esta busca dar una coherencia del relato entre los sucesos del pasado y los del presente para lograr relacionarlos con lo que se espera del futuro; adicionalmente se resaltan las significaciones que se dan en construcción con otros; como mencionan White y Epston (1993) “las narraciones construidas adquieren un carácter constitutivo de sí mismos, y determinan la interacción y organización con otros y la forma en que se organizan las experiencias futuras” (citado por Linares, 2010, p.23).

Así pues, se logró darles a los participantes en las diferentes actividades el espacio para relatar los sucesos más significativos en esos momentos para ellos y partiendo de sus relatos se procedía a trabajar en la resignificación de sus experiencias a partir del reconocimiento, expresión y gestión de sus emociones presentes en sus relatos. En las actividades se reflejaba cómo hubo cambios en las narraciones de algunos de los participantes que decidían contar sus sucesos:

1. “Yo estoy triste por mi esposo, pero ya me siento tranquila.”
2. “Esta actividad me parece muy buena porque muchas veces uno

necesita contar a otras personas lo que está pasando o quiere hablar con alguien, porque en la clínica no se habla con nadie.”

5. Conclusiones

Es de alta relevancia realizar programas de intervención psicológica con los cuidadores, ya que como lo dicen Barrón & Alvarado (2009), los cuidadores primarios, al hacerse cargo del familiar enfermo, tendrán mayor carga puesto que a partir del cuidado del familiar se encargarán de las actividades de sí mismos y del enfermo. De igual manera Torres, Beltrán, Martínez, Atenógenes, Gonzáles, Quesada & Cruz (2006), refieren que la tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio familiar. Esto fue posible evidenciarlo durante la implementación del programa.

La afectación psicológica, la angustia, el miedo y la desesperanza son los sentimientos negativos que más experimentan los cuidadores, ya que al enfrentarse al cuidado del familiar enfermo expresan tener diferentes sentimientos contradictorios de aceptación, alegría, enojo y tristeza.

Los principales cambios que se evidenciaron en el discurso de los cuidadores estuvieron relacionados con la facilitación para reconocer, expresar emociones y gestionarlas de manera adecuada, lo que permitió la disminución del estrés y la concientización del papel que estaban cumpliendo como cuidadores. Otros cambios en los participantes fueron, el aumento del conocimiento de la enfermedad de su familiar, también mejoraron el manejo de las emociones negativas como el enojo, ya que reconocieron que no era malo enojarse, sino la forma de expresar y dirigir su enojo ante el paciente y los demás integrantes de la familia. Igualmente fue posible evidenciar que las personas eran

más conscientes del cuidado de su salud, y mencionaron que iban a tomar medidas para cuidarse mejor.

Referencias bibliográficas

- Barrón, R., Alvarado, S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Cancerología*, 4(2009), 39-46.
- Begoña, I. (2014). Competencias emocionales de los cuidadores de personas mayores, 2-34. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ponencias-BegonaIbarrola-Competenciasemocionales-cuidadores-personasmayores-06-2014.pdf>
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Calderón, M., Gonzáles, G., Salazar, P., & Washburn, M. (2014). El papel docente ante las emociones de niñas y niños de tercer grado. Revista electrónica *Actualidades en Educación*, 14(1), 1-23.
- Caro, A., & Plaza de la Hoz, J. (2016). Intervención educativa familiar y terapia sistémica en la adicción adolescente a internet: fundamentación teórica. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 27(1), 99-113.
- Dwyer, J., Lee, G., & Jankowski, T. (1994). Reciprocity elder satisfaction and caregivers stress and burden. *Journal of Marriage and the Family*. 56(1), 35-43

- Flores, L, Adeba, C., García & Gómez, M. (1997). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Revista Departamento de Medicina*. 3 (1218), 261-272.
- Gardner, H. (2005). “Inteligencias múltiples”. Ed. Paidós
- Linares, E. (2010). La construcción de narrativas alternativas en el contexto escolar alrededor de los niños con diagnóstico de déficit de atención. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <https://bit.ly/3ldLJxe>
- Melamed, A. (2016). Las teorías de las emociones y su relación con la cognición: un análisis desde la filosofía de la mente. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 49(2016), 13-38.
- Montalvo, A., Badrán, Y., Cavadías, C., Medina, E., Méndez, K., Padilla, C., & Ruidíaz, K. (2010). Habilidad de cuidado de cuidadores familiares principales de pacientes con ACV. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 26 (2), 212-222.
- Moreno, B., Gálvez, M., Rodríguez, R., Garrosa, H. (2010). Emociones y salud en el trabajo: análisis del constructo “trabajo emocional” y propuesta de evaluación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 63-73.
- Obando Cabezas, L y Ordoñez, E. (Editores científicos) (2020). *Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica*, Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

- Párraga, M. (2005). Y... ¿Quién Cuida A Los Cuidadores? *Enfermería Global*, 4 (1), 1-6.
- Pérez, A. (2006). El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. *Universidad de Salamanca*. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/perez-cuidador-01.pdf>
- Ruiz A., & Nava, M. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf Neurol*, 11(3), 163-169.
- Torres, I., Beltrán, F., Martínez, G., Atenógenes, H., Gonzáles, S., Quesada, J., & Cruz, L. (2006). Cuidar a un enfermo ¿pesa? *Revista de Divulgación científica y tecnológica*. 19(2). Recuperado de <https://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol19num2/articulos/cuidar/>



Capítulo IV

Otra mirada de la intervención psicológica en el servicio de urgencias hospitalarias

María Ceila Galeano Bautista

Marinella Rivera Escobar

Lucely Obando Cabezas

CAPÍTULO IV

Otra mirada de la intervención psicológica en el servicio de urgencias hospitalarias

*María Ceila Galeano Bautista**

<https://orcid.org/0000-0002-6679-4259>

*Marinella Rivera Escobar***

<https://orcid.org/0000-0003-4701-1260>

*Lucely Obando Cabezas****

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

Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas.

Pero al tocar un alma humana,

Sea apenas otra alma humana.

Carl Jung

Introducción

La intervención psicológica en el servicio de urgencias hospitalaria se ofrece en espacios como las salas de espera, los consultorios, cubículos

* Universidad Libre - Seccional Cali, Cali, Colombia

✉ ceila.galeanob@unilibre.edu.co

** Universidad Libre - Seccional Cali, Cali, Colombia

✉ marinella.riverae@unilibre.edu.co

*** Universidad Libre - Seccional Cali, Cali, Colombia

✉ lucely.obando@unilibre.edu.co

Cita este capítulo:

Galeano Bautista, MC.; Rivera Escobar, M. y Obando Cabezas, L. Otra mirada de la intervención psicológica en el servicio de urgencias hospitalarias. En: Obando Cabezas, L. Ed. científica. *Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo primario*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp. 121-172.

y pasillos de éste, contribuyendo desde la primera descripción del padecimiento, ya que una situación de urgencia trae repercusiones en los aspectos cognoscitivos y emocionales de los usuarios, deteriorando la capacidad de atención y concentración, con sensación de ansiedad y de impotencia, mezclada con sentimientos de ira y tristeza, aspectos que de una u otra forma pueden interferir o dificultar la atención médica.

Por tanto, la labor del psicólogo en el servicio de urgencias resulta vital; debe centrarse en la atención en crisis, modificación de estados emocionales y factores psicosociales, atención en situaciones críticas sin trastorno psicológico alguno que afectan el curso, pronóstico y evolución de la situación de salud de pacientes y/o sus familiares. (García, Calderón & Serrano, 2010)

Esta labor del psicólogo está acompañada de diversas modalidades de intervención psicológica, las cuales, en el servicio de urgencias están fundamentadas y se orientan en los primeros auxilios psicológicos, la intervención en crisis, la psicoeducación, y el acompañamiento psicológico. Los primeros auxilios psicológicos se definen como la intervención psicológica en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal; esta estrategia pretende ofrecer apoyo emocional, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos sociales de ayuda (Slaikeu, 1988)

La intervención en crisis se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del afrontamiento inmediato y, se encamina a la resolución de la crisis, de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida en la persona alterada, es un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a

sobrevivir a un suceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximiza” (Rubín y Bloch, 2001 citado en García, Calderón & Serrano, 2010).

La psicoeducación se define como el aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar dicho trastorno (Rebolledo y Lobato, 1997). Además, como un proceso que permite a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo (Bulacio y Vieyra, 2003); tiene como objetivo orientar y ayudar al paciente en el entendimiento y claridad el problema o la patología y complicaciones asociadas para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende, una mejora en la calidad de vida. (Rebolledo y Lobato, 1997; Bulacio y Vieyra, 2003)

El acompañamiento psicológico, trata de un servicio de apoyo psicológico, de contención emocional, discusión de temas existenciales, planificación de vida, establecimiento de metas, etc a personas, grupos e instituciones que necesitan apoyo para tomar decisiones o resolver problemas que alteran el ritmo de su vida normal, en temas como duelos, crisis vitales, crisis accidentales, conflictos personales e interpersonales, familiares, laborales y educacionales (Vargas y Dorony, 2013). El objetivo del acompañamiento psicológico es el crecimiento personal o desarrollo del potencial humano, propuesta de la teoría de la autodeterminación que según Deci, Conell y Ryan (1989) la definen como:

La capacidad de un individuo para elegir y realizar acciones en base a su decisión. Las personas autodeterminadas se ven a sí mismas como las

iniciadoras de su propia conducta, seleccionan los resultados y eligen una línea de actuación que las lleve a lograr esos resultados (p. 5)

A partir de estas modalidades de intervención ¿Qué técnicas lo acompañan? ¿Qué técnicas se pueden implementar en un servicio que colapsa en días, por la cantidad de usuarios que requieren de esta? ¿Qué otras formas de intervención hay para abordar estados emocionales tanto en pacientes como en familiares? ¿Para restablecer su estabilidad emocional y facilitar su continuo equilibrio personal? ¿Mediante qué técnicas no convencionales se pueden identificar y transformar factores psicosociales que afecten al curso, pronóstico y evolución del problema de salud del paciente? ¿Aborda lo humano desde lo tradicional? ¿O hay otras miradas de intervención que se podrían aplicar en urgencias?

A partir de estos cuestionamientos, se tiene en cuenta el desarrollo del potencial humano, afirmando que la persona que toma conciencia de lo que le sucede, tiene la capacidad de salir adelante con sus propios problemas y de enfrentar la vida cotidiana desde una visión más realista y funcional. De ahí la importancia por intervenciones que faciliten la expresión, la reflexión y el empoderamiento de los usuarios (consultante – acompañante/familiar) durante su tránsito y estancia por el servicio de urgencias, que priorice el proceso creativo del individuo para liberar conflictos psíquicos, desarrollar la conciencia, y generar un estado de congruencia dando un lugar a la palabra, a la voz desde diferentes recursos narrativos, artísticos y educativos.

Por consiguiente, es importante dar otra mirada a la intervención psicológica en el servicio de urgencias mediante la escritura terapéutica, la arteterapia, la risa y el humor y la psicoeducación participativa; intervenciones que han sido utilizadas en otros

servicios del contexto hospitalario, pero muy poco en los servicios de urgencias. Revisemos de qué se trata cada uno:

Escritura terapéutica: La escritura-terapéutica es el tratamiento terapéutico a través de una carta, documento o cualquier papel escrito. Pero y ¿qué se escribe? Se puede escribir cualquier tipo de deseos, pensamientos, sensaciones o emociones, pero para ser precisos, se busca que éstos contextualicen cómo han influido esos eventos internos en la actitud o conducta del sujeto, qué respuesta se ha dado, y cuáles han sido las consecuencias. Se busca que la escritura terapéutica sea un vehículo para expresar sentimientos, traumas, frustraciones, y así mismo, ayudar a liberar emociones, ordenar ideas o reestructurar pensamientos. (Pennebaker, 1990, Lanza Castelli, 2005, citado en Lanza Castelli, 2006; Tarragona, 2003, citado en Reyes-Iraola, 2014; Pennebaker y Chung, 2011, citado en Fernández, 2013).

El arte terapia: es una técnica donde el arte se usa en un contexto terapéutico y como un medio de comunicación verbal, que involucra no solo la producción artística sino también el proceso de elaboración, siendo lo más importante la persona y el proceso, la forma en que se ha hecho y el cómo se describe lo que se ha representado, generando en la persona sensaciones y sentimientos a partir de lo que vive y “ve” en su creación. (Dalley, 1987; Birtchnell, 1987; Wood, 1998; Taverne, 1998, citado en Covarrubias, 2006)

La psicoeducación participativa: es un proceso que busca abarcar contenidos “psicológicos”, lo cual implica un conocimiento teórico general para el autoconocimiento, tanto racional como emocional y conductual, y, que mediante herramientas aplicables a través de la ejecución de lo aprendido la persona incrementa el pensamiento, la autogestión, la calidad de vida y la creatividad, logrando así, un proceso de aprendizaje. (Freire, 2000; Bulacio y Vieyra, 2003).

La Risa y el humor: para Lancheros, Tovar y Rojas (2011) cada ser humano es único y se comporta de manera diferente. Es así, que se ríe de diferente manera, teniendo características propias e irrepetibles en cuanto a la expresión facial, ritmo, volumen, intensidad y duración. (p.70). Mora (2010) afirma que los beneficios de esta terapia se extienden a diversos ámbitos sociales, entre los que resalta: las relaciones sociales, la educación, expresiones populares, etc. destacando múltiples beneficios psicológicos de la risa en la salud de las personas como la reducción del estrés y los síntomas de depresión y ansiedad, elevación del estado de ánimo, la autoestima, la confianza; aumenta la memoria, el pensamiento creativo y la capacidad resolutiva de problemas, mejora las relaciones sociales, mejora la relación médico-paciente y la calidad de vida y promueve el bienestar psicológico, entre otros.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, el propósito de la intervención desde otras miradas fue favorecer el tránsito y la estancia de usuarios (consultante – acompañante/familiar) por el servicio de urgencias, mediante intervenciones psicológicas individuales, familiares y grupales con el fin de disminuir los impactos de los acontecimientos traumáticos que implican estar en el servicio, favoreciendo la salud mental y el agenciamiento por parte de usuarios.

1. Método

¿Quiénes participaron en la intervención psicológica? La población de usuarios primarios y secundarios entendiendo al primario como la persona que hace uso del servicio de salud y el secundario como el acompañante/familiar o cuidador.

Durante el periodo de 3 meses, se realizaron 7 actividades con un total de 151 usuarios, de los cuales el 66% fue de género femenino y el 34% masculino.

Gráfica No 8. Actividades realizadas con usuarios

ACTIVIDADES REALIZADAS CON USUARIOS		
	ACTIVIDAD	TOTAL
1	CARTAS AL REMITENTE	18
2	MONSTRUO COME TEMORES	21
3	EDUCANDO ANDO CON LA CLINICA AMIGA	23
4	MUÑECOS QUITA PENAS	8
5	VIERNES DE SONRISAS	54
6	CHARLAS DE DEBERES Y DERECHOS	12
7	MINI MAPAS	15
	TOTAL	151



Fuente: Elaboración propia

Gráfica No 9. Porcentaje de género por actividad

TABLA DEL TOTAL DE GENERO POR ACTIVIDAD				
ACTIVIDAD	GENERO		TOTAL	
	Femenino	Masculino		
1	CARTAS AL REMITENTE	15	3	18
2	MONSTRUO COME TEMORES	16	5	21
3	EDUCANDO ANDO CON LA CLINICA AMIGA	17	6	23
4	MUÑECOS QUITA PENAS	5	3	8
5	VIERNES DE SONRISAS	30	24	54
6	CHARLAS DE DEBERES Y DERECHOS	10	2	12
7	MINI MAPAS	7	8	15
	TOTAL GENERO	100	51	151



Fuente: Elaboración propia

Cuadro No 3. Procesos de intervención y actividades implementadas en el servicio

Objetivos de la intervención	Intervención	Modalidad	Actividad	Objetivos de la actividad
Favorecer mediante actividades escritas y artísticas la expresión y el manejo de emociones en situaciones vivenciadas en el servicio de urgencias.	Individual Grupal	Narrativas escritas	Carta al remitente	Permitir a los usuarios por medio de escritos develar las relaciones significativas generando historias alternativas para concluir, redefinir, ampliar o construir estas relaciones.
		Arteterapia	Mostro de las emociones	Favorecer mediante la imagen de un monstruo que el usuario afronte lo desconocido poniendo en manifiesto aquellas amenazas que le producen temor.
Generar dinámicas de reconocimiento de experiencias compartidas que posibiliten a los usuarios una mayor apertura a la espera, mediante el agenciamiento por parte de éstos, como actores del sistema de salud.	Grupal		Risa y humor	Muñeco quitapenas
		Psicoeducación participativa	Vienes de sonrisas	Generar un espacio de bienestar físico, mental y social mediante la risa para afrontar los problemas cotidianos con positividad.
			Educaando	Promover el reconocimiento de los derechos y deberes en salud y vías de acceso a los servicios por parte de los usuarios, con miras a su empoderamiento como actores del sistema de salud.

Fuente: Elaboración propia

Dentro de las estrategias metodológicas utilizadas para el desarrollo de las actividades, se destacan: *La escritura*, que llevó a que una situación traumática se convirtiera en salud física y emocional; de ahí la modalidad de la carta, que permitió a los usuarios develar las relaciones significativas generando historias alternativas sobre esas relaciones, algunas para concluir, redefinir, ampliar o construir la relación; *El arte*, proceso creativo que ayudó a resolver conflictos y problemas, desarrolló habilidades interpersonales, manejo de la conducta, reducción del stress, aumento de la autoestima y la autoconciencia logrando la introspección, destacándose por un lado el monstruo de las emociones que dependió de la subjetividad de los usuarios afrontarlo, poniendo de manifiesto aquellas amenazas que le producían temor. Y por otro, el muñeco quitapenas que permitió a los usuarios la posibilidad de descargar sufrimientos, preocupaciones, controlar sus emociones, manejar temores y gestionar la ansiedad. *La risa y el humor* son fenómenos propiamente humanos que caracterizan la vida de relación de cada persona, de ahí, el “Viernes de sonrisas” que contribuyó a la salud emocional, física, mental y el bienestar en general de los usuarios y *la psicoeducación* como medio de información, en las cuales se hizo uso de herramientas visuales como carteles e imágenes; así mismo estas charlas estaban acompañadas de un contenido específico para cada día como “Educando-Ando”, “Deberes y Derechos” y “Mini Maps”.

Cada actividad se realizó entre una y cuatro sesiones o veces: las “Cartas al Remitente”, el “Monstruo de las emociones” y “Educando Ando” se realizaron cada una en tres sesiones; el “Viernes de Sonrisa” se realizó cuatro veces; y “Los Muñecos Quita Penas”, “Charlas de Deberes y Derechos” y los “Mini Maps” se realizaron en una sesión cada uno en el servicio de urgencias.

Cuadro No 4. Sesiones realizadas por actividad

SESIONES REALIZADAS POR ACTIVIDAD		
	ACTIVIDAD	Sesiones
1	CARTAS AL REMITENTE	3
2	MONSTRUO COME TEMORES	3
3	EDUCANDO ANDO CON LA CLINICA AMIGA	3
4	MUÑECOS QUITA PENAS	1
5	EL VIERNES DE SONRISAS	4
6	CHARLAS DE DEBERES	1
7	MINI MAPAS	1
TOTAL SESIONES		16

Fuente: Elaboración propia

Para el proceso anterior, se retomaron todos aquellos discursos presentados en los espacios de la intervención psicológica, creando un aprendizaje compartido entre ambas partes; por un lado, permitió a los usuarios opinar y ser partícipes de estos espacios, y por otro, desde el papel del profesional, hacer un análisis de la información para una mejor comprensión de los acontecimientos traumáticos implicados en el tránsito y estancia en el servicio de urgencias.

2. Resultados

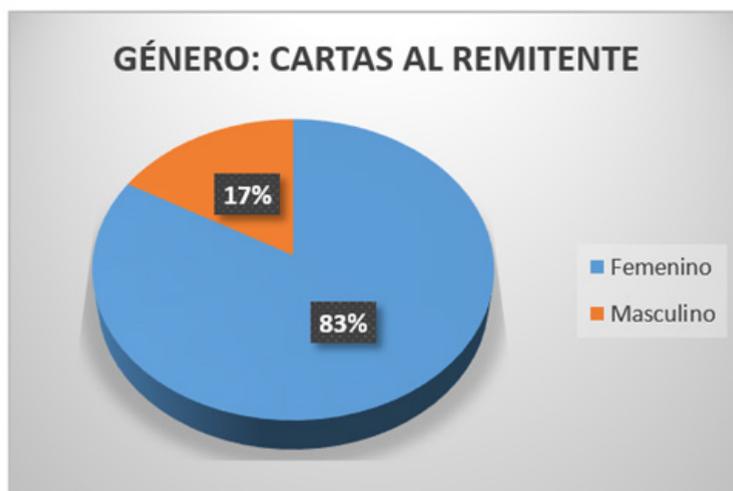
2.1 Resultados cuantitativos

Actividad 1: Cartas al remitente

En cartas al remitente participaron 18 usuarios de los cuales el 83% fue de género femenino y el 17% de género masculino (Ver Gráfica No 10)

Gráfica No 10. Porcentaje género de participantes cartas al remitente

GÉNERO: CARTAS AL REMITENTE	
Femenino	15
Masculino	3
TOTAL	18

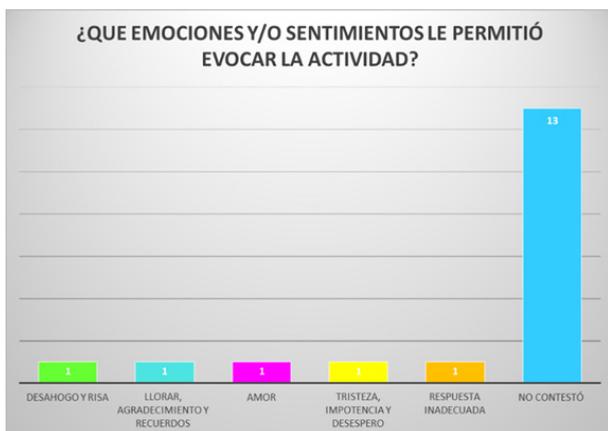


Fuente: Elaboración propia

Gráfica No 11. Resultados evaluación cartas al remitente

ACTIVIDAD: CARTAS AL REMITENTE	
¿CÓMO SE SINTIÓ REALIZANDO LA ACTIVIDAD?	
Bien	4
Respuesta inadecuada	1
No contestó	13
TOTAL	18
¿QUÉ EMOCIONES Y/O SENTIMIENTOS LE PERMITIÓ EVOCAR LA ACTIVIDAD?	
Desahogo y risa	1
llorar, agradecimiento y recuerdos	1
Amor	1
tristeza, impotencia y deses pero	1
Respuesta inadecuada	1
No contestó	13
TOTAL	18

¿QUE LE GENERÓ LA ACTIVIDAD?	
Descanso y desahogo	1
Tranquilidad	1
Me relajó y me desconecté	1
Lagrimas	1
Me motiva	1
No contestó	13
TOTAL	18
¿LE GUSTARÍA QUE SE REPITIERA ESTE TIPO DE ACTIVIDAD?	
Si	4
No	0
Respuesta inadecuada	1
No contestó	13
TOTAL	18
¿QUE OTRA ACTIVIDAD IMPLEMENTARIA?	
Dialogar	1
Viernes de sonrisa	1
No contestó	16
TOTAL	18





Fuente: Elaboración propia

Al finalizar la actividad “Cartas al remitente”, algunos de los participantes contestaron la evaluación. Con respecto a ¿cómo se sintió realizando la actividad? el 22% contestó bien, el 6% dio una respuesta inadecuada y el 72% no contestó. En cuanto a ¿qué emociones y/o sentimientos le permitió evocar la actividad? Un 5% contestó, desahogo y risa, otro 5% llorar, agradecimiento y recuerdos. Un 6% contesto amor, otro 6% tristeza, impotencia y desespero y un último 6% respondió en forma inadecuada. El 72% no contestó.

En lo relacionado con la pregunta ¿Qué le generó la actividad? Un 5% contestó descanso y desahogo, otro 5% tranquilidad. Un 6% contestó que lo relaja y se desconecta, otro 6% lágrimas y un último 6% motivación. El 72% no contestó. En lo referente a ¿le gustaría que se repitiera este tipo de actividad? el 22% contestó sí; un 6% dio una respuesta inadecuada y el 72% no contestó. Y con respecto a ¿Qué otra actividad implementaría? el 5% contestó dialogar en lugar de escribir; el 6% implementaría más “Viernes de sonrisa” y el 89% no contestó. (Ver Gráfico No 13)

Actividad 2: Monstruo de las Emociones

Gráfica No 12. Porcentaje género participantes en actividad “Monstruos Come Temores”

GÉNERO: MONSTRUO COMETEMORES	
Femenino	16
Masculino	5
TOTAL	21



Fuente: Elaboración propia

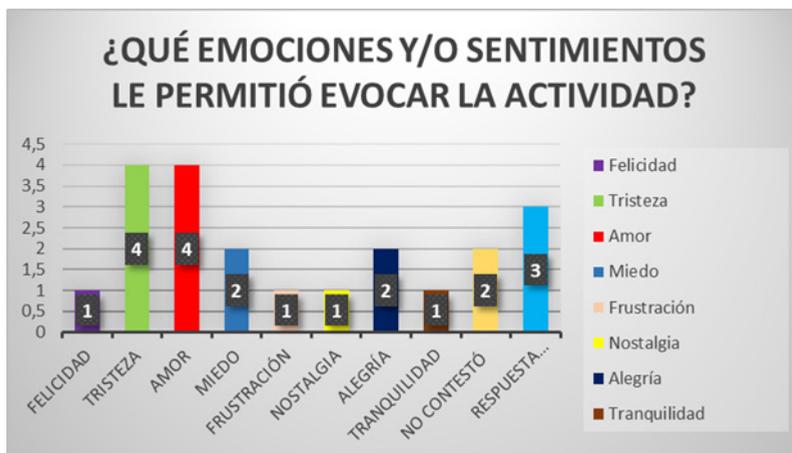
En el monstruo de las emociones participaron 21 usuarios de los cuales el 76% fue de género femenino y el 24% de género masculino. (Ver Gráfico No 12)

Gráfica No 13. Resultados evaluaciones actividad monstruos de las emociones

ACTIVIDAD: MONSTRUO COMETERRORES	
¿CÓMO SE SINTIÓ REALIZANDO LA ACTIVIDAD?	
Me desahogué	2
Cómoda	1
Bien	9
Super bien	1
Motivada	1
Muy bien	4
Tranquilo	1
Respuesta inadecuada	2
TOTAL	21
¿QUÉ EMOCIONES Y/O SENTIMIENTOS LE PERMITIÓ EVOCAR LA ACTIVIDAD?	
Felicidad	1
Tristeza	4
Amor	4
Miedo	2
Frustración	1
Nostalgia	1
Alegría	2
Tranquilidad	1
No contestó	2
Respuesta inadecuada	3
TOTAL	21
¿LE GUSTARÍA QUE SE REALIZARA CONSTANTEMENTE ACTIVIDADES DE ESTE TIPO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS?	
SI	15
NO	1
No contestó	1
Respuesta inadecuada	4
TOTAL	21

¿QUÉ ACTIVIDADES IMPLEMENTARÍA EN EL SERVICIO?	
Libros para leer	1
Integración	1
Mejorar la comunicación	1
Psicología permanente	1
Pintar	1
Cartillas	1
Sopas de letras	1
Charlas de salud	1
TV - Equipo de sonido	1
No contestó	6
Respuesta inadecuada	6
TOTAL	21



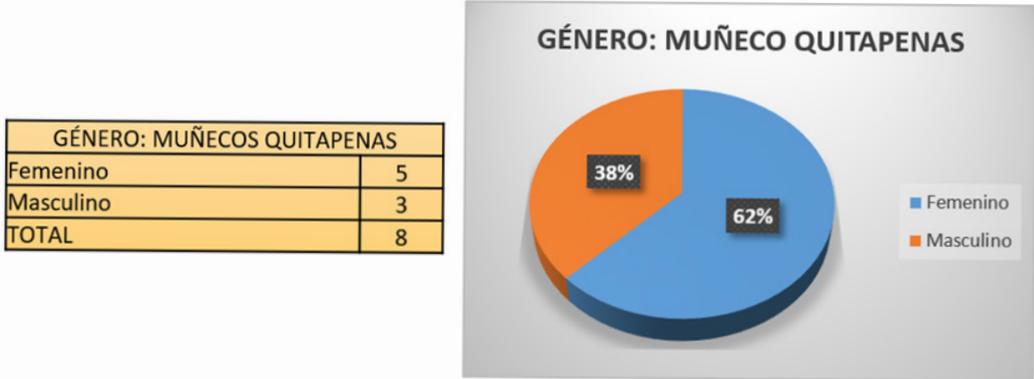


Fuente: Elaboración propia

Al finalizar la actividad el “Monstruo de las emociones”, los participantes contestaron la evaluación. Con respecto a ¿cómo se sintió realizando la actividad? el 43% contestó bien, el 19% muy bien, el 9% manifiesta que se desahogó. Un 20% respondió que cómoda, súper bien, motivada y tranquilo. Y un 9% dio una respuesta inadecuada. En cuanto a ¿qué emociones y/o sentimientos le permitió evocar la actividad? Un 19% contestó tristeza, otro 19% amor. Un 9% contestó miedo, otro 9% alegría. Un 20% respondieron que felicidad, frustración, nostalgia y tranquilidad. Un 14% respondió en forma inadecuada y el 10% no contestó. En lo relacionado con la pregunta ¿le gustaría que se realizaran constantemente actividades de este tipo en el servicio de urgencias? el 71% contestó sí; un 5% contestó no; el 19% dio una respuesta inadecuada y el 5% no contestó. En lo referente a ¿qué actividades implementaría en el servicio? el 4% contestó libros para leer; un 40% respondieron que integración, mejorar la comunicación, psicología permanente, pintar, cartillas, sopas de letras, charlas de salud, tv y equipo de sonido. El 28% dio una respuesta inadecuada y un otro 28% no contestó. (Ver Gráfica No 13

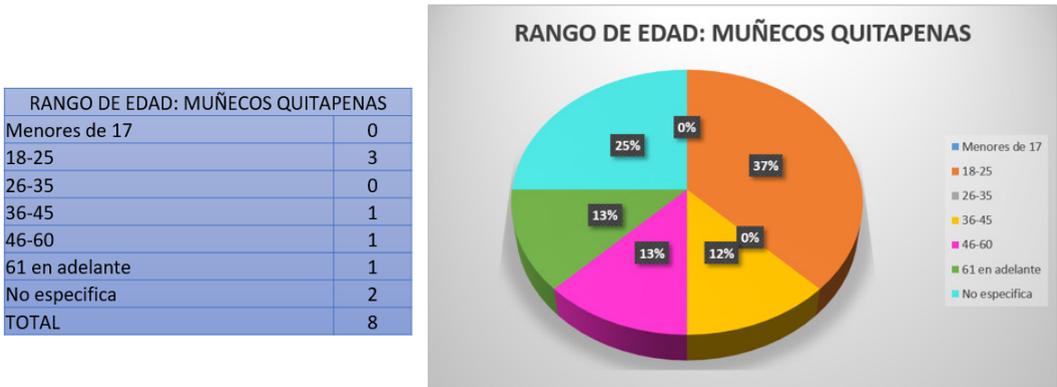
Actividad 3: Muñeco quitapenas

Gráfica No 14. Porcentaje género participantes actividad muñeco quitapenas



Fuente: Elaboración propia

Gráfica No 15. Porcentaje edad de participantes actividad muñeco quitapenas



Fuente: Elaboración propia

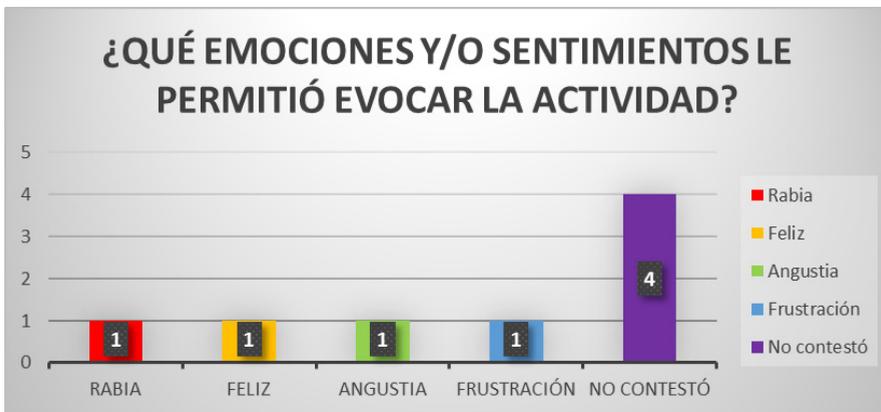
En el “Muñeco quitapenas”, participaron 8 usuarios de los cuales el 62% fue de género femenino y el 38% de género masculino. (Ver

Gráfica No 7). Los rangos de edad de los usuarios participantes en la actividad el 37% está entre 18 a 25 años; el 12% de 36 a 45 años; el 13% de 46 a 60 años; el 13% de 61 años en adelante; y el 25% no especifica. (Ver Gráfica No 15)

Gráfica No 16. Resultados de evaluaciones actividad muñeco quitapenas

ACTIVIDAD: MUÑECO QUITAPENAS	
¿CÓMO SE SINTIÓ REALIZANDO LA ACTIVIDAD?	
Desahogo	2
Bien	1
Normal	1
No contestó	2
TOTAL	6
¿QUÉ EMOCIONES Y/O SENTIMIENTOS LE PERMITIÓ EVOCAR LA ACTIVIDAD?	
Rabia	1
Feliz	1
Angustia	1
Frustración	1
No contestó	4
TOTAL	8
¿LE GUSTARÍA QUE SE REALIZARA CONSTANTEMENTE ACTIVIDADES DE ESTE TIPO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS?	
SI	1
NO	0
No contestó	7
TOTAL	8





Fuente: Elaboración propia

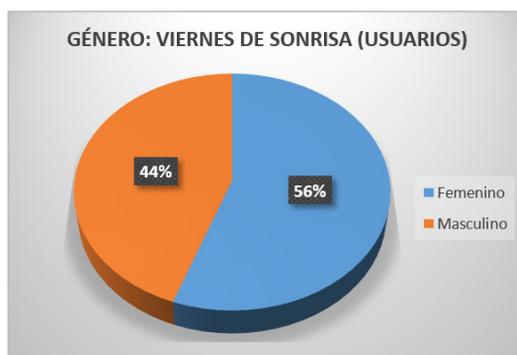
Al finalizar la actividad el “Muñeco quitapenas”, los participantes contestaron la evaluación. En lo relacionado con la pregunta ¿cómo se sintió realizando la actividad? el 35% contestó desahogo; un 17% bien; otro 17% normal y el 33% no contestó. En lo referente a ¿qué emociones y/o sentimientos le permitió evocar la actividad? un 12% manifestó rabia y otro 12% se sentía feliz; un 13% respondió angustia y otro 13% frustración. El 50% no contestó. Con respecto a ¿le gustaría que se realizara constantemente actividades de este tipo en el servicio de urgencias? El 12% contestó sí y el 88% no contestó. En

cuanto a la pregunta ¿Qué actividades implementaría en el servicio? el 100% no contestó. (Ver Gráfica No 16)

Actividad 4: Viernes de sonrisa

Gráfica No 17. Porcentaje género de participantes actividad “Viernes de sonrisa”

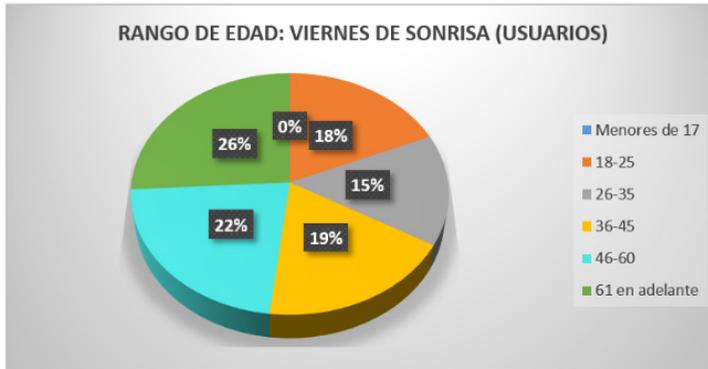
GÉNERO: VIERNES DE SONRISA (USUARIOS)	
Femenino	30
Masculino	24
TOTAL	54



Fuente: Elaboración propia

Gráfica No 18. Porcentaje edad de participantes actividad “Viernes de sonrisa”

RANGO DE EDAD: VIERNES DE SONRISA (USUARIOS)	
Menores de 17	0
18-25	10
26-35	8
36-45	10
46-60	12
61 en adelante	14
TOTAL	54



Fuente: Elaboración propia

En “Viernes de sonrisa” participaron 54 usuarios, de los cuales el 39% fue usuarios primarios y el 61% usuarios secundarios, con la siguiente caracterización sociodemográfica: con relación al género, el 44% fue masculino y el 56% femenino (Ver gráfica No 10); y referente a los rangos de edad de los usuarios participantes el 18% entre 18 y 25 años; el 15% de 26 a 35 años; el 19% de 36 a 45 años; el 22% de 46 a 60 años; y el 26% de 61 años en adelante. (Ver Gráfica No 18)

Gráfica No 19. Resultados de evaluaciones actividad “Viernes de sonrisa”

ACTIVIDAD: VIERNES DE SONRISA	
EXPRESIONES CALIFICATIVAS POR ALGUNOS PARTICIPANTES EN VIERNES DE SONRISA	
Excelente	4
Muy bueno	2
Gracias	3
Buen ejemplo a todos	1
Perfecta	1
Sobresaliente	1

Que se siga repitiendo	1
Buena	1
Gracias por hacernos reír	1
Gracias por alegrarnos la jornada	1
TOTAL	16

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos en cuanto la expresión y el manejo de emociones mediante actividades escritas y artísticas

Actividad en la cual participaron más usuarios.

El “Viernes de sonrisa” por varias razones:

1. Se realizó en cuatro sesiones.
2. Llamaron la atención los trabalenguas, el juego y los refranes que acompañaban la actividad.
3. Permitió más interacción entre los usuarios y colaboradores y entre los mismos usuarios.
4. Fue la actividad más significativa tanto para los participantes como para los psicólogos en cuanto encontrar y vivenciar el niño interior.

Actividad en la cual participaron menos usuarios

El “Muñeco quitapenas” porque:

1. Se realizó una vez.
2. Armar el muñeco implicaba movimientos que para algunos usuarios, por su condición, no podían realizarlo, recibiendo ayuda para su ejecución, lo cual obstaculizaba la expresión de emociones y sentimientos espontáneos.

3. Algunos usuarios no podían tener acceso al material que se utilizaba para la elaboración del muñeco por las condiciones de salud y asepsia.

Actividad en la cual hubo mayor participación según el género de los usuarios.

El “Viernes de sonrisa”, donde participaron 30 mujeres y 24 hombres, seguida del “Monstruo de las emociones” con la participación de 16 mujeres y 5 hombres; siendo la mujer la que más participaba porque:

1. Fueron las que más consultaron en el servicio.
2. La mayoría de los acompañantes y o familiares fueron mujeres.
3. Fueron más receptivas a participar en las intervenciones.

Actividad que generó mejores resultados

El “Viernes de sonrisa” porque:

1. Facilitaba una mejor expresión y manejo de emociones por parte de los usuarios en cuanto situaciones vivenciadas en el servicio de urgencias.
2. La risa les permitió afrontar problemas cotidianos en forma positiva.

Actividad que generó menores resultados

No se puede precisar que fue la que generó menos resultados, pero sí, la que se postergaba para su realización y fue la “Carta al remitente”, la gran mayoría de los usuarios prefería dialogar que escribir. Después

de mantener una conversación dialógica con el terapeuta se decidían a escribir la carta.

Efectos más frecuentes en todas las actividades

Estas actividades tuvieron efectos positivos sobre la salud física y mental de los usuarios porque permitieron:

1. Proyectar sensaciones y sentimientos.
2. Mejorar el estado de ánimo.
3. Reducir el estrés.
4. Mejora la confianza y el control en sí mismo.
5. Reflexionar y expresar sobre sus vivencias.

Actividad en la cual se generó más tranquilidad

En “Carta al remitente” y el “Monstruo de las emociones” porque permitieron:

1. Conectarse consigo mismo y con los demás.
2. Liberarse por un momento de la vida agitada en la que se vive.
3. Reconocer lo valioso de cada persona, especialmente de los seres queridos que se han alejado y/o conviven con ellos.
4. Expresar emociones y sentimientos negativos y positivos sobre alguien o sobre algo.

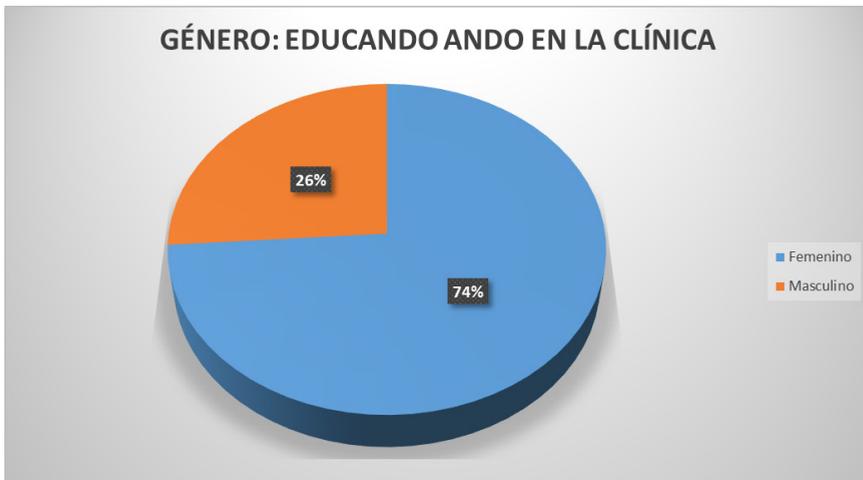
Actividad en la cual se generó más desahogo

En el “Monstruo de las emociones” y el “Muñeco quitapenas”, porque permitió:

1. Reconocer y expresar las emociones
2. Liberar pesos, cargas emocionales
3. Sentirse escuchados
4. Tener un espacio propio

Actividad 5: Educando ando

Gráfica No 20. Género de participantes actividad “Educando ando”

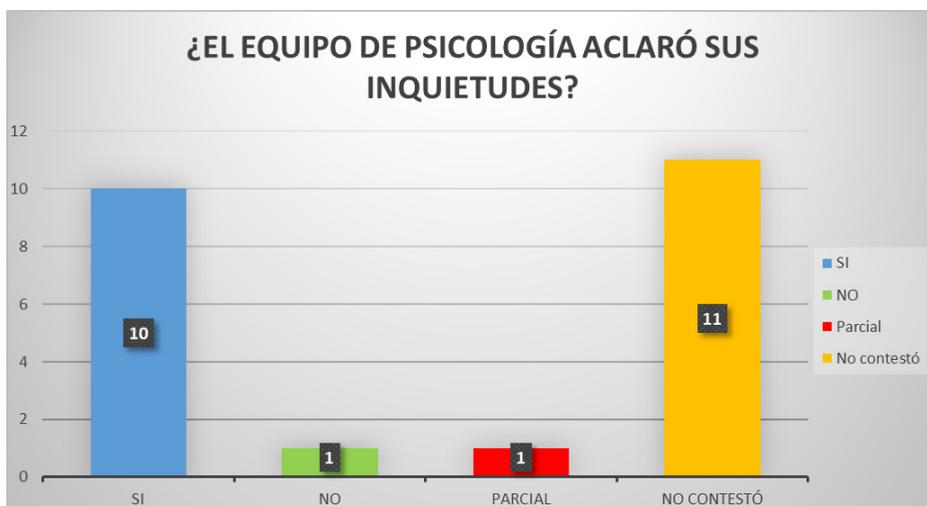


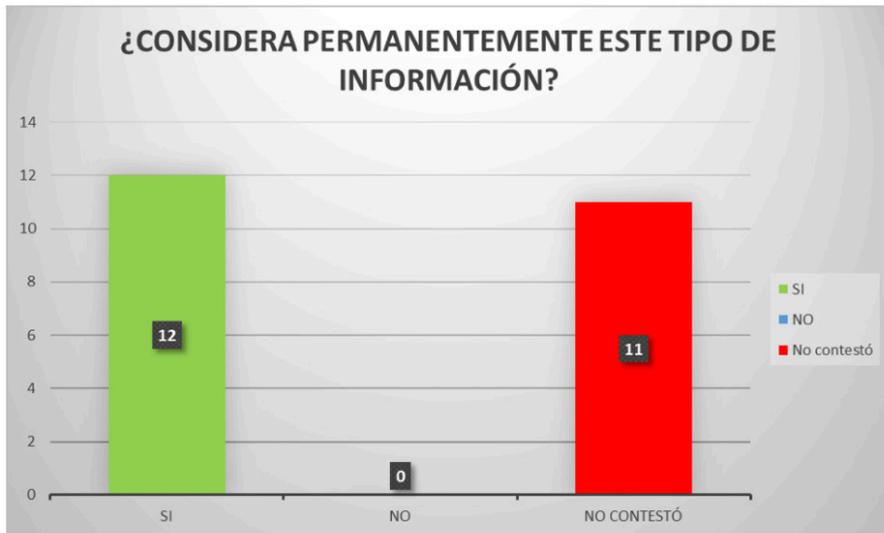
Fuente: Elaboración propia

En “Educando ando”, participaron 23 usuarios de los cuales el 74% fue de género femenino y el 26% de género masculino. (Ver Gráfica No 20)

Gráfica No 21. Resultados evaluaciones de actividad “Educando ando”







Fuente: Elaboración propia

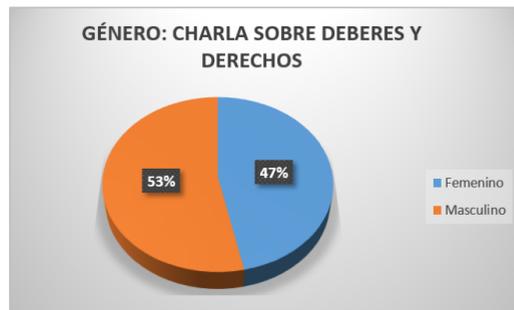
Al finalizar la actividad “Educo ando” con la clínica, los participantes contestaron la evaluación. Con respecto a cómo se

sintió cuando el equipo de psicología le ofreció la información? el 17% contestó bien, el 31% muy bien, el 4% mal. Un 48% no contestó. En cuanto a ¿considera que el equipo de psicología fue claro y preciso a la hora de dar la información? Un 48% contesto si, y el 52% no contestó. En lo relacionado con la pregunta ¿el equipo de psicología aclaró sus inquietudes? el 44% contesto sí; un 4% no; otro 4% parcial y el 48% no contestó. En lo referente a ¿cree que la información que le acabamos de proporcionar es de utilidad? el 46% contestó sí; un 9% respondió no y el 35% no contestó. Con respecto a ¿considera que esta actividad debe realizarse de forma permanente? El 52% contestó si y el 48% no contestó. Y en cuanto a la pregunta ¿de qué manera le gustaría que le den esa información? El 44% contestó que personal, especialmente el gerente y los médicos. El 4% por internet, el 9% volantes/anuncios y el 43% no contestó. (Ver Gráfica No 22)

Actividad 6: Charla de deberes y derechos

Gráfica No 22. Porcentaje género de participantes actividad Deberes y derechos

GÉNERO: CHARLA SOBRE DEBERES Y DERECHOS	
Femenino	7
Masculino	8
TOTAL	15

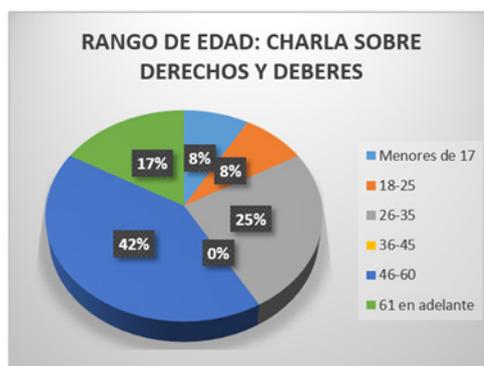


Fuente: Elaboración propia

Gráfica No 23. Edad de participantes actividad Deberes y derechos

En el taller sobre derechos y deberes participaron 15 usuarios, con la siguiente caracterización sociodemográfica: con relación al género, el 53% fue masculino y el 47% femenino (Ver Gráfica No 22); y referente a los rangos de edad de los usuarios participantes, el 8% son menores de 17 años, el 8% entre 18 y 25 años; el 25% de 26 a 35 años; el 0% de 36 a 45 años; el 42% de 46 a 60 años y el 17% de 61 años en adelante. (Ver Gráfica No 23)

RANGO DE EDAD: CHARLA SOBRE DERECHOS Y DEBERES	
Menores de 17	1
18-25	1
26-35	3
36-45	0
46-60	5
61 en adelante	2
TOTAL	12



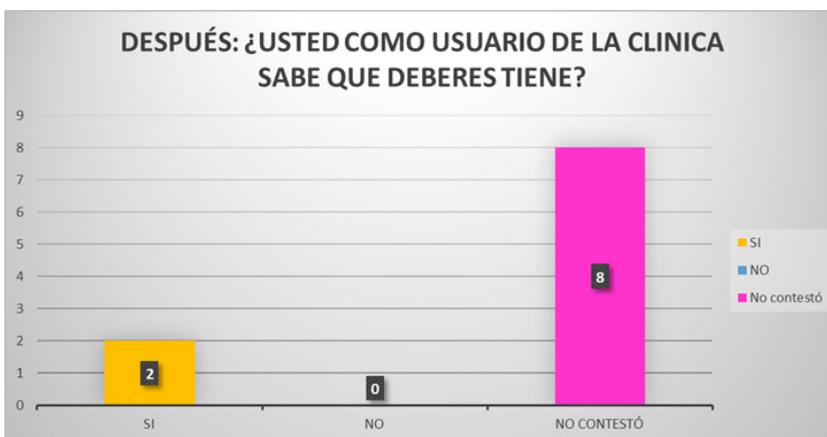
Fuente: Elaboración propia

Al finalizar la actividad: charla sobre derechos y deberes, los participantes contestaron la evaluación. En cuanto a la pregunta ¿Usted cómo usuario de la Clínica Amiga sabe qué derecho tiene? Antes de la charla: el 25% contestó No y el 75% no contestó; después de la charla: el 20% contestó si y el 80% no contestó. En lo referente a ¿Usted cómo usuario de la Clínica Amiga sabe qué deberes tiene? Antes de la charla: el 25% contestó No y el 75% no contestó; después de la charla: el 20% contestó si y el 80% no contestó. (Ver Gráfica No 24)

Gráfica No 24. Resultados de evaluación actividad Deberes y derechos

ACTIVIDAD: CHARLA SOBRE DEBERES Y DERECHOS	
ANTES DE LA CHARLA	
¿USTED COMO USUARIO DE LA CLÍNICA SABE QUE DERECHO TIENE?	
SI	0
NO	3
No contestó	9
TOTAL	12
¿USTED COMO USUARIO DE LA CLINICA SABE QUE DEBERES TIENE?	
SI	0
NO	3
No contestó	9
TOTAL	
DESPUÈS DE LA CHARLA	
¿USTED COMO USUARIO DE LA CLÍNICA SABE QUE DERECHO TIENE?	
SI	2
NO	0
No contestó	8
TOTAL	10
¿USTED COMO USUARIO DE LA CLINICA SABE QUE DEBERES TIENE?	
SI	2
NO	0
No contestó	8
TOTAL	10

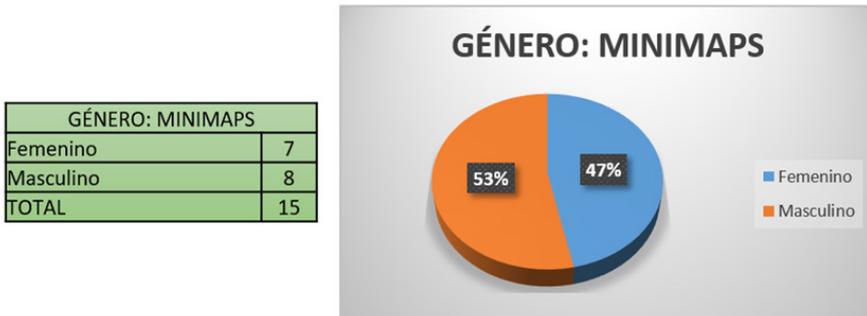




Fuente: Elaboración propia

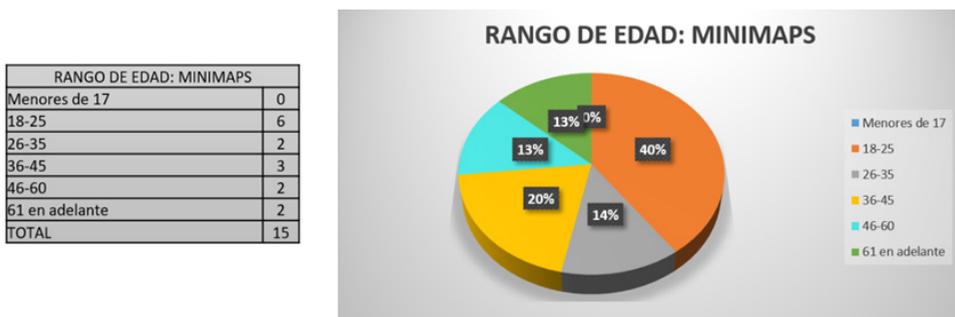
Actividad 7: MINIMAPS

Gráfica No 25. Género de participantes actividad MINIMAPS



Fuente: Elaboración propia

Gráfica No 26. Edad de participantes actividad MINIMAPS



Fuente: Elaboración propia

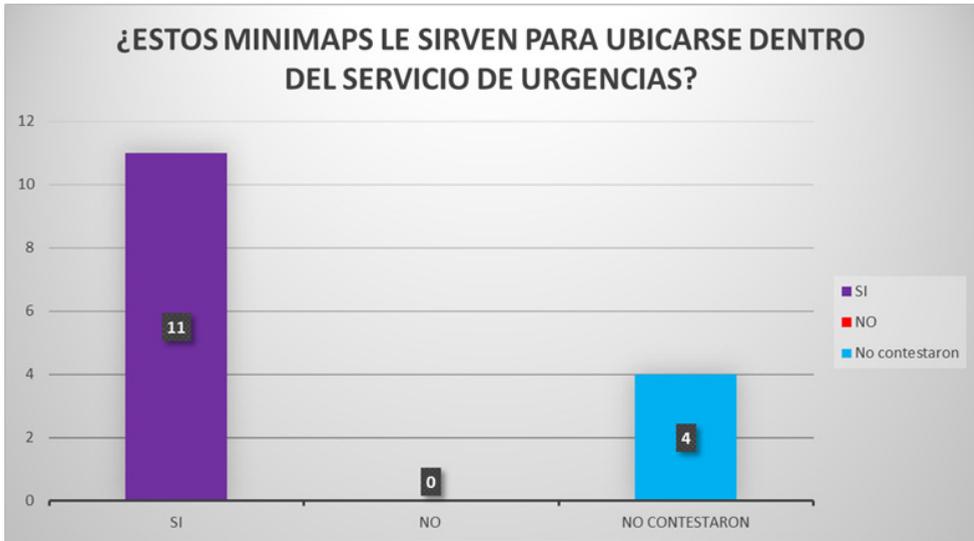
En la charla sobre derechos y deberes participaron 15 usuarios, con la siguiente caracterización sociodemográfica: con relación al género, el 53% fue masculino y el 47% femenino (Ver Gráfica No 25); y referente a los rangos de edad de los usuarios participantes el 0% son menores de 17 años, el 40% entre 18 y 25 años; el 14% de 26 a 35

años; el 20% de 36 a 45 años; el 13% de 46 a 60 años y el 13% de 61 años en adelante. (Ver Gráfica No 26)

Gráfica No 27. Resultados evaluación de actividad MINIMAPS

ACTIVIDAD: MINIMAPS	
¿QUÉ UTILIDAD PUEDEN TENER ESTOS MINIMAPS?	
Para que las personas no se pierdan	1
Ubicación	4
Saber donde estoy	2
Dirigirse al sitio indicado	1
Respuesta inadecuada	2
No contestaron	5
TOTAL	15
¿ESTOS MINIMAPS LE SIRVEN PARA UBICARSE DENTRO DEL SERVICIO DE URGENCIAS?	
SI	11
NO	0
No contestaron	4
TOTAL	15
¿CREE QUE DEBERÍAN IMPLEMENTAR UN MAPA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS?	
SI	11
NO	0
No contestaron	4
TOTAL	15





Fuente: Elaboración propia

Al finalizar la actividad “Minimaps”, los participantes contestaron la evaluación. A la pregunta ¿Qué utilidad pueden tener estos minimaps? Un 7% manifiesta, para que las personas no se pierdan

y otro 7% indica que para dirigirse al sitio indicado. El 27% para ubicarse; un 13% para saber dónde estoy; otro 13% dio una respuesta inadecuada y el 33% no contestó. Con respecto a la pregunta ¿Estos minimaps le sirven para ubicarse dentro del servicio de urgencias? El 73% contestó si y el 27% no contestó. En cuanto la pregunta ¿Cree que deberían implementar un mapa en el servicio de urgencias? El 73% contestó si, manifestando que debería haber uno muy grande en el servicio de urgencias y el 27% no contestó. (Ver Gráfica No 27)

Datos obtenidos en cuanto el reconocimiento de experiencias compartidas a una mayor apertura a la espera, mediante el agenciamiento por parte de los usuarios

Actividad en la cual participaron más usuarios

En ambas actividades (deberes y derechos – mini maps) por varias razones:

1. Se realizó cada una en una sesión y el mismo día.
2. Llamó la atención de los usuarios cómo fueron participando activamente en las charlas, no quedándose en simples espectadores receptivos de una información.

Actividad en la cual participaron menos usuarios

Ninguna

Actividad en la cual hubo mayor participación según el género de los usuarios. En ambas actividades (deberes y derechos – mini maps) no hubo una diferencia significativa, participaron siete mujeres y ocho hombres, porque:

1. En la sala de espera donde se realizaron estas dos actividades, los acompañantes y o familiares eran más hombres que mujeres, ya que los que ingresaron con el paciente fueron mujeres.

Actividad que generó mejores resultados

Ambas actividades (deberes y derechos – mini maps) porque los usuarios:

1. Se apropiaron de su funcionamiento, tomando decisiones relacionadas con su tránsito y estancia en la clínica.
2. Fueron agentes de su propio proceso

Actividad que generó menores resultados

Ninguna

Efectos más frecuentes en todas las actividades

Estas actividades (deberes y derechos – mini maps) tuvieron efectos positivos sobre el agenciamiento por parte de los usuarios porque permitieron:

1. Sentirse protegidos y seguros al ingreso a la clínica.
2. Minimizar el estado de vulnerabilidad frente a lo desconocido.
3. Contar con un personal cálido y “humano”.
4. Acceder a información con lenguaje claro y directo
5. Sentirse apoyado en lo físico y en lo emocional.

2.2 Resultados cualitativos

Las cartas al remitente

Los usuarios participantes, en las diversas cartas que realizaron de modo individual, expresan diferentes emociones, sentimientos, temores, agradecimientos, y oraciones a deidades. La intervención significó, alivio, reflexión de “los bellos” momentos de la vida que se están perdiendo con los seres más especiales en sus vidas por vivir con orgullo y no expresar lo que sienten, piensan o en realidad quieren con un otro.

Imagen No 1. Los muñecos quitapenas

Los muñecos quitapenas

Los usuarios apoderaron al muñeco con emociones de felicidad, tristeza, también de superhéroes y personas queridas fallecidas.

Una usuaria secundaria manifiesta “Pude desahogarme y sacar emociones guardadas, pues no lo había podido hacer con mi familia” los muñecos quitapenas funcionan como método de desahogo y tranquilidad frente a las diferentes situaciones con las que habían cargado por años.



Fuente: Elaboración propia

Imagen No 2. El monstruo de las emociones



El monstruo de las emociones

Los usuarios participantes lograron identificar el temor para darle manejo, entre estos temores se encuentra el temor a la muerte, el temor a perder el amor de Dios, el temor a ser contagiado por nuevas enfermedades en el contexto hospitalario, el temor a no conocer el diagnóstico, el temor a que los resultados de exámenes practicados salgan malos, entre otros.

Permitió a los usuarios hablar de sus temores, pero ese temor solo era la punta del iceberg ya que los usuarios identificaron que detrás de ese temor había un temor aún más grande, responsable de los otros.

Fuente: Elaboración propia

Imagen No 3. Mensajes viernes de sonrisas



El viernes de sonrisa.

Los usuarios manifiestan que al reír sus dolores y angustias calmaron un poco siendo más "llevadero" el tránsito por el servicio de urgencias.

Además, refieren que participaron con otras personas que están en las mismas condiciones de malestar



Fuente: Elaboración propia

En relación con el tipo de población con el que se trabaja en los servicios de urgencias hospitalarias son los usuarios (consultante–acompañante/familiar) adulto y adulto mayor por sus implicaciones de salud ya que son más propensos a experimentar discapacidad y disminución de sus funciones físicas, cognitivas y comportamentales, motivo por el cual, la demanda en la atención urgente ha ido creciendo progresivamente en los últimos años en esta población debido al progresivo envejecimiento poblacional en el país; esto repercute seriamente en la prestación asistencial de los servicios de urgencias hospitalarios llevando a estancias más prolongadas en urgencias y mayor porcentaje de ingresos en el servicio. Además, por la necesidad de los cuidadores y demandas de los profesionales de la salud.

En esta población de adulto y adulto mayor que llega a urgencias hospitalarias, a nivel psicológico se puede identificar lo siguiente: labilidad emocional caracterizada por tristeza, soledad, ansiedad, aburrimiento, desesperanza, culpabilidad, miedos y temores; dificultades en las relaciones entre los padres o entre padres e hijos y entre hermanos; manifestaciones negativas como perder el empleo o alejarse de su familia; la relación conflictiva con la pareja (esposo, esposa), negación y evasión de los problemas, actitud defensiva y evasiva no asumiendo la realidad; disminución de la red de apoyo familiar, baja tolerancia al fracaso, comportamientos auto lesivos, baja autoestima, negación de la enfermedad, y no aceptación de sus propios sentimientos.

Con respecto al contexto y las habilidades de las personas, el psicólogo en este tipo de intervenciones poco convencionales en el servicio de urgencias debe:

1. Revisar el apoyo esencial con que cuenta (supervisión, equipo de salud, equipo multidisciplinario), ya que el médico, las enfermeras

o los auxiliares están casi todo el tiempo en contacto con el paciente. Aquellos que cuenten con adecuadas habilidades de comunicación con el paciente demandarán este tipo de prácticas profesionales desde la psicología.

2. Articular todos estos elementos en el ámbito hospitalario, lo que le permitirá la contención y apoyo de las personas con que se trabajará (familia, personal de salud). La familia es un elemento esencial de apoyo para incrementar la seguridad del paciente.
3. El conocimiento del servicio y el tiempo disponible para el trabajo es importantísimo ya que como se sabe el servicio de urgencias no permite la privacidad y la interacción con el usuario se da en el mismo lugar en el que permanecen otros usuarios de manera transitoria, lo que no permite planear una atención al usuario por un tiempo prolongado. Tan pronto como es estabilizado y mejora su condición de salud, se da de alta y abandona el servicio. Por este motivo las intervenciones, algunas veces, tienen lugar todos los días, invitando a intervenciones novedosas que vayan dirigidas a reducir problemas psicológicos y desequilibrios emocionales originados por experiencias antes y durante el tránsito o estancia en el servicio de urgencias hospitalaria.

Y en cuanto a la formación y experiencia del psicólogo, se hace necesario seguir un protocolo en sus intervenciones y aplicar diversas orientaciones metodológicas en sus actuaciones acorde a las competencias en el ámbito clínico, teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Tener claro el verdadero sentido de las intervenciones novedosas y poco convencionales en el servicio para no desvirtuar las competencias profesionales de la psicología en cuanto sus técnicas y su aplicabilidad favoreciendo su rigor científico

2. Los criterios para la selección y uso de las técnicas son más flexibles, teniendo en cuenta las cualidades físicas de los materiales y sus implicaciones psicológicas, atendiendo características como la historia de vida, patología, facilidad plástica, escritural y de expresión, motivación, demandas del usuario. Por tanto, el psicólogo se debe capacitar no solo en las técnicas más predominantes como las grafico-plásticas o plásticas-visuales entre las que están el dibujo, la pintura, la escultura y el collage, sino también se debe habilitar en el comic, la fotografía, el video y las tecnologías.
3. Prestar mayor atención en los momentos de aplicación de la evaluación, especialmente al inicio y mitad de la intervención siendo de carácter tanto cualitativo como cuantitativo.
4. En este tipo de intervenciones novedosas, cada intervención se debe enfocar desde un punto de vista psicoterapéutico o psicoeducativo. El psicoterapéutico se centra en la relación y en el desarrollo de sí mismo al promover la autoexpresión, reflexión y relación de lo interno con lo externo. Y el psicoeducativo en el aprendizaje, llevando la intervención a la adquisición de habilidades o cambio de conductas.
5. Cualificarse profesionalmente, participando en encuentros, jornadas, y asistiendo a cursos de especialización y profundización, relacionados con intervenciones novedosas. Además, realizar congresos y crear asociaciones de este tipo de intervenciones que favorece el desarrollo disciplinar y la expansión profesional.
6. Manejar mediaciones artísticas, musicales, escriturales, expresivas, etc., para lo cual debe haber una formación continua. Así mismo, se deben incentivar procesos investigativos para conocer e intercambiar otras formas de trabajo psicoterapéutico.

3. Discusión

En las intervenciones psicológicas, en ocasiones las palabras ponen límites, pero la expresión espontánea a través de otras intervenciones lleva a exteriorizar sin dificultad pensamientos, emociones y sentimientos acerca de una experiencia, vivencias frente alguna situación. En otras palabras, intervenciones poco convencionales superan el pensamiento discursivo. Esto ayuda a entender mejor el valor de fomentar otras intervenciones en los servicios de urgencias hospitalarias, ya que nos aportan información que jamás nos comunicarían los usuarios de otra forma, como, por ejemplo, el nacimiento de un nuevo hijo, reuniones familiares durante 50 años de convivencia, o el viaje nunca imaginado, que nos demuestran que otras miradas de intervención llevan a recorrer tanto al mundo consciente como al inconsciente.

De acuerdo a lo anterior, la intervención psicológica en los servicios de urgencias hospitalaria deben necesariamente reconocer y construirse a partir de las experiencias de cada usuario (consultantes- acompañantes/ familiares), tienen que responder y valorar la singularidad que cada uno le ha dado a los fenómenos y vivencias de su vida, mediante intervenciones novedosas, saliéndonos de esquemas tradicionales en un servicio que, por tiempos, dinámicas de atención y lo que implica un contexto hospitalario requieren, por ello y a partir de esta intervención, que debemos abrirnos a un nuevo encuentro con el otro y, en esa conversación, darle una voz y un lugar a ese usuario que transita por el servicio a partir de las narrativas escritas, la arteterapia, la risa y el humor y la psicoeducación participativa que aportaron para hacer un poco más exitosa esta intervención.

En la intervención con *las narrativas escritas* mediante *las cartas al remitente*, los usuarios (consultante – acompañante/familiar)

incluyeron todo aquello que necesitaban expresar. En ocasiones se trató de escritos extensos en los que el propio usuario buscó un modo para exteriorizar el miedo, la rabia, la tristeza y la alegría que, por algún motivo, ha sido difícil comunicar al “destinatario” de la carta, que en ocasiones eran para el(ella) mismo(a) expresiones que se correlacionan con lo mencionado por Reyes-Iraola (2014): que la escritura terapéutica es un vehículo para expresar sentimientos.

Estas cartas fueron tanto para las psicólogas en formación como para los usuarios (consultante – acompañante/familiar) una herramienta muy importante en el acompañamiento psicológico, ya que las cartas escritas por cada uno de los usuarios fueron un camino para expresar sobre el papel todo aquello que deseaban decir; por un lado, a una tercera persona, como cartas de despedida a personas fallecidas en situaciones de duelo mal resuelto, o personas con las que existe un conflicto o la necesidad de expresar y comunicar y en estos casos el usuario decidía entregar o no la carta. Por otro lado, en ocasiones, también los usuarios crearon cartas hacia sí mismo(a), con una mirada retrospectiva o prospectiva de su vida, creando un diálogo interno entre el “yo” actual y otro “yo”, como por ejemplo el “yo” niño o el “yo” futuro. Y, por último, también hubo cartas que fueron dirigidas a un síntoma o una queja somática, un malestar o alguna característica de personalidad del usuario, ya, que como lo menciona Reyes (2014) “...al escribir se recuerdan, filtran, priorizan y ordenan en forma secuencial los eventos. Las experiencias dejan de ser vagas, se nombran y se concretan, disminuyendo la vulnerabilidad del paciente”.

Además, las narrativas escritas desempeñaron un papel decisivo a la hora de ayudar a los usuarios durante su tránsito o estancia en el servicio de urgencias, al comunicar y expresar emociones reprimidas, localizar sus propias historias de lucha, e identificar pensamientos y creencias alternativas a partir de sus vivencias.

En la intervención con *la arteterapia*, por un lado, *el monstruo de las emociones* fue un medio artístico para canalizar los miedos, los problemas, las preocupaciones e inquietudes; una forma para ayudar a los usuarios a gestionar sus temores. Este dibujo del monstruo permitió ubicar los problemas durante un tiempo, para pensarlos y meditarlos, posibilitó a los usuarios identificar las emociones, hablar de ellas y por tanto entenderlas, creando un espacio de confianza para el diálogo sobre las emociones que sintieron, para hablar libremente de lo que sentían durante su tránsito o estancia en el servicio de urgencias.

Y continuando con *la arteterapia*, por otro lado, mediante *los muñecos quitapenas*, se pudieron liberar en parte las angustias, la nostalgia que viven día a día la mayoría de los usuarios en el servicio, haciéndolo de una manera artística, dando la posibilidad de descargar sufrimientos, preocupaciones, controlar sus emociones, manejar sus temores y gestionar su ansiedad. El hecho de que algunos de los usuarios (consultantes- acompañantes/familiares) trasladaran físicamente, aunque de manera imaginaria, sus preocupaciones y pesares, permitió compartir con otros usuarios los reconfortantes efectos que ejerció la actividad artística y creativa en cada uno. Algunos usuarios pudieron comunicar por medio del muñeco artístico los miedos y sufrimientos que han vivido en el servicio.

De esta forma, estos procesos entran en concordancia con lo manifestado por Martín-Piñola, Portela-Fontánb, Gustems-Carnicerc y Calderón-Garridod, (2017) ya que posibilitaron a los usuarios ser artistas de sus emociones, entrando así en conversación consigo mismos, conectándose con sus emociones más íntimas y, como dicen los autores, convirtiéndose en un proceso cercano a la catarsis.

En conclusión, la arteterapia como intervención en el servicio de urgencias posibilita a los usuarios (consultante – acompañante/ familiar) enfrentarse a un diagnóstico médico, controlar el estrés que genera la enfermedad y el tránsito o estancia en el servicio, servir como medio de apoyo y expresividad para otros usuarios con conflictos o con necesidades similares, además de obtener un conocimiento más profundo de sí mismo.

En la risa y el humor, mediante el *Viernes de sonrisa*, la frase de Charles Chaplin “Un día sin reír, es un día perdido”, contribuyó a la salud emocional de los usuarios en el servicio de urgencias. Este día, ¡viernes! tuvo una mezcla de recursos psicológicos y artísticos, aplicando elementos de juego, refranes, trabalenguas y el arte humorístico en general (risas, sonrisas, carcajadas y humor), permitiendo a los usuarios mantener un estado de ánimo optimista sostenido durante todo el día y toda su estancia en el servicio y de esa manera, mientras todos sonreían, (usuarios – colaboradores asistenciales, no asistenciales – psicólogas en formación) expresaban disfrute y satisfacción. Esta experiencia está en coherencia con lo manifestado por Mora (2010), que la risa da la oportunidad de compartir o intercambiar ideas o sentimientos con otra persona y que los medios pueden ser materiales, verbales, no verbales o musicales, entre otros.

Este viernes de sonrisa se constituyó en un gran potencial para la salud y el bienestar de los usuarios y colaboradores; éstos recibían y devolvían una sonrisa cuando pasaban por el cubículo, pasillo o estación del servicio; y esto hizo, que se sintieran mejor viendo los problemas menos graves, que se sintieran menos estresados, más felices y enérgicos, liberando tensiones y angustias. Además, les permitió ser resilientes superando situaciones negativas del momento y saliendo fortalecidos.

Con lo anterior tanto usuarios como colaboradores se divirtieron conectándose con la infancia, con ese niño interior que se reía de una forma espontánea y pura, ya que a medida que maduramos y crecemos, reímos menos.

Y en la psicoeducación participativa mediante *Educando ando, charla sobre derechos y deberes y los Mini Maps* los participantes se apropiaron de su funcionamiento tomando decisiones relacionadas con su tránsito y estancia en la clínica, específicamente en el servicio de urgencias; en este sentido la capacidad que cada usuario (consultantes-acompañantes/familiares) tiene en relación con su interacción social, su bienestar personal, es indispensable para conocer y reconocer el funcionamiento de la clínica y del servicio. Además, es importante que sean agentes de su propio proceso, porque es necesario que como usuarios sepan que las instituciones prestadoras de servicios de salud deben disponer permanentemente de un sistema de información y atención al usuario para dar a conocer y velar por el cumplimiento de sus derechos. De ahí, que se promueva la participación del usuario en la toma de decisiones para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación del servicio de salud.

En conclusión, la intervención psicológica, a partir de otras miradas, debe permitir que los usuarios mismos descubran qué quieren y pueden hacer respecto de aquello que les preocupa, ya sea su diagnóstico médico, el distanciamiento de su familia, emociones y sentimientos encontrados, la atención recibida, etc., durante su tránsito y estancia en el servicio de urgencias hospitalarias; esas miradas son un puente necesario mediante el cual se da lugar a una voz, a un pensamiento, a una emoción de los usuarios que trasciende las paredes de su ser y se traslada en forma concreta y tangible a la vida cotidiana de cada uno.

Al parecer aún queda un largo camino por recorrer para nosotros los psicólogos, teniendo en cuenta la variedad de modalidades y tipos de intervenciones, la poca objetividad de sus límites, el control institucional de dichas técnicas, la coordinación interdisciplinaria, los prejuicios y suspicacia de otros profesionales, la elevada expectativa respecto a la intervención poco tradicional y convencional, buscando difusión bibliográfica de trabajos prácticos e investigativos. Todo con el fin de cumplir con un reto personal: demostrar la eficacia y consecuencia de nuestras acciones a aquellos que definen las políticas de salud pública.

Referencias bibliográficas

Bulacio, J.M y Vieyra, M.C (2003) *Psicoeducación en Salud*. Disponible en <http://www.intramed.net>

Bulacio, J.M y Vieyra, M.C (2003). *Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf

Bravo, A. Brito, A. Céspedes, C. Lucumi, R. Patiño, C. y Rengifo, L. (2017). “Resignificando la Humanización”, informe final de práctica profesional. Programa de Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Libre, Seccional Cali.

Covarrubias, T. E. (2006). *Arte terapia como herramienta de intervención para el proceso de desarrollo personal*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2006/covarrubias_t/sources/covarrubias_t.pdf

Fernández, H. (2013) Invitación a la Escritura Terapéutica: Ideas Para Generar Bienestar *International Journal of Collaborative Practice* 4(1), 27- 47. México.

https://ijcp.files.wordpress.com/2013/07/3-invitation_spanish_formatted-6-6.pdf

García, A.F. Calderón, M.A y Serrano, K. (2010). Problemas psicológicos en el servicio de urgencias del hospital general de Atizapán. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* Vol. 13 No. 1. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/16991>

Lancheros, E. Tovar, J. Rojas, C. (2011). Risa y salud: abordajes terapéuticos. *Med. UNAB*. Vol 14. 69-75 <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/1380/1352>

Lanza Castelli, G. (2000) El trabajo de escritura entre sesiones en la psicoterapia psicoanalítica. Subjetividad y procesos cognitivos, *UCES*. p. 155-176 www.redalyc.org/pdf/3396/339630248010.pdf

López, M.D. (2009). *La intervención arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español*. Universidad de Murcia. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10794/LopezMartinez.pdf>

Martin, J. (2002). El uso de la risa y el humor en psicoterapia. <https://es.slideshare.net/heliafloresm/el-uso-de-la-risa-y-el-humor-en-psicoterapia>

- Martín-Piñola, C. Portela-Fontánb, A. Gustems-Carnicerc, J. y Calderón-Garridod, D. (2017). Arte y educación emocional: una propuesta en la formación inicial de maestros. UTE. *Revista de Ciències de l'Educació*, núm. 1. Pag. 6-20. <http://revistes.publicacionsurv.cat/index.php/ute>
- Mora. R. (2010) Medicina y terapia de la risa. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Rebolledo, S. y Lobato, M.J. (1997). *Psicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia*. Fundació Nou Camí. Barcelona. 1997. <http://www.fundaciodrissa.com/wp-content/uploads/2010/04/Com-afrontar-lesquizofr%C3%A8nia.pdf>
- Reyes-Iraola, A. (2014) El uso de la escritura terapéutica en un contexto institucional. Servicio de Psicología, Hospital Psiquiátrico Morelos, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México. www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im145j.pdf
- Sierra, J.C. (2017). El rol del psicólogo en el ámbito hospitalario - Entrevista a Ricardo Gorayeb. Presidente de la Sociedade Brasileira de Psicologia. Participó en el X Congreso Internacional de Psicología Clínica, organizado por la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)
- Slaikeu, K. (1988). *Intervención en Crisis*. México: Manual Moderno.
- Vargas-Téllez, J. A., y Dorony-Saturno, L. M. (2013). Psicoterapia y acompañamiento: Un análisis conceptual desde el humanismo y la teoría de la autodeterminación. *Revista de Psicología GEPU*, 4 (2), 142-153. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6916338>



Capítulo V

Programa
COMFIA:

**propiciando espacios de
bienestar en el trabajo de la
salud**

Lina Fernanda Vélez Botero
Lucely Obando Cabezas
Carolina Piragauta Álvarez

CAPÍTULO V

Programa COMFIA: propiciando espacios de bienestar en el trabajador de la salud

*Lina Fernanda Vélez Botero**

<https://orcid.org/0000-0003-1186-9003>

*Lucely Obando Cabezas***

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

*Carolina Piragauta Álvarez****

<https://orcid.org/0000-0003-4009-8535>

He aquí mi secreto, que no puede ser más simple: solo con el corazón se puede ver bien; lo esencial es invisible a los ojos
Antoine de Saint-Exupery

1. Introducción

Los factores psicosociales anudados al trabajo influyen en las afecciones para la salud. Existe un vínculo entre síndromes de

* Universidad Libre - Seccional Cali. Cali, Colombia

✉ saludmentalcuidadoresunilibre@gmail.com

** Universidad Libre - Seccional Cali, Cali, Colombia

✉ lucely.obando@unilibre.edu.co

*** Universidad Libre - Seccional Cali. Cali, Colombia

✉ carolina.piragauta@unilibre.edu.co

Cita este capítulo:

Vélez Botero, L.; Obando Cabezas, L. y Piragauta Álvarez, C. Programa COMFIA: propiciando espacios de bienestar en el trabajador de salud. En: Obando Cabezas, L. Ed. científica. *Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo primario*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp. 175-205.

origen psicológico o psicosomático, y las condiciones laborales tensionantes. Por otro lado, la orientación más usual para dar manejo a las relaciones entre lo psicológico del trabajo y la salud del individuo ha sido utilizar el concepto de estrés. “El trabajo y el ambiente donde éste se desarrolla pueden generar variados tipos de riesgos como estrés, Burnout y carga mental de trabajo” (Ceballos, Valenzuela & Paravic, 2014, p. 273). Así mismo, el ambiente laboral y la vida privada pueden causar el efecto de elementos psicosociales nocivos, cuya relevancia relativa para el surgimiento de enfermedades puede cambiar considerablemente; no obstante, la trascendencia de los factores psicosociales adversos, de motivo profesional, se han incrementado significativamente, considerándose como cualidades del ambiente laboral que fomentan una amenaza para el trabajador.

Ceballos, Valenzuela & Paravic (2014) refieren que los enfermeros en formación deberían prepararse para afrontar los riesgos psicosociales que se presentan al ingresar al mundo laboral considerando que muchos pertenecientes al ámbito de la salud se ven afectados por éstos, lo que explica la relevancia de ver temas relacionados a la seguridad y salud en el trabajo, con énfasis en los riesgos psicosociales los cuales también debieran estar sustentados en aspectos de liderazgo y trabajo en equipo.

Ahora bien, las inclinaciones de hoy por hoy sobre el aumento de la seguridad e higiene del trabajo, no sólo tienen en consideración las exposiciones físicas y biológicas del medio ambiente, también los múltiples factores psicosociales propios al sitio de trabajo que logran impactar notablemente en el bienestar del empleado, y en este caso, en la atención y calidad que el personal de la salud brinda a los pacientes, ya que el ambiente laboral pertenece al conjunto de causantes recíprocos que actúan sobre éste. Dichos factores psicosociales incluyen elementos físicos y algunos de organización y

modelos de trabajo; de igual manera, influyen las relaciones entre los mismos compañeros; los anteriores interaccionan entre sí e interfieren en el clima psicosocial de la organización y la salud, tanto física como mental, de los empleados, por lo que, si se promueve el bienestar en el personal de salud, éste se verá reflejado en la obtención de calidad de estos con los pacientes.

El presente fue un trabajo que se realizó dentro de un complejo de tres clínicas de segundo y tercer nivel de una institución prestadora de salud en la ciudad de Cali durante año y medio, con la participación de un equipo de practicantes en psicología (16 practicantes). El programa diseñado, se enfocó en promover el bienestar teniendo en cuenta los lineamientos de humanización de la institución y abarcando los tres actores institucionales, es decir, las familias, los pacientes y el personal (Hoyos, Cardona y Correa, 2008; Correa y Arrívilaga, 2007). En este caso, el objetivo se centró en el último, donde se estableció la necesidad de promover el bienestar en los colaboradores de instituciones de salud de segundo y tercer nivel en la ciudad de Cali, a partir del fortalecimiento de su salud mental y en articulación directa con las políticas institucionales y objetivos estratégicos de las instituciones. Se planteó dicho objetivo considerando la importancia que tiene el bienestar en el trabajador en su labor con el sector servicios. De esta manera lo refiere Hochschild (1983):

Una de las peculiaridades del sector servicios es que este desgaste proviene, en muchos casos, de la interacción continuada con usuarios. En estas interacciones, el trabajador de contacto debe llevar a cabo un adecuado trabajo emocional. Se requiere que sea capaz de expresar las emociones que permitan un buen servicio a los usuarios (citado en Martínez, Moliner, Ramos, Luque & Gracia, 2014, p. 102).

En este orden de ideas, la elección de los trabajadores que se beneficiaron del proyecto estuvo dada por la situación de vulnerabilidad y los diversos riesgos psicosociales, físicos, químicos y/o ergonómicos a los que están expuestos por el contexto clínico; así pues, debido a la complejidad que presenta trabajar en hospitales, a diferencia de otras organizaciones, se ha identificado en que los trabajadores en un espacio hospitalario a menudo tienen cargas de tipo emocional y laboral, haciendo que el sujeto se movilice en su totalidad, apuntando a una relación no placentera que les genera malestar con el trabajo que realiza a diario.

Es indispensable que las organizaciones de la salud busquen proteger el bienestar emocional de sus trabajadores en relación con el trabajo (...) lo anterior puede realizarse facilitando actividades de bienestar, capacitando en manejo de usuarios enfermos y enojados, y entrenando en estrategias efectivas para el afrontamiento de estrés ocupacional ligado a la prestación de servicios en salud. (Arenas & Andrade, 2013, p. 54)

La OPS y la OMS (2013) exponen que las reducidas comunicaciones entre los equipos, con frecuencia desatan disputas que obstaculizan el desarrollo habitual del trabajo. Al respecto, Assunção, Jackson Filho (2011) mencionan que “para los trabajadores del sector de la salud en situaciones cotidianas emocionalmente intensas, el apoyo social proveniente de gestores y colegas puede ayudar a los trabajadores a alcanzar los equilibrios necesarios” (citado en OPS y OMS, 2013, p. 24)

2. Marco conceptual

Uno de los conceptos que prima en el presente capítulo es el de “bienestar”, al respecto:

Hay una distinción de este concepto entre sus dimensiones objetivas por un lado y sus dimensiones subjetivas por otro. Las dimensiones objetivas se centran en los aspectos materiales y los atributos sociales; y las subjetivas capturan la evaluación de los individuos sobre sus propias circunstancias; lo que piensan y sienten (...) En ese intento, el bienestar debe ser entendido como un fenómeno multidimensional que captura una mezcla de las circunstancias de vida de las personas, cómo se sienten y cómo funcionan. (Aguado, Calvo, Dessal, Riechmann, Gonzales, & Montes, 2012, p. 65)

Por otro lado, se tuvo en consideración el concepto de “salud mental”, que la Ley 1616 del 2013 define como un estado dinámico que se expresa cotidianamente mediante el comportamiento y la interacción que permita a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad.

Con respecto al aspecto intralaboral, se consideró la importancia de trabajar en la reducción de los niveles de estrés y fatiga laboral captados. Arellano (2002) expone que el estrés se caracteriza por una respuesta subjetiva hacia lo que está ocurriendo (Citado en Naranjo, 2009, p. 172); en este sentido es el estado mental interno de tensión o excitación. Por otra parte, Melgosa (1995) señala que, debido a las alteraciones que el estrés provoca en la persona, se puede entender este concepto como: “un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se lo somete a fuertes demandas” (p. 19).

En este orden de ideas, a su vez se define el concepto de “reconocimiento” desde el ser como parte del aspecto intralaboral. De León & Ares (2017) refieren que: “reconocer es mirar, ver, considerar, aceptar, recordar. Lo opuesto a reconocer es rechazar. El reconocimiento que reciben las personas en el contexto laboral hace que adquieran visibilidad, se hagan notar, existan para la organización, se les tenga en cuenta” (p. 73). No consiste en otorgar a los empleados recompensas económicas o premios de cualquier índole. “Se trata de hacerles saber que existen, que se les tiene en cuenta, que son importantes, que aportan valor a los procesos organizativos y que contribuyen a los resultados obtenidos por la organización” (De León & Ares, 2017, p. 73).

Así mismo, se estableció dentro de esta misma categoría la importancia de trabajar en la potencialización de las dinámicas efectivas de grupo a partir de la comunicación asertiva. Así pues, se refiere que la comunicación es el proceso de interacción más importante del ser humano; en el desarrollo de esta actividad se intercambian ideas, sentimientos, pensamientos, conocimiento y emociones, que permiten la evolución constante de las personas, la sociedad y las organizaciones. El identificar la importancia de la comunicación asertiva, le permite a un administrador acercarse de manera segura y efectiva a su capital humano, potencializar las fortalezas de cada ser persona, empoderando los procesos de la compañía y asegurando que la identidad corporativa se enfoca hacia el logro de los objetivos y el éxito (Rengifo, 2014).

Por otro lado, se tienen en consideración las estrategias de cambio organizacional basadas en la alteración, obtención y aplicación de conocimientos enfocándose en el conocimiento interno de la organización el cual cobra más fuerza si hay un adecuado trabajo en equipo que fomente el agenciamiento de procesos colectivos. Benítez,

Medina & Munduate (2012) exponen que la literatura ha puesto de manifiesto cómo la existencia de desacuerdos e incompatibilidades entre los miembros de equipos, debido a problemas personales no relacionados con el trabajo conflictos relacionales, produce un empeoramiento del clima grupal laboral o afectivo; este proceso explicaría por qué la formación del clima grupal requiere de numerosos procesos de interacción social entre los miembros de las unidades de trabajo para que estos tengan una percepción compartida del mismo.

3. Metodología

Para el desarrollo del proyecto COMFIA, se consideró relevante la identificación de las situaciones a intervenir teniendo en cuenta lo siguiente: los requerimientos priorizados de los líderes de la institución, el marco legal, los resultados de la batería de factores de riesgo psicosocial y la cartografía social, la cual se llevó a cabo con el objetivo de caracterizar las necesidades institucionales. Sobre esta última, Vélez, Rátiva & Varela (2012) exponen que “Se entiende la cartografía social como una metodología participativa y colaborativa de investigación que invita a la reflexión, organización y acción alrededor de un espacio físico y social específico” (p. 62). Una vez identificado lo mencionado, se trabajó con colaboradores asistenciales: médicos, enfermeros jefes, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, etc., también colaboradores no asistenciales: personal administrativo, camilleros, personal de seguridad, aseo y alimentos, trabajadores tercerizados y practicantes, entre otros. Por otro lado, se establecieron tres componentes estratégicos que incluyeron lo relacionado con el ámbito individual, extralaboral, e intralaboral; con respecto a este último, Romero, Beleño, Ucros, Echaverría, & Lasprilla (2016) refieren:

De acuerdo con la definición otorgada por el Ministerio de Protección Social en Colombia (MPS), en su Resolución 2646 de 2008, los factores psicosociales intralaborales o condiciones intralaborales son entendidas como aquellas características del trabajo y de su organización que influyen en la salud y el bienestar del individuo.

De este modo, se estableció dentro de esta categoría intralaboral la importancia de trabajar en la disminución de los niveles percibidos de estrés y fatiga laboral; potencializar las dinámicas efectivas de grupo a partir de la comunicación asertiva, la resolución de conflictos, el trabajo en equipo y el liderazgo participativo; fortalecer el reconocimiento desde el ser, y el rol laboral entre colaboradores y divulgar los beneficios disponibles para colaboradores de la clínica.

Con respecto al ámbito extralaboral, el Ministerio de la Protección Social de Colombia (2010), anota que las condiciones extralaborales “comprenden los aspectos del entorno familiar, social y económico del trabajador. A su vez, abarcan las condiciones del lugar de vivienda, que pueden influir en la salud y bienestar del individuo” (citado en Romero et al. 2016, p. 4). Dicho esto, se estima que en el colaborador influyen diversas circunstancias establecidas por su experiencia laboral y personal, sus ocupaciones extracurriculares y su interrelación, en particular, con su núcleo familiar. Por ello se determinó dentro de esta categoría extralaboral la importancia de fortalecer las relaciones familiares (padres-hijos) del sujeto que trabaja.

Por otro lado, se consideró pertinente tener en consideración la esfera individual, pues según lo expresado por Romero et al (2016) “las condiciones individuales o características intrínsecas al trabajador, en una interrelación dinámica mediante percepciones y experiencias, influyen en la salud y el desempeño de las personas” (p. 8). Así pues, se planteó potencializar recursos personales de afrontamiento frente

a diversas experiencias de vida que los colaboradores atraviesan, a través de espacios de escucha.

Las estrategias de intervención incluyeron cuatro tipos. Intervención tipo 1, que consistía en pausas laborales de 15 a 20 minutos realizadas en grupos en el puesto laboral del trabajador; intervenciones tipo 2, que consistían en intervenciones grupales de 30 minutos o más e intervenciones masivas (en donde se abarcaba a colaboradores de toda la institución); todas las intervenciones, tanto tipo 1, como 2, tienen su planeación en un formato de informe pre y post actividad que incluye establecimiento de objetivos, contenido a transmitir, descripción de actividades, recursos, y evaluación (incluye resultados y evidencias); intervención tipo 3 que consistió en espacios de escucha individual, implicó el diseño y diligenciamiento de consentimiento informado y ficha de registro de espacios de escucha (incluía, datos generales del colaborador, motivo de atención, identificación de redes de apoyo, impresiones clínicas, intervenciones realizadas, y observaciones generales); y por último, intervención tipo 4, que consistía en intervención de medios para complementar los anteriores tipos de intervenciones, usando medios de comunicación institucionales como carteleras, correos electrónicos, distribución de material impreso, etc.

Se seleccionaron, durante el tiempo en que se desarrolló el programa, tres días a la semana para desarrollar las intervenciones tipo 1 y tener disponibilidad de agenda para intervenciones tipo 3 (martes, miércoles y viernes).

En el cuadro que se presenta a continuación se pueden observar, de manera general, las temáticas sobre las que se desarrollaron las actividades dentro del programa COMFIA.

Cuadro No 5. Temáticas Psicosociales trabajadas

COMPONENTES	TEMÁTICAS	ÉNFASIS
INTRALABORAL	Disminución de niveles de estrés y fatiga laboral percibida.	<ul style="list-style-type: none"> • Gimnasia cerebral • Respiración profunda/diafragmática • Ejercicios de relajación y estiramiento muscular
	Reconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento del ser • Reconocimiento del otro • Reconocimiento dentro del equipo de trabajo
	Dinámicas de grupo efectivas	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación asertiva • Liderazgo participativo • Resolución/gestión del conflicto
EXTRALABORAL	-	-
INDIVIDUAL	Situaciones tensionantes de la esfera íntima de los colaboradores.	Personales, sociales y laborales

Fuente: Elaboración propia

4. Resultados

A continuación, se presentan los datos tanto de los beneficiados con el programa (colaboradores que participaron de por lo menos un tipo de intervención) y los participantes en cada tipo de intervención (colaboradores que asistieron a las diferentes actividades incluidas en los diferentes tipos de intervenciones). El número de participaciones será en todo caso superior al número de beneficiados puesto que un beneficiado puede participar- asistir a más de una actividad.

Total intervenciones tipo 1: 63 con 1.384 participantes (25 para disminución de estrés, 14 de fortalecimiento de reconocimiento, 4 sobre divulgación de beneficios, y 20 en dinámicas efectivas de grupo).

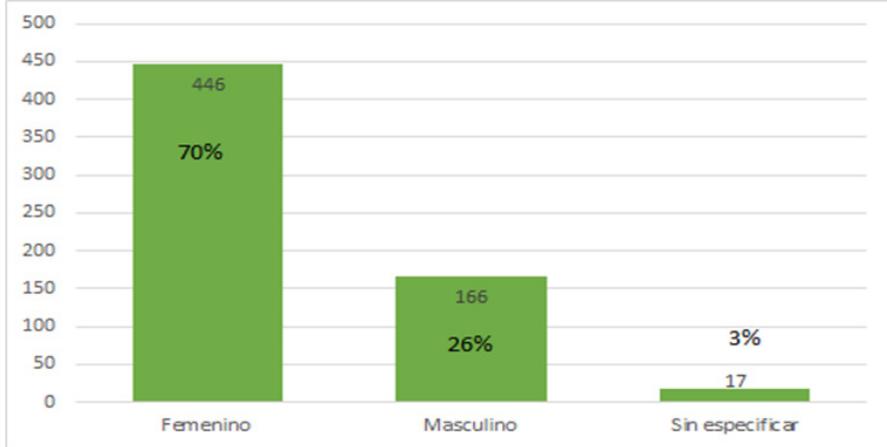
- Total intervenciones tipo 2: 2 con 473 participantes (1 en disminución de estrés, y 1 en dinámicas efectivas de grupo).
- Total Intervenciones tipo 3: 8 espacios de escucha y 6 beneficiados.
- Total de intervenciones tipo 4: para cada actividad realizada y en todas las temáticas trabajadas, se diseñó y publicó material complementario, mayoritariamente dejado en las carteleras de cada servicio.
- Total de participantes en las 65 intervenciones tipo 1 y 2: 1857.
- Total de beneficiados con el programa: 629.

Adicional a estos datos, se realizaron dos intervenciones tipo 1 que no están incluidas en los números anteriores, siendo ellas la intervención inicial de sensibilización para introducir el programa (con 129 participantes), y la intervención de cierre de proceso (con más de 535 participantes). De ambas intervenciones no se solicitó listado de asistencia, por lo que no se incluyen los datos ni en el número de beneficiados ni en el de participantes.

Finalmente, se evidenció un impacto positivo en el personal hospitalario, es decir, aquellas personas que están trabajando con pacientes y que con frecuencia tienen un acercamiento a ellos; no obstante, se considera relevante estimular la participación de los médicos quienes escasamente participaron de la actividad; de este modo, los resultados de este programa no pueden indicar el tipo de impacto que tiene sobre los médicos y especialistas; pero conservando las bases de éste, se puede llevar a cabo en dicha población.

Beneficiados por género

Gráfica No 28. Porcentaje de beneficiados por género

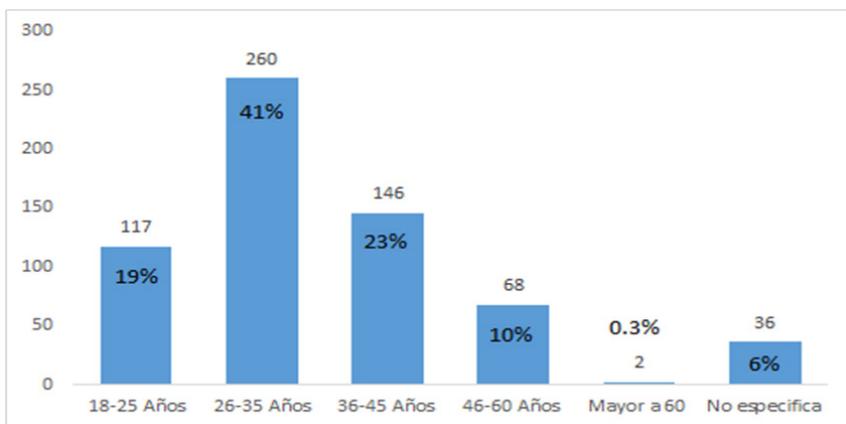


Fuente: Elaboración propia

*Se desconoce el género de 17 beneficiados por nombre ilegible en listados de asistencia

Beneficiados por rango de edad

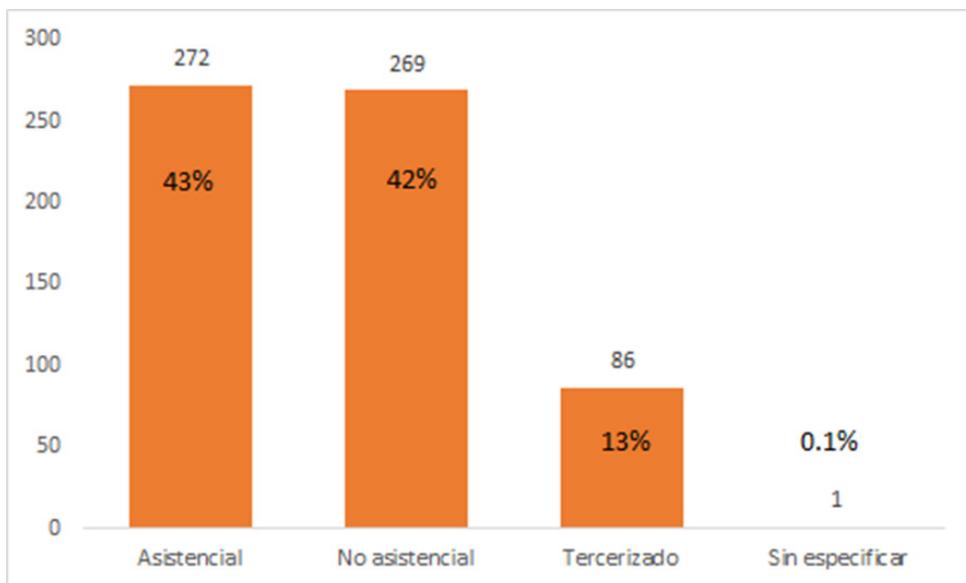
Gráfica No 29. Porcentaje de beneficiados por rango de edad



Fuente: Elaboración propia

Tipo de beneficiados

Gráfica No 30. Porcentaje de tipo de beneficiado



Fuente: Elaboración propia

4.1 Resultados por temáticas

Para cumplir el objetivo del eje temático determinado como “fortalecimiento del reconocimiento (componente intralaboral)” no fue necesario un número alto de intervenciones, ya que las realizadas tuvieron como esencia el valor de ser reconocido desde el ser (condición de ser humano) y desde su rol laboral. Se pudo percibir que si bien, había una predisposición inicial (relacionada con la metodología), el impacto era significativo y bastante emotivo. Los colaboradores atesoraban los materiales escritos elaborados en las intervenciones.

Se logró cumplir el objetivo con 14 intervenciones y 319 participantes. Con respecto a la divulgación de beneficios componente intralaboral, se realizó con metodología unificada para todos los sectores con un total de 73 participantes, considerando que el objetivo se cumplió logrando que:

1. Los colaboradores conocieran acerca de los beneficios creados para ellos por parte de la organización.
2. Aquellos colaboradores que conocían de ciertos beneficios pudieran compartir su experiencia al resto de los colaboradores y propiciando motivación para usarlos.
3. Pudieran relacionar los beneficios como parte del reconocimiento y valor que la empresa ofrece.
Sobre la potencialización de dinámicas efectivas de grupo (componente intralaboral) se logró cumplir el objetivo con 20 intervenciones y 436 participantes.

Los colaboradores manifestaban la importancia de conocer estrategias que permitieran mejorar las dinámicas de grupo, especialmente la comunicación. Las intervenciones generaban reflexiones significativas en los colaboradores en relación con sus propias y cotidianas dinámicas de equipo. En este sentido se evidenciaron cambios específicos que en un principio no se percibían, particularmente en relación con el liderazgo participativo, los siguientes verbatos lo demuestran:

- “Saber escuchar a los demás para poder entender lo que nos quieren expresar.”
- “Es complejo, difícil, escuchar las opiniones de los demás, pero al parecer es necesario.”
-

- “Ser líder es tener paciencia, escuchar y saber liderar y ordenar un grupo de trabajo, para así lograr un objetivo y poder sacarlo de la mejor manera.”
- “Es importante escuchar las opiniones y dudas de los demás, porque la de otros puede que brinde una solución más fácil y sencilla que la que brinda el líder.”

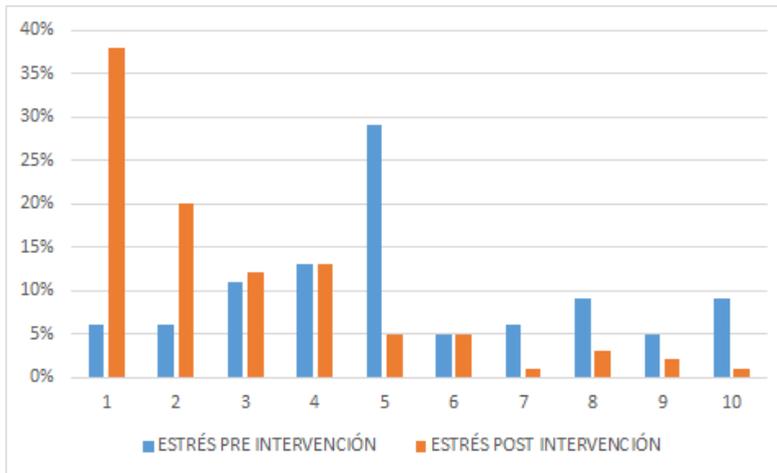
En el eje correspondiente a la disminución de estrés y fatiga laboral percibidas (componente intralaboral) se logró cumplir el objetivo con 25 intervenciones y 497 participantes, en donde además se aplicaron 170 encuestas, antes y después de la intervención, con el objetivo de evaluar la percepción de estrés pre y post intervención; el colaborador debía seleccionar un número del 1 al 10 por cada ítem, donde 1 representaba el mínimo nivel de estrés percibido y 10 el máximo o muy alto nivel de estrés percibido. Según Hernández & Velasco (2.000):

La encuesta transversal es un diseño de investigación epidemiológica de uso frecuente. Se trata de estudios observacionales, también llamados encuestas de prevalencia. El diseño de una encuesta transversal debe considerar aspectos relacionados con la población que se estudiará, los sujetos de quienes se obtendrá información y la información que se busca captar. (P. 447)

Gracias a las encuestas se logró evidenciar coherencia entre lo expresado por colaboradores y resultados de éstas en cuanto presencia de elevados niveles de estrés antes de las intervenciones. Se dio a conocer la reducción de un 30% del nivel de estrés y fatiga laboral percibida en las encuestas post intervención. Fueron las intervenciones más solicitadas y acogidas, en donde las dinámicas metodológicas para cumplir el objetivo se ajustaban a peticiones específicas de los grupos de colaboradores en donde predominaba la necesidad del trabajo a partir del movimiento corporal; los colaboradores expresaron:

1. “Salir de la rutina y hacer ameno el día, produce satisfacción personal y contribuye con el mayor desempeño laboral, disminuyendo el estrés”
2. “Me pareció muy buenas las pausas ya que nos ayuda mucho a no tener tanto estrés. Esperamos tener más actividades y muchas gracias. Éxitos”
3. “Nada mejor como no vivir estresado aaah eso de vivir estresado solo lo vuelve viejo a uno, muchas gracias por compartirnos de estas actividades donde bajamos esos niveles tan altos de estrés que manejamos”

Gráfica No 31. Porcentaje de estrés y fatiga laboral percibida pre y post



Fuente: Elaboración propia

Finalmente, en los espacios de escucha, las intervenciones de este tipo tuvieron una duración aproximada entre 45 y 130 minutos por encuentro; se realizaron los martes, miércoles y viernes durante 10 semanas del segundo semestre en el que se desarrolló el programa

COMFIA. Durante el primer semestre se avanzó en diseñar y someter a aprobación del Departamento Jurídico de la institución, el consentimiento informado que debían diligenciar los colaboradores y la ficha de registro en que se consignaba la información del encuentro, el lanzamiento y divulgación de la estrategia, creación de canales de comunicación, entre otros procesos previos. Dichas intervenciones se realizaron de manera individual con el objetivo de potencializar recursos personales de afrontamiento frente a diversas experiencias de vida que los colaboradores atraviesan.

Se realizaron un total de ocho espacios de escucha, con ocho participaciones y seis beneficiados (dos colaboradores accedieron a dos espacios de escucha); el 100% de beneficiados fue del género femenino, abarcando tres colaboradores no asistenciales, dos asistenciales y uno tercerizado; en donde el 87.5% (siete de ocho espacios de escucha) se refería a situaciones de consulta extra laboral y el 12.5% se refería a motivos de consulta intralaboral. Dentro de los motivos de consulta extralaboral se encontraron: condición médica de alto impacto, alteración en dinámicas de pareja, y situaciones familiares de alto impacto; y en el motivo intralaboral estaba el cambio de condiciones laborales (reubicación de cargo).

Finalmente, a continuación se evidencian algunos comentarios expresados en la actividad de cierre del programa:

- “¡Sería ideal aumentar las frecuencias de las intervenciones porque son muy buenas!”
- “Gracias por su dedicación su trabajo y paciencia para brindarnos esos espacios de esparcimiento”.
- “Muchas gracias por su atención prestada hacia nosotros todo me parecía excelentemente bien no tengo ninguna queja, pero una recomendación que por favor vuelvan más seguido.”

- “De antemano muchas gracias por prestarnos este tiempo para nuestra salud, la verdad nos sirvió de mucho estas pausas laborales ya que abarca a todos los trabajadores”
- “Muchas gracias por hacernos cambiar el ambiente laboral, Dios las bendiga”
- “Dios las bendiga y las colme de muchos éxitos, gracias por compartir con nosotros y hacernos alegrar, en este ámbito que es de mucho estrés.”
- “Las pausas laborales fueron muy buenas, ya que nos ayudaron a bajar el estrés por el trabajo y también nos ayudaron a trabajar en equipo. Esperamos volver a realizarlas son excelentes.”

4. Discusión

El nivel de adherencia está relacionado con la percepción del programa COMFIA como un beneficio ofrecido y, sobre todo, con una percepción del bienestar como una meta propia que cada uno debe agenciar y posibilitar.

El reconocimiento es un factor importante en la cotidianidad de los colaboradores y las dinámicas, en las que se reconocían cualidades o fortalezas entre sí; este era de alto impacto. Se posibilita con ello, fortalecimiento y cambios en las relaciones interpersonales, lo cual es un factor protector central en salud. De esta manera lo refieren De León & Ares (2017) “reconocer es mirar, ver, considerar, aceptar, recordar. Lo opuesto a reconocer es rechazar. El reconocimiento que reciben las personas en el contexto laboral hace que adquieran visibilidad, se hagan notar, existan para la organización, se les tenga en cuenta” (p. 73). De igual manera, Honneth sostiene:

La vida social se cumple bajo el imperativo de un reconocimiento recíproco, ya que los sujetos sólo pueden acceder a una relación práctica si aprenden a concebirse a partir de la perspectiva normativa de sus compañeros de interacción, en tanto que sus destinatarios sociales (citado en Arrese, 2009, p. 4).

La situación y el entorno que se evidencian en el lugar de trabajo involucran el quehacer en sí, las características físicas y la comunicación de los colaboradores con sus superiores. Los estresores extra organizacionales, pero que tienen nexo con las intranquilidades psicosociales en el trabajo, -intra laborales- emanan de las situaciones familiares o de la vida personal, que abarca diversos aspectos dependiendo de cuál sea el caso.

Otro tema que se relaciona con el estrés laboral son las relaciones que se establecen en el lugar de trabajo, pues muchas veces se evidencian rupturas o relaciones limitadas con sus colegas, lo que fomenta el riesgo de tensión psicológica que recubre el malestar en el trabajo, el cual finalmente se evidencia en la calidad de atención a los pacientes. Sin embargo, la tensión se puede mitigar si el trabajador es apoyado por sus compañeros, trabaja en equipo con ellos y se comunica asertivamente con éstos y sus superiores, cuenta con herramientas para gestionar el conflicto intralaboral, tiene espacios de pausas activas y siente el reconocimiento por parte del lugar para el que brinda sus servicios, entre otros factores que influyen a su vez en la prevención de estrés laboral y fomentan el bienestar.

Se evidenció que la población trabajada se veía motivada al observarse estímulos externos usados durante las intervenciones. Adicionalmente, se percibió a la población en general con una característica particular dentro de la cultura organizacional: muy centrada en lo que iban a recibir y muy poco interiorizada la función de lo que cada uno

debe dar. Blanch et al. (2010) señalan que “el bienestar laboral está relacionado con ‘la experiencia de estar bien en la vida’ y que éste se encuentra mediado por elementos situacionales y personales” (citado en Álvarez & Ravero, 2014, p. 65). Por lo anterior se destaca el propósito del presente trabajo, que está enfocado en el bienestar, y busca la comprensión del tipo de reacciones que puedan manifestarse durante y después de las intervenciones, el cual, de una u otra manera, influye en la cultura organizacional. Al respecto, cabe aludir que “en cuanto a elementos de la cultura organizacional, los mismos están dados por los caracteres del entorno compartidos; tecnología, hábitos y modos de conducta; cargos y funciones; roles; ritos, ceremonias y rutinas; redes de comunicación; sistema de valores, mitos y creencias” (UNLP, 2017, pp. 4 – 9).

Teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda fortalecer las intervenciones con colaboradores que lleven al agradecimiento, así como al agenciamiento de procesos colectivos, que motiven a los colaboradores a tomar acciones frente a los beneficios que quieren y pueden acceder, sin esperar a que los líderes o la institución lo haga; de esta manera se fortalecerán los caracteres del entorno compartido que influyen en la interiorización de la cultura por parte de los colaboradores la cual influye en la manera como expresan la significación individual de ésta al resto de su equipo de trabajo y a los pacientes que se atienden.

Si bien, es importante que las organizaciones cuenten con un líder, también se tiene en consideración el aprendizaje como medio de cambio, pues una empresa que aprende es amoldable, factor que contribuye a las transformaciones. Para ello, se sugieren estrategias de cambio organizacional basadas en la obtención y aplicación de conocimientos enfocándose en el conocimiento interno de la organización, así éste cobra más fuerza y se impulsa si hay un

adecuado trabajo en equipo que fomente el agenciamiento de procesos colectivos, y a la vez, promueve el liderazgo entre los mismos colaboradores.

La cultura organizacional es un elemento clave para que la empresa genere ventajas competitivas sustentables. Si bien, en medio de las diversas definiciones que hay acerca de lo que es la cultura organizacional, se encuentra que los valores son un elemento nuclear, los cuales son predeterminados por la dirección de la empresa siendo adoptados por los empleados. Sin embargo, la cultura organizacional se forma mediante acciones, donde las palabras deben ser consecuentes con los hechos; de no ser así, se evidenciarán fracturas en la organización, poniéndose de manifiesto subculturas de ambiente laboral.

“En la actualidad, se percibe a las organizaciones como ‘pequeñas sociedades’ con características culturales y con capacidad para crear valores y significados. Desde esta perspectiva, el pensamiento descansa en la idea de que las organizaciones tienen una cultura” (Rodríguez, 2009, pp. 68 – 92). De este modo se pone en manifiesto que la cultura es un medio que podría darse para mejorar la ejecución de las funciones de quienes pertenecen a la empresa, para que de esa manera puedan lograr los objetivos propuestos por la organización. Todo ello marcha hacia el cumplimiento de los tres actores institucionales: familia, pacientes y personal, así como la política de humanización; en este caso, se trabajó con el último mencionado, identificándose diferentes tipos de participación en las intervenciones. Algunos participaron de forma directa y otros de forma indirecta.

Según la OMS (2010), el espacio laboral debe ser uno de los principales escenarios para fomentar la salud de los trabajadores ya que partiendo de esto es que se puede generar un impacto positivo en la vida de

los trabajadores al favorecer su salud y seguridad (Citado en Beltrán, 2014, p. 18). EU-OSHA (2007) al respecto expone que “los factores que están asociados a propiciar efectos positivos se pueden entender como factores protectores psicosociales, pues cumplen una función benéfica que genera bienestar y salud para el trabajador” (p. 15).

En este orden de ideas, se pone en manifiesto la importancia de los factores protectores ya que estos promueven la salud y el bienestar en el trabajo, siendo elementos de la organización que se encuentran en el ambiente y fomentan el bienestar del trabajador, influyendo positivamente en su subjetividad y satisfacción personal la cual se termina convirtiendo en satisfacción laboral que influye en su productividad como trabajador. De este modo, si el colaborador cuenta con factores protectores, estos se lograrán evidenciar en la calidad de atención que se les brinda a los pacientes. Según lo expuesto por Villalobos (2005). El bienestar de las personas en el mundo del trabajo no depende directamente de lo que acontece en el marco organizacional, como se reconoció desde el inicio al explicitar que las mediciones sobre factores psicosociales deben abarcar aspectos intralaborales, extralaborales y personales (citado en Arenas & Andrade, 2013, p. 54).

Por tanto, los factores protectores psicosociales, son características de las personas, organizaciones y/o de situaciones, que protegen, mitigan, equilibran, modifican y modulan el efecto, frente a estímulos perjudiciales o ambientales que puedan afectar la salud física o mental del trabajador.(...) estos factores ejercen una función beneficiosa o protectora sobre el estado de salud del individuo, favoreciendo su proceso de adaptación al entorno social y físico, disminuyendo así, la probabilidad de enfermar, promoviendo la salud y el bienestar del trabajador así como el fortalecimiento de la compañía (Pilar, 2014, p. 19).

Considerando lo aludido previamente y la importancia de la implementación de factores protectores, se plantearon los siguientes:

1. Altos niveles de altruismo – vocación de servicio a la comunidad.
2. Percepción de ser reconocidos por sus compañeros de trabajo
3. Redes de apoyo intralaborales fortalecidas, especialmente en los sectores de colaboradores no asistenciales.
4. Represión emocional (en el sentido en que permite mantenerse en un rol de altas demandas emocionales, en donde el sufrimiento humano es una constante, pero considerando que en niveles altos y sin posibilidad de exteriorización puede convertirse en factor de riesgo)
5. Participación en las pausas laborales implementadas dentro del programa COMFIA.

La Resolución 2646 de (2008) define los llamados factores de riesgo psicosocial como (Los) factores psicosociales comprenden los aspectos intralaborales y extralaborales o externos a la organización y las condiciones individuales o características intrínsecas al trabajador, los cuales, en una interrelación dinámica, mediante percepciones y experiencias, influyen en la salud y el desempeño de las personas (citado en Díaz, 2011, p. 82).

Se debe prestar atención a los factores de riesgos psicosociales a los que se arriesgan los trabajadores en el curso de su trayecto laboral, los cuales tienen su inicio en su lugar de trabajo y, pese a que sus efectos no son tan visibles como los accidentes de trabajo, no dejan de cobrar relevancia, pues tiene que ver con el incremento de ausentismo y demás problemas que influyen negativamente en la empresa y en el sujeto que trabaja.

“El concepto de estrés es una manera de relacionar la salud de los trabajadores y el medio ambiente psicológico laboral, donde al interactuar estos dos grupos se generan factores de riesgo psicosociales que afectan la salud de los trabajadores” (Osorio, 2011, p. 75). De este modo, si el sujeto que trabaja se ve afectado por los factores psicosociales que caracterizan la organización del trabajo, a su vez éste influirá en el desempeño de la labor que realiza, siendo en este caso una situación que perjudica a terceros, es decir, a los pacientes y a todos los individuos con quienes debe interactuar; la calidad que se evidencia en su estilo de trabajo es un resultado del ambiente y clima laboral, entre otros factores que se tomaron en consideración y se evidencian a continuación:

1. Demandas propias del trabajo en salud (incluye altas demandas emocionales, trato directo con usuarios, turnos de trabajo demandantes, trabajo bajo presión y dependiente de un sistema de salud que ve superadas sus propias capacidades de respuesta, entre otros)
2. Perciben bajo nivel de reconocimiento por parte de los jefes.
3. Altos niveles de estrés percibido como constante en los diferentes servicios.
4. Represión emocional (ya que si bien puede ser un factor protector en la medida en que posibilita mantenerse en la labor, con efecto acumulativo llega a ser negativo para la salud mental).
5. Redes de apoyo extralaborales debilitadas y escasas (poco tiempo compartido con redes de apoyo, diferencias entre tiempos libres propios y tiempos libres de la red de apoyo, dificultad para asistir a eventos sociales importantes, interferencia del trabajo con el rol de cabeza de hogar, rechazo de las redes de apoyo al tipo de trabajo y al riesgo que implica, entre otros).
6. Bajo nivel de autocuidado (que, sumado a la normalización de sintomatología de afectación de la salud, puede ser un riesgo alto).

7. Dificultades para reconocer y usar apoyo externo (es difícil vencer la barrera inicial de que ellos también requieren de cuidado, y especialmente de que ese cuidado venga de un profesional de la psicología).

5. Conclusiones

Frente a la implementación del proyecto- programa COMFIA, se logró mucho más que el cumplimiento a cabalidad de los objetivos y la satisfacción de la población beneficiada; se logró impulsar la cultura organizacional promotora de bienestar; se logró contribuir significativamente al posicionamiento de la clínica trabajada como ambientes laborales saludables; todo bajo una visión en positivo de los riesgos psicosociales.

Esto, no solo impacta positivamente la percepción de bienestar de cada colaborador en su esfera individual, sino el clima laboral, la motivación al trabajo, las relaciones interpersonales, el cumplimiento de objetivos estratégicos de la institución, el posicionamiento de marca institucional y muchas otras dimensiones extra- laborales de las que hace parte el talento humano que constituye las instituciones prestadoras de salud donde se desarrolló este programa.

Es un valioso aporte y una muestra práctica de la apuesta prioritaria a la humanización que viene haciendo la institución hospitalaria y en lo cual quiere ser líder en la región; una apuesta vanguardista en términos de que la humanización empieza por casa.

El apoyo de Gestión Humana y de los líderes de los servicios y sectores fue fundamental para el alcance del proyecto, pues al darle aval e interés como programa COMFIA no solo se posibilita la comprensión de las

acciones como parte de una apuesta al bienestar de colaboradores, sino que además propicia la adherencia y motivación a las mismas.

Un aporte significativo del proyecto para la organización es no solo la potencialización del bienestar de un número importante de colaboradores y trabajadores (629), sino además, la forma incluyente de lograrlo, pues se ofreció y cumplió con el criterio de igualdad de oportunidades para obtener los beneficios, aspecto bastante significativo para impactar la cultura organizacional y el imaginario de los colaboradores frente a diferencias entre las tres clínicas y frente a la diferencia de oportunidades para los colaboradores de salud frente a otros departamentos.

Algo muy positivo a resaltar, relacionado con la metodología implementada, es el éxito de privilegiar las intervenciones tipo 1 o pausa laboral (cortas, dentro de la jornada laboral, y en el lugar de trabajo); el hecho de hacer las intervenciones de manera grupal en cada equipo de trabajo; el usar actividades creativas, lúdicas, prácticas y el establecer equipos de trabajo de psicología permanentes para determinados sectores.

Todo ello, dio como resultado que, en todas las intervenciones, independientemente de la temática en la que se trabajara, se evidenciara en colaboradores y trabajadores disminución significativa en niveles de estrés y fatiga laboral, proximidad y relacionamientos positivos entre compañeros, motivación al cambio; el humor y la risa fueron identificados como factores psicosociales protectores y valiosos en la población.

Fue un acierto hacer énfasis en realizar las intervenciones movilizando y promoviendo formación de equipo, pues la calidad del trabajo en salud depende en gran medida de las relaciones y el apoyo social.

El éxito obtenido en el fortalecimiento del reconocimiento es un logro que responde a necesidades sentidas desde la institución y desde la población de colaboradores. Con el proyecto se contribuyó significativamente a la construcción de sentido del trabajo.

Se consideran como alcances del proyecto, el cumplimiento de premisas fundamentales para la promoción, prevención e intervención en factores de riesgo psicosociales y sus efectos, señaladas en el protocolo del Ministerio del Trabajo (2015), como lo sería el énfasis en la promoción de la salud con enfoque dual que incluye fortalecimiento sobre determinantes de la salud y sobre factores psicosociales protectores; así mismo, estimar la claridad en el abordaje (referido a retroalimentación de objetivos, población, alcances y avances en el proceso); la comunicación permanente, referida a comunicación previa, simultánea y posterior a la intervención, ajustando expectativas y compartir resultados, lo que a su vez se relaciona con la participación y compromiso de las personas y directivas de la organización, quienes con sinergia de esfuerzos interinstitucionales, optimizarían los recursos y los beneficios en favor de la población trabajadora. En el mismo orden de ideas, se considera relevante la confidencialidad, la priorización y atención de eventos agudos, en cuanto a la intervención en crisis y la perspectiva holística que adapte las acciones a la realidad organizacional específica. Finalmente, estaría el reto de responder a la premisa de continuidad de las acciones, y complementar con un abordaje interdisciplinar.

Referencias bibliográficas

- Aguado, M., Calvo, D., Dessal, C., Riechmann, J., Gonzales, J. & Montes, C. (2012). La necesidad de repensar el bienestar humano en un mundo cambiante. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, 119, 49 – 76.
- Álvarez, A. & Racero, V. (2014). Contrato psicológico y bienestar laboral. *Revista académica e institucional páginas de la UCP*, 96, 61 – 70.
- Arenas, F. & Andrade, V. (2013). Factores de riesgo psicosocial y compromiso (engagement) con el trabajo en una organización del sector salud de la ciudad de Cali, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(1), 43 – 56.
- Arrese, H. (2009). *La teoría del reconocimiento de Axel Honneth como enfoque alternativo al cartesianismo*. Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/17229/Documento_completo.pdf?sequence=1
- Beltrán, A. (2014). *Factores psicosociales y bienestar del trabajador en investigaciones realizadas en Colombia y España, durante el período 2002–2012*. Recuperado de <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/8886/BeltranCabrejo-Andrea-2014.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Benítez, M. Medina, F. & Munduate, L. (2012). La gestión de conflictos relacionales en las organizaciones de servicios. *Anales de psicología*, 28(1), 139 – 149.

- Ceballos, P. Valenzuela, S. & Paravic, T. (2014). Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: género y enfermería. *Av.enferm*, XXXII(2), 271 – 279.
- Congreso de Colombia. (2013). Ley No 1616. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Correa, D. y Arrivillaga, M. (2007). La humanización de la asistencia en la enfermedad crónica. En M. Arrivillaga., D. Correa., y I.C. Salazar. (Ed.), *Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica* (pp 247- 270), Bogotá, Colombia: Manual moderno.
- De León, L. & Ares, A. (2017). Técnicas y comunicación durante la intervención social. *Revista Aldaba*, 42, 63 – 80.
- Díaz, D. (2011). Estrés laboral y sus factores de riesgo psicosocial. *Rev CES Salud Pública*, 2(1), 80-84.
- Hernández, B. & Velasco, H. (2.000). Encuestas transversales. *Salud pública de México*, 42(5), 447 – 455.
- Hoyos, P., Cardona, M., y Correa, D. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Investigación en la Educación de Enfermería*. 26(2), 218-225.
- Martínez, V., Moliner, C., Ramos, J., Luque, O. & Gracia, E. (2014). Calidad y bienestar en organizaciones de servicios: el papel del clima de servicio y la justicia organizacional. *Papeles del Psicólogo*, 35(2), 99 – 106.

- Melgosa, J. (2006). Qué es el estrés. En Melgosa, J. (Ed). *Sin estrés* (p. 7 – 185). Madrid: Editorial Safeliz.
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación*, 33(2), 171-190.
- OPS & OMS. (2013). La salud de los trabajadores de la salud. 5 – 203.
- Osorio, M. (2011). El trabajo y los factores psicosociales: Qué son y cómo se evalúan. *Rev CES Salud Pública*, 2(11), 74 – 79.
- Rengifo, G. (2014). *La comunicación asertiva, un camino seguro hacia el éxito organizacional*. Recuperado de <https://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/12780>
- Rodríguez, R. (2009). La cultura organizacional. Un potencial activo estratégico desde la perspectiva de la administración. *Invenio*. 12(2), pp. 67 – 92.
- Romero, C., Beleño, R., Ucros, M., Echaverría, A. & Lasprilla, S. (2016). Factores de riesgo psicosociales extralaborales en personal administrativo universitario. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 31, 1 – 15.
- TMP. (2007). Cultura organizacional. *Universidad Nacional de la Plata*. Recuperado de <https://perio.unlp.edu.ar/tpm/textos/cultura.pdf>

Vélez, I., Rátiva, S. & Varela, D. (2012). Cartografía social como metodología participativa y colaborativa de investigación en el territorio afrodescendiente de la cuenca alta del río Cauca. *Cuadernos de Geografía – Revista Colombiana de Geografía*, 21(2), 59 – 73.



Capítulo VI

Humanizando la atención de los pacientes con esquizofrenia desde los cuidados paliativos: un abordaje psicológico

Jéssica López Peláez
Ángela Patricia Acosta Pulido
Andrea Valeria Viveros Balanta

CAPÍTULO VI

Humanizando la atención de los pacientes con esquizofrenia desde los cuidados paliativos: un abordaje psicológico

*Jéssica López Peláez**

<https://orcid.org/0000-0001-6529-9160>

*Ángela Patricia Acosta Pulido***

<https://orcid.org/0000-0002-6772-5749>

*Andrea Valeria Viveros Balanta****

<https://orcid.org/0000-0002-3954-1352>

Lo importante es el enfermo, no la enfermedad.

Albert Jovell

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales siguen siendo estigmatizadas y discriminadas al punto de afectar no solo la calidad de vida de

* Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

✉ jessica.lopezpelaez@gmail.com

** Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

✉ angela_acosta@hotmail.com

*** Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

✉ valerita.viveros30@hotmail.com

Cita este capítulo:

López Peláez, J.; Acosta Pulido, AP. y Viveros Balanta, AV. Humanizando la atención de los pacientes con esquizofrenia desde los cuidados paliativos: un abordaje psicológico. En: Obando Cabezas, L. Ed. científica. *Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo primario*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp. 209-238.

las personas, si no también, su tratamiento, integración social y desarrollo humano. De hecho, se cree que esta estigmatización implica para quienes la padecen, una dificultad en las relaciones interpersonales, menos oportunidades laborales y un pronunciado aislamiento social. Una de las enfermedades con más impacto en quien la padece es la esquizofrenia, la cual, es un trastorno mental que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo; es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones), los cuales tienen un 2 y 2,5 más de probabilidad de morir a una edad temprana que el resto de la población (OMS, 2019). Frente a estas cifras, el plan de acción de la OMS sobre salud mental 2013-2020, pone énfasis en las medidas necesarias para proporcionar los servicios adecuados a las personas con trastornos mentales. No obstante, es necesario destacar la importancia de brindar un trato humano y digno dentro de estos servicios, es decir, acercarse al paciente teniendo como base la calidad humana, la empatía y el abordaje integral. Los profesionales de la salud deben caracterizarse por su calidez, valores y vocación de servicio, manifestándose con un compromiso con los pacientes, quienes buscan atención estando en condición de vulnerabilidad (Avila y Yaneth, 2017). De acuerdo con González (2013) las enfermedades mentales, al ser degenerativas, pertenecerían al área de cuidados paliativos requiriendo el abordaje de un equipo interdisciplinario, el cual se encargará, dependiendo del caso, de la administración de psicofármacos como método paliativo de los síntomas, complementando con la intervención psicológica, que comprende las esferas emocionales y psíquicas, generando así, un estado de bienestar en el paciente. Este acompañamiento psicológico, debe atender no solo el impacto, en todas las áreas (emocional, laboral, familiar, etc.), ocasionado por la esquizofrenia, sino también la adherencia al tratamiento y la evolución de la enfermedad.

La creciente demanda de esta enfermedad y la falta de acompañamiento durante el proceso de adaptación hace necesario buscar estrategias de intervención psicológica que comprendan el impacto emocional, el sufrimiento y síntomas como ansiedad, depresión, miedo a la muerte y pérdida del control de la situación (Ortega y López, 2005). Todas las personas tienen derecho a una asistencia sanitaria humana y de calidad, por lo tanto, los cuidados paliativos deben considerarse un derecho y no un privilegio y no deben ser circunscritos únicamente para los pacientes oncológicos (Bermejo (2013). Sin embargo, esto no ha sido así, los cuidados paliativos han sido direccionados principalmente a pacientes con enfermedades como cáncer, afecciones cardíacas o pulmonares, insuficiencia renal, SIDA, entre otras, dejando de lado al área de salud mental. Según Rozalén (2018) existen pocos estudios que plantean la actuación a seguir en casos de personas que sufren una enfermedad mental, considerando que todos tienen un derecho y que el accionar es completamente diferente frente a personas que no padecen este tipo de patologías. Por lo tanto, este capítulo busca presentar el estado actual sobre las estrategias de intervención psicológica y su articulación desde los cuidados paliativos, que le permitan al paciente con esquizofrenia tener un trato digno y humanizado para mejorar su calidad de vida.

1. La literatura sobre los cuidados paliativos, esquizofrenia y tratamientos

La esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que puede deteriorar la vida de los que la padecen, así como la de sus familiares. Por lo general, inicia en los adolescentes y adultos jóvenes, impidiendo conseguir los objetivos educativos y laborales, reduciendo la calidad

de vida del paciente. Según el último reporte de carga global de la enfermedad, es la decimoséptima causa de discapacidad en todo el mundo y la decimonovena en Latinoamérica (Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia, 2014). El DSM V (2014), define la esquizofrenia como un trastorno con “dos (o más) de los siguientes síntomas, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3): 1. Delirios, 2. Alucinaciones, 3. Discurso desorganizado, 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico, 5. Síntomas negativos como expresión emotiva disminuida o abulia” (p. 54).

Esta enfermedad de tipo crónico puede caracterizarse por tres fases: la fase aguda, en la cual aparecen los síntomas más crónicos como los delirios y las alucinaciones; la fase de estabilización, en la cual se reduce la intensidad de dichos síntomas; y la fase estable, en la cual la persona se encuentra relativamente equilibrada, pero existe la posibilidad de que aparezcan síntomas como tensión, ansiedad, depresión o insomnio (Guía Práctica Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental, 2009).

Esta patología ha sido asociada a una mayor vulnerabilidad de comorbilidad física y por consiguiente, a un exceso de mortalidad. La expectativa de vida de los pacientes de dicha enfermedad es de 11 o 20 años menos que la población en general (Orellana, Rodríguez; González y Duran, 2017). Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2019) la esquizofrenia presenta una prevalencia de 1%, lo que sería aproximadamente 471.052 colombianos con dicha enfermedad y una incidencia entre el 0,16 a 0,42 casos por 1000 habitantes. Las ciudades con mayor afluencia son Cali y Bogotá, alcanzando un 1,5% por encima del promedio mundial.

Frente a estas cifras, se puede considerar que la esquizofrenia es una enfermedad de baja prevalencia, pero a la vez, es considerada como una condición gravemente incapacitante y con un fuerte impacto negativo en el paciente y la familia (Tejada, 2016).

Dentro de la literatura, se observa que existe una mayor probabilidad que los pacientes con esquizofrenia presenten insuficiencias cardíacas, arritmias y síncope, en comparación con la población en general (Saiz, Bobes, Vallejo, Giner y García, 2008). La mortalidad de los pacientes con esta enfermedad es del 60%, atribuida a “causas naturales”, como, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, respiratorias e infecciosas (Buckley, 2009).

Aun cuando se ha avanzado en teorías e hipótesis para intentar dar explicación al surgimiento de la enfermedad, no existe una aceptada mundialmente. En la literatura se encuentran diversas causas frente a la aparición de ésta, desde complicaciones en el embarazo y parto, alteraciones en el crecimiento y desarrollo, estrés materno, trauma craneoencefálico, retraso en las etapas del desarrollo y herencia familiar (Guía de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, 2017). Investigaciones sobre el sistema nervioso aseguran que ciertos neuropéptidos pueden actuar como neurotransmisores e interactuar con la dopamina produciendo así los síntomas psicóticos (Abeleira, 2012). Por otro lado, se ha indagado las regiones del cerebro que presentan mayor activación por la esquizofrenia y se encontró una baja actividad del lóbulo prefrontal, generando que el paciente no pueda hacer un análisis e interpretación óptima de la realidad (Abeleira, 2012). De igual forma, estudios realizados por Birur, Kraguljac, Shelton y Lathi (2017) sugieren que la esquizofrenia sería la responsable de la disminución de materia gris en el cerebro, así como de la reducción del hipocampo y el tálamo, generando como consecuencia el deterioro de la memoria episódica, el procesamiento

de la información y la toma de decisiones. Así mismo, investigaciones longitudinales con análisis de neuroimágenes, encontraron que las anomalías estructurales presentadas durante la esquizofrenia pueden ser progresivas desde el momento en que aparecen los síntomas hasta la etapa temprana del trastorno (Karlsgodt, Sun y Cannon, 2010).

Por otra parte, se encuentran las hipótesis neuroquímicas; dentro de éstas, se encuentra la hipótesis dopaminérgica, que menciona que la esquizofrenia se desarrolla cuando existe un exceso de dopamina en el organismo o una elevada sensibilidad a este neurotransmisor (Matthyse, 1974, citado por Saiz, Vega y Sánchez, 2010). Posteriormente, en la hipótesis glutamatérgica, Saiz, Vega y Sánchez (2010) mencionan que existe una interacción entre el glutamato y la dopamina, puesto que este neurotransmisor es capaz de influir sobre cualquier neurona. Lo cual se podría explicar cómo: “se cree que la actividad glutamatérgica excitadora normal se altera, comenzando un proceso patológico de sobreexcitación que puede acompañarse de diversos síntomas y que finalmente conlleva a la muerte neuronal” (Coyle, 2006, citado por Saiz, Vega y Sánchez, 2010). Por último, la hipótesis serotoninérgica señala que la sintomatología negativa de la esquizofrenia reflejaría una hipofunción dopaminérgica en la corteza prefrontal, debido al efecto inhibitorio de la serotonina (Weinberger y Berman, 1988; Weinberger y Lipska, 1995; Davis et al, 1991, citados por Saiz, Vega y Sánchez, 2010). Estas hipótesis han permitido el desarrollo de diversos medicamentos que ayuden a los pacientes a mitigar los síntomas y a tener una mejor calidad de vida.

Frente al tratamiento de esta enfermedad, es importante tener en cuenta no solo la respuesta a tratamientos previos, sino también, comorbilidades médicas, predominio de síntomas (positivos y negativos) o condiciones especiales como la ideación suicida,

conductas violentas o síntomas catatónicos. Todo ello conduce a la necesidad de intervenciones psicoterapéuticas que palien las limitaciones de un abordaje exclusivamente farmacológico. Según Sampson, Mansour, Maayan, Soares-Weiser y Adams (2013) el tratamiento farmacológico incluye medicamentos utilizados para los episodios agudos y para disminuir el riesgo de recaída. No obstante, la exposición a largo plazo de estos fármacos se ha asociado con un sin número de efectos secundarios, entre ellos la muerte.

Complementario al tratamiento farmacológico, existen diferentes métodos que contribuyen a la intervención y alivio de la sintomatología de la esquizofrenia. De acuerdo con Vallina y Lemos (2001) algunos de los abordajes psicológicos son: a) psicoeducación en el contexto familiar, (b) el entrenamiento en habilidades comunicativas, por medio de la terapia cognitivo-conductual, orientados a los síntomas de la enfermedad y sus respectivas alteraciones cognitivas, y (c) tratamientos de corte multimodal. El objetivo de éstos es mejorar la condición de vida del paciente, optimizando su funcionamiento social e interpersonal, así como aumentar su independencia y autonomía. No obstante, hay que tener en cuenta la fase en la que se encuentra el paciente para así otorgar la intervención adecuada; es decir, durante la fase aguda, se debe ofrecer información y asesoramiento para la familia y el cuidador sobre la enfermedad, etiología, curso, tratamiento y servicios, incluyendo los grupos de apoyo. Durante la fase de estabilización, se debe aplicar psicoeducación, proporcionando la información necesaria para abordar de una manera más efectiva la enfermedad, incluyendo los beneficios y efectos secundarios de la medicación; de igual forma, se debe realizar la intervención familiar. Y durante la fase estable, se debe evaluar si es preferible una intervención uní o multifamiliar y si será necesario incluir un entrenamiento en habilidades sociales. Montaña, Nieto y Mayorga (2013) hacen énfasis en la importancia de ir más allá del

control de los síntomas, enfocándose en mejorar la percepción del individuo sobre su situación, con el fin de integrarse al entorno social que satisfaga sus necesidades, teniendo en cuenta al paciente como el protagonista de su proceso terapéutico.

El objetivo de la intervención psicológica es generar el mayor bienestar posible en el paciente y facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad (Barreto y Soler, 2003). La Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental (2009), indica que la intervención psicológica pretende reducir la vulnerabilidad del paciente, disminuir el impacto de las situaciones, aumentar la adherencia al tratamiento, reducir el riesgo de las recaídas y atender las situaciones emocionales que se presentan en el desarrollo de la enfermedad. Selma (2012) menciona la importancia de aplicar la “rehabilitación cognitiva” en pacientes con esquizofrenia, observando como consecuencia, disminución en la pérdida de materia gris y mejoría en las habilidades sociales. Las intervenciones se focalizan en áreas cognitivas específicas, teniendo en cuenta los principales déficits identificados en el transcurso de la enfermedad, obteniendo como respuesta reducción en las recaídas, mejora en la autoestima, en las habilidades sociales y en la calidad de vida del paciente. Vallina y Lemos (2001) hacen énfasis en un modelo presentado por Brenner y cols, que contribuyó a la explicación de la conducta esquizofrénica y que, además, sirvió de base para la creación de una terapia psicológica integrada conocida como IPT (Terapia Psicológica Integrada), la cual pretende mejorar las habilidades cognitivas y sociales de los pacientes. Dentro de esta terapia se encuentra el programa “Entrenamiento en el manejo de las emociones”, el cual pretende que el paciente logre expresar sus emociones, hasta llegar al punto de generar adecuadas estrategias de afrontamiento para las mismas (Vallina y Lemos, 2001).

Cuidados paliativos

Su origen data de 1967 con la creación del St Christopher's Hospice, fundado por Cecily Saunders, quien fue pionera en el desarrollo de los cuidados paliativos. Éstos buscaban ser un tipo especial de cuidado que brindara confort y bienestar a los enfermos y sus familias durante el proceso de terminalidad, mejorando la calidad de vida (Del Rio y Palma, 2007).

Los cuidados paliativos (CP) tienen como objetivo aliviar los síntomas, el dolor y el sufrimiento en los pacientes que padecen enfermedades crónicas o degenerativas, buscando mejorar su calidad de vida. La literatura menciona que los CP se basan en el supuesto que “cada paciente tiene su propia historia, relaciones y cultura. Esto incluye proporcionar el mejor cuidado médico posible, de forma que todos tengan la posibilidad de vivir bien su tiempo” (Saunders, 2004, citado por Pessini y Bertachini, 2006, Pp. 234). Frente a esto, los CP fueron direccionados teniendo en cuenta la evaluación física del paciente y las necesidades especiales de la persona y su familia (Pessini y Bertachini, 2006, p. 234).

La OMS los define como “el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene como prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familiares” (World Health Organization, 2018). De igual forma, Benítez y Asensio (2002) hacen énfasis en la importancia de un trabajo interdisciplinario, teniendo en cuenta el modelo biopsicosocial, el cual ayuda a detectar las necesidades que pueda presentar la persona en sus diferentes esferas (biológica, psicológica, social, familiar y espiritual). Este equipo debe estar conformado por:

medicina, trabajo social, psicología, nutrición, terapia ocupacional, asistente espiritual, familiares, voluntarios, especialistas, entre otros. Este acompañamiento debe llevarse a cabo mediante un seguimiento constante, ya a que es necesario adaptar los tratamientos e intervenciones a las características y necesidades del paciente frente a los cambios que presenta la enfermedad.

En este sentido, guías y protocolos especializados de cuidados paliativos en, España y Estados Unidos coinciden que para definir el momento en el que un paciente se diagnostica en fase terminal debe iniciar los CP; dicha fase se caracteriza por: presencia de una enfermedad progresiva e incurable, tratamiento médico que ya no es curativo, pronóstico de vida limitado, signos y síntomas intensos, múltiples y fuertes impactos emocional en el paciente y la familia (Sarmiento, 2011). Por lo tanto, los CP son una respuesta desde los derechos humanos que busca promover la humanización del paciente y afrontar su muerte de manera digna con el menor sufrimiento posible (Bermejo, 2013).

Humanización

Según el diccionario de la real academia de la lengua (2020) la palabra humanizar significa “hacer humano, familiar y afable algo o alguien”, por otra parte, en el Diccionario de uso del español de María Moliner, la palabra humanizar se define como: “Hacer una cosa más humana, menos cruel, menos dura para los hombres” (Fundación HUMANS, 2020).

La humanización del servicio de salud va más allá de los avances en tecnología o de incrementar y mejorar las rutas de atención; si bien, esto ha contribuido al quehacer médico, lo prioritario es enfocarse

en reconocer a los pacientes como seres humanos en todo momento, recibiendo atención de profesionales con sensibilidad, perspectiva, relaciones interpersonales constructivas y respetuosas, tanto con los pacientes como con los colegas (Ávila y Yaneth, 2017). No obstante, la humanización del paciente también consiste en respetar su condición y dignidad humana, entendiendo su contexto socio cultural y diversidad poblacional; es considerar la integralidad de la persona no sólo el abordaje de una patología (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

El cuidado y acompañamiento de los pacientes durante la enfermedad, debe ir más allá de realizar pruebas, procedimientos y ejercicios, debe practicarse un trato humano e integral que le permita al individuo expresar emociones, sentimientos y preocupaciones, encontrando en el profesional de salud, un apoyo para superar la crisis y el sufrimiento (Trapero, 2017). Por su parte, en la declaración de principios para la protección de los enfermos mentales y para la mejora de la atención en salud mental, instituida por la ONU (1991), se destaca que todas las personas que padezcan alguna enfermedad mental y que estén recibiendo tratamiento, serán atendidas con humanidad y respeto a su dignidad. De igual forma, se hace énfasis en que no debe existir discriminación por la enfermedad mental que se padezca, ni exclusión o preferencias que impidan o retrasen el derecho a la atención igualitaria.

Por lo tanto, es importante tener en cuenta que los profesionales de salud enfocados en la atención a pacientes con enfermedades mentales deben contar con la concientización y sensibilidad necesaria para el abordaje de dichos trastornos, teniendo en cuenta la ética y los valores incluidos en los códigos de bioética para el ejercicio de la profesión.

La intervención psicológica se centra en disminuir el impacto emocional que presenta el paciente como consecuencia del diagnóstico, tratamiento y evolución de la enfermedad, además de intervenir en los síntomas psicopatológicos que suelen aparecer como la ansiedad, el miedo y la depresión. De igual forma, también tendría como objetivo reducir los problemas psicosociales que esta situación provoca en el área laboral, personal, familiar, así como ayudar a la familia en el duelo anticipado (Toledo, 2001, citado por Ortega y López, 2005).

La intervención que más se utiliza con los pacientes de cuidados paliativos es la terapia cognitivo conductual; esta herramienta se implementa para la reestructuración de los pensamientos, ayudando al paciente a obtener nuevas estrategias para el manejo de sus emociones, reestructurar los pensamientos distorsionados y las creencias inadecuadas (Auza y Caballero, 2016). Por otro lado, la psicoeducación es utilizada en pacientes que presentan dificultades en la adherencia al tratamiento, ya que ayuda a entender los diagnósticos y la información médica. Esta técnica da la oportunidad de realizar intervenciones que se direccionen a la reducción de la ansiedad y la depresión, también se exponen las reacciones emocionales del paciente, de la familia y del personal sanitario (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013). Por lo tanto, “La psicología desempeña un papel fundamental en el acompañamiento de pacientes en condiciones de salud física grave, irreversible y que desencadenan en la muerte” (Guerrero, 2014, citado por Auza y Caballero, 2016).

No obstante se evidencia una escasa investigación frente a los cuidados paliativos en el área de salud mental, son pocas las intervenciones que se encuentran y es mayor el desarrollo que se le ha dado en oncología. Teniendo en cuenta los síntomas, el deterioro cognitivo que se presenta durante el desarrollo de la esquizofrenia y la comorbilidad

que existe con otras patologías, se requiere generar nuevas estrategias desde el área de la psicología a la par con los cuidados paliativos para brindar un acompañamiento integral que contribuya a que el paciente mejore su calidad de vida y se adapte al proceso de final de la vida.

De acuerdo con la literatura revisada, la información referente al abordaje de la esquizofrenia dentro del área de los cuidados paliativos es escasa, se conoce poco sobre la atención al final de la vida de los pacientes con enfermedades mentales graves, los cuales son considerados población de alto riesgo (Foti, 2005). No obstante, se realizó una investigación con 150 pacientes de 18 años en adelante pertenecientes al departamento de Salud Mental de Massachusets, en la cual se encontró que las principales necesidades y problemas de los pacientes al final de la vida son: carga financiera y emocional, dolor, sufrimiento, miedo de dejar la familia y amigos, organización del funeral y preocupaciones espirituales (Foti, 2005); sin embargo, Fernández, Paz, Nieves y Cruz (2013) refieren que dichas intervenciones deben evitar movilizar situaciones problemáticas que el paciente no quiera mencionar y que le generen mayor malestar emocional.

Según la clasificación del DSM V, dentro de los grupos que dan lugar a un diagnóstico valorado como enfermedad mental grave se encuentra la esquizofrenia, la cual, para Schultz, North y Shields (2007), es una patología devastadora que, a raíz de sus múltiples síntomas dificulta las actividades del diario vivir, disminuyendo así su calidad de vida. En este sentido, Woods et al (2008) destacan que cualquier enfermedad genera vulnerabilidad en los pacientes puesto que se encuentran limitados y dependientes de otras personas. Sin embargo, esta vulnerabilidad aumenta considerablemente en aquellos que padecen enfermedades mentales graves, como es el caso de la esquizofrenia, pues el deterioro no es solamente físico, sino

cognitivo, del estado del ánimo y en la toma de decisiones. Por tal motivo, las personas con estos padecimientos tendrían necesidades similares a los pacientes con enfermedades físicas como, por ejemplo, control del dolor, de los síntomas, redes de apoyo y una mejor calidad de vida. Por consiguiente, si alguna persona sufre de una enfermedad física o mental, no debe ser abordada solamente desde la mirada médica, sino desde la intervención que se propone desde el modelo biopsicosocial (Fabres, 2011).

Frente a esto, se puede decir que la esquizofrenia no solo genera deterioro por sí sola, sino que también tiene altas tasas de comorbilidad clínica, y requiere de una asistencia integral que permita mejorar las condiciones médicas, psiquiátricas y psicológicas del paciente (Buckley, 2009). Las personas con enfermedades mentales crónicas presentan tasas de mortalidad más altas que las de la población en general, de acuerdo con el estudio desarrollado por Woods et al (2008) donde enfatizan que los pacientes con enfermedades mentales severas tienen, en comparación a la población en general, el doble de riesgo de morir por “causas naturales” a cualquier edad, así como sufrir lesiones inexplicables o suicidio.

Los pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión mayor han presentado una elevada prevalencia de otras comorbilidades médicas comparados con el resto de la población (Parks, Svendsen, Singer y Foti, 2006). De hecho, Buckley (2009) asegura que la administración de antipsicóticos incrementa la probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares en estos pacientes. Las sociedades españolas de psiquiatría y de psiquiatría biológica, consideran que la salud física de los pacientes con esquizofrenia es un tema de vital importancia debido a los factores genéticos, el estilo de vida y el tratamiento con antipsicóticos (Saiz et al., 2008).

La población con trastornos mentales severos, incluida la esquizofrenia, sufren al enfrentarse con la exclusión, la discriminación y el rechazo social, con un fuerte detrimento en sus relaciones interpersonales, generando más impacto emocional que los mismos síntomas. Incluso este fenómeno puede observarse en el personal médico, cuando se reduce la prestación del servicio exclusivamente a la farmacología (Loubat, Lobos y Carrasco, 2017). Teniendo en cuenta el sufrimiento que supone la enfermedad mental, no solo por las implicaciones físicas, psicológicas y sociales del paciente, sino también por los efectos secundarios del medicamento, es necesario evaluar qué tipo de intervenciones resultarían más eficaces. Frente a esto, el interés no debe ser exclusivo por mantener controlados los síntomas sino un cuidado holístico de la persona. Petkari (2010) menciona que éste sería el factor principal para encontrar intervenciones adecuadas para proveerle al individuo una mejora en su calidad de vida. Hay que entenderlo así, como el resultado de una interacción entre el paciente, su enfermedad, la terapia, el impacto psicológico y las consecuencias sociales.

Por lo tanto, será necesario dar respuesta a las diferentes necesidades del paciente, por medio de una estrategia multidisciplinar; dicho de otro modo, un abordaje desde cuidados paliativos; donde cada profesional de la salud pueda aportar, asesorar y acompañar en el proceso terapéutico y en el fin de la vida. Sin embargo, debido a la dificultad y alta complejidad que traen consigo las situaciones que generan malestar emocional durante este proceso, es necesario el acompañamiento psicológico para aportar y establecer intervenciones adecuadas según las necesidades del individuo (Fernández, Ortega, Pérez, García y Cruz, 2014). En este sentido, el tratamiento psicológico debe ir direccionado en mejorar la calidad de vida del paciente para que pueda reincorporarse con éxito al entorno social que satisfaga sus necesidades (Vallina y Lemos, 2001; Montaña, Nieto y

Mayorga, 2013). En el caso de la terapia cognitivo conductual, tiene como objetivo identificar los pensamientos y creencias, así como los factores de mantenimiento por medio del registro de pensamientos, que faciliten el reconocimiento de los sesgos predominantes (Vallina y Lemos, 2001).

Teniendo en cuenta lo anterior, visto desde los cuidados paliativos el tratamiento psicológico brindaría la posibilidad al sujeto de vivir de manera óptima, no obstante, adaptándose a los cambios que suscita su patología (Pessini y Bertachini, 2006). Por su parte, González (2013) afirma que las personas con enfermedades mentales severas, como la esquizofrenia, deben tratarse y tener el mismo acceso a una atención médica como cualquier otro paciente, incluyendo el abordaje de los cuidados paliativos. Sedó (2015) menciona que los individuos que no se encuentran en pleno uso de sus facultades mentales y que tienen una esperanza de vida menor que la población en general, tienen derecho a un trato digno antes de su muerte.

Cabe destacar que la psicología ha tenido un rol importante frente a la intervención terapéutica de los pacientes con esquizofrenia, pero incipiente desde los cuidados paliativos en esta población. Por lo tanto, es fundamental tener en cuenta que Colombia sancionó la Ley 1733 de 2014, conocida también como Ley “Consuelo Devis Saavedra”, del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual tiene como objetivo garantizar la atención de cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes como de sus familias. En ella, no solo se hace énfasis en “el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, a la atención en cuidados paliativos”, sino que también, se definen las categorías mencionadas anteriormente. Frente a esto y sabiendo que una enfermedad crónica, degenerativa e irreversible se considera

como “aquella que es de larga duración, que ocasiona grave pérdida de la calidad de vida, que demuestra un carácter progresivo e irreversible” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), y que la esquizofrenia es definida por la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia (2014), como un trastorno mental progresivo, degenerativo y altamente incapacitante, se consideraría vital incluir a las personas con enfermedades mentales severas como la esquizofrenia al acceso de los cuidados paliativos. Frente a esto, se propone una estrategia que es poco utilizada en este campo pero que según Ceballo, De Vasconcelos y Ferreira (2012), podría ser efectiva en el tratamiento de la esquizofrenia, disminuyendo algunos de los síntomas que más predominan en dicha enfermedad y que puede resultar efectiva para combinarse con el abordaje interdisciplinario aportado por los cuidados paliativos: la arteterapia.

El arte como terapia, surge en los años 30, con los trabajos e investigaciones realizados por Margaret Naumburg. Su objetivo consiste en orientar y guiar, dentro de un proceso artístico, a aquellas personas que atraviesan por crisis o conflictos emocionales, pero, sobre todo, a aquellos pacientes que presenten dificultad en la verbalización, facilitando la expresión y la habilidad de comunicarse con los demás (Collete, 2013).

La Asociación Profesional Española de Arte-terapeutas (2019) define la arteterapia como una profesión que utiliza la creación artística como herramienta para facilitar la comunicación y la resolución de conflictos emocionales o psicológicos, ya que favorece la reflexión, la estimulación sensorial y promueve la capacidad de atención, es decir, podría facilitar la expresión del pensamiento, a pesar del deterioro cognitivo (Kaplan, 2000, citado por Ruiz, 2014). Dicho de otro modo, el paciente podrá sentirse libre para estimular su

necesidad de comunicarse sin sentir culpabilidad o miedo a ser juzgado (Vassiliadou, 2001).

Frente a la esquizofrenia, Ceballo, De Vasconcelos y Ferreira (2012), mencionan que las investigaciones realizadas aseguran que el arte facilita que algunos de los síntomas se estabilicen y que, al mismo tiempo, logra conectarlos con el ambiente y la realidad. Dichos autores mencionan que en estudios previos (Garaigordobil y Pérez, 2002; Rodríguez, 2005 y Ballesta, Vizcaíno y Díaz, 2007) se ha considerado que el arte facilita la reconexión con el mundo, ampliando las capacidades y funciones cognitivas del paciente, mejorando la atención y concentración permitiendo reestructurar la realidad y descubriendo un método diferente de desarrollar las habilidades sociales. Diversos autores (Ruíz, Aceituno y Rada, 2017; Mas- Expósito, Amador, Gómez y Lalacut, 2013), sugieren incluir la arteterapia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, en especial, en aquellos con marcados síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, anhedonia, alogia), por lo general, durante la fase aguda de la enfermedad. Sin embargo, algunas investigaciones realizadas por Ruíz, Aceituno y Rada (2017) refieren una baja efectividad de la arteterapia en relación con la esquizofrenia; por el contrario, Ceballo, De Vasconcelos y Ferreira (2012) mediante una muestra de 16 pacientes internados en el Sanatorio Mental La Paz en Venezuela, concluyeron que características clínicas como el retraimiento social y emocional, la poca fluidez en la conversación y la ansiedad comenzaban a disminuir después de la quinta sesión y al finalizar la séptima sesión aumentó el contacto visual de los participantes, así como también se observó un aumento en las expresiones faciales.

Se puede considerar que la arteterapia, en combinación con la terapia cognitiva-conductual, podría aportar significativamente a la

disminución de los síntomas de la esquizofrenia, sobre todo en aquellos relacionados con las habilidades sociales y los procesos cognitivos, mejorando así la calidad de vida del paciente y cumpliendo con uno de los objetivos de los cuidados paliativos.

A partir de la presente revisión y de los aportes de la arteterapia al tratamiento de la esquizofrenia, se propone el abordaje de estos pacientes desde el enfoque de los cuidados paliativos, con el objetivo de facilitar la expresión de sus emociones, abordar el duelo anticipado, mejorar sus habilidades sociales y disminuir el malestar emocional.

2. Conclusiones

La humanización del paciente comienza desde que lo reconocemos como un ser único e individual, aproximándose desde la empatía y la comprensión, reconociendo su estado físico y mental, así como su entorno familiar y social, sin realizar distinciones de ningún tipo; así, los cuidados paliativos buscan abordar de manera holística al paciente, mediante un tratamiento integral para aliviar el dolor y el sufrimiento, así como también, poniendo un énfasis especial en los aspectos emocionales, sociales, físicos y espirituales del paciente. La humanización en la atención de los pacientes con esquizofrenia empieza cuando se trabaja en pro de brindarle una mejor calidad de vida en medio de la enfermedad.

No obstante, a pesar de que las estadísticas registran una alta población de pacientes con esquizofrenia, especialmente en Bogotá y Cali, aún existe una elevada estigmatización frente a los trastornos mentales. Es importante tener en cuenta el dolor emocional en pacientes y familiares a raíz de la enfermedad; es por esto, que existe una necesidad de proponer estrategias de intervención desde la psicología que

permitan sensibilizar a la comunidad y a los profesionales de la salud sobre el abordaje humanizado de los pacientes con esquizofrenia en cuidados paliativos.

Sin embargo, los cuidados paliativos han sido direccionados principalmente a enfermedades oncológicas, por lo cual es importante que desde la psicología se realicen más estudios que promuevan diversas alternativas terapéuticas a los pacientes con esquizofrenia desde este campo, donde se puedan desarrollar intervenciones desde la terapia cognitivo-conductual y el arte terapia, brindando un acompañamiento humanizado, no solo con el paciente sino también con su familia, con profesionales que escuchen y contribuyan a mejorar la calidad de vida del paciente.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*

Abeleira, G. (2012). Esquizofrenia. *Revista Cuadernos del Tomas*, Vol. 4, Universidad de Salamanca. España. 157-172. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4018442>

Asociación profesional española de arteterapeutas (2019). *Definición de Arteterapia*. <http://arteterapia.org.es/que-es-arteterapia/>

Auza, J., y Caballero, H. (2016). *Psicología y Muerte Digna: aportes para la Construcción de Políticas Públicas*. Universidad Javeriana. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/han->

dle/10554/21355/AuzaRuizJuana2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Avila, E., y Yaneth, D. (2017). *Humanización Del Servicio De Salud Mental En Un Establecimiento De Sanidad Militar*. Universidad Santo Tomás. Colombia. <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/3975/Avilaedwin2017.pdf?sequence=1>

Aznar, J., Martínez, P., Castillo, M., Martín., J., Martínez, T., Martínez, M., Moreno, J., Pujalte, M., Salmerón, J., San Llorente, C., Sánchez, R., Serrano, F., Del Toro, M., y Viñas, R. (2014). *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento e Inicio de la Rehabilitación Psicosocial de los Adultos con Esquizofrenia No. 29*. Ministerio de Salud y protección social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC-Esquizofrenia-Completa.pdf>

Ballesta, A, Vizcaíno, O., y Díaz, J. (2007) Arte y capacidades diversas. *Revista de Síndrome de Down*, Vol. 24, 46-5

Barreto, M., y Soler, M (2003) Psicología y Fin de Vida. *Revista Psicotecnológica*, 1, 135- 146. Universidad de Valencia. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0303110135A/16428>

Benítez del Rosario, M. y Asencio, A. (2002). Fundamentos y Objetivos de los Cuidados Paliativos. *Revista Aten Primaria*, Vol. 29 (1), 50 – 52. http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13025587&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=4&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v29n01a13025587pdf001.pdf

Bermejo, J. (2013). Cuidados Paliativos y Humanización. *Revista Medicina Paliativa*, Vol. 20, Pág. 1-2. Recuperado de <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1134248X13000037>

Birur, B., Kraguljac, N., Shelton, R. y Lahti, A. (2017). Brain structure, function, and neurochemistry in schizophrenia and bipolar disorder—a systematic review of the magnetic resonance neuroimaging literatura. *NPJ Schizophr*, Vol. 3:15. Published 2017 Apr 3. doi:10.1038/s41537-017-0013-9. <https://www.nature.com/articles/s41537-017-0013-9>

B

uckley, P. (2009). Visión Clínica en Esquizofrenia: consideraciones sobre la Comorbilidad Médica en Esquizofrenia. *Revista de Toxicomanías*, Vol. 56, 3 – 9. https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret56_1.pdf

Collete, N (2013). *Arteterapia en el final de la vida*. Programa de doctorado en Psicología de la Salud. Universidad de Valencia. España. <https://core.ac.uk/download/pdf/71013068.pdf>

Congreso de la República de Colombia (8 de septiembre de 2014) Ley 1733 de 2014. DO: 49.268. <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1733014.pdf>

Ceballo, Y., De Vasconcelos, J., y Ferreira, A. (2012). Efectos de un Programa de Arte Terapia sobre la Sintomatología Clínica de Pacientes con Esquizofrenia. *Revista Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 7, 207 – 222. <https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view-File/40771/39079>

- Del Rio, M., y Palma, A. (2007). Cuidados Paliativos: historia y desarrollo. *Revista Boletín Escuela de Medicina U.C. Pontificia Universidad Católica de Chile*, Vol. 32 (1), 16 – 22. http://www.agetd.com/phpfm/documentos/publicos/paliativos/Historia_de_los_Cuidados_Paliativos.pdf
- Fabres, G. (2011). *Arte terapia y Esquizofrenia*. Universidad de Chile. Facultad de Artes. http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2011/ar-fabres_g/pdfAmont/ar-fabres_g.pdf
- Fernández, M., Paz, M., Nieves, M., y Cruz, F. (2013). Experiencias y Obstáculos de los Psicólogos en el Acompañamiento de los Procesos de Fin de Vida, *Revista Anales de Psicología*, Vol. 29 (1), 1 – 8, Universidad de Granada, España. <http://www.redalyc.org/pdf/167/16725574001.pdf>
- Foti, M., Bartels, S., Van Citters, A., Merriman, M., y Fletcher, K. (2005). End of Life Treatment Preferences of Persons with Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, Vol. 56 (5), 91 – 585. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.56.5.585>
- Fundación HUMANS. (2020). Humanización en Salud Mental. Sociedad Española de Psiquiatría. ISBN 978-84-17372-95-8. <http://www.fundacionhumans.com/humanizacion-en-salud-mental/>
- Garaigordobil, M. y Pérez, J. (2002) Efectos de la participación en el Programa de arte Ikertze sobre la creatividad verbal y gráfica. *Revista Anales de Psicología*, 18,1, 95- 110.

González, P. (2013). *Los Cuidados Paliativos en la Enfermedad Mental*. Instituto de Investigación en Envejecimiento. Universidad de Murcia. <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2016/12/los-cuidados-paliativos-en-la-enfermedad-mental.pdf-ultimo.pdf>

Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental (2009). Servicio Murciano de salud. Subdirección de salud mental. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf

Guía práctica clínica de Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de la Esquizofrenia (2017). Ministerio de Salud Pública. 1a ed. Quito: Dirección Nacional de Normatización. <http://salud.gob.ec>

Guía de práctica clínica para el Diagnóstico, Tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia (2014). Guía No 29. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC-Esquizofrenia-Completa.pdf>

Karlsogdt, K., Sun, D. y Cannon, T. (2010). Structural and Functional Brain Abnormalities in Schizophrenia. *Revista Curr Dir Psychology*, 19 (4), 226 – 231. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235761/>

Llavina, N. (2014). La Peligrosa Estigmatización de las Enfermedades Mentales. *Diario El Español*. (10 de abril de 2019). <https://omicro.no.elespanol.com/2014/09/la-peligrosa-estigmatizacion-de-las-enfermedades-mentales/>

Loubat O., M., Lobos, R. y Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, Vol. 12 (39), 15-25

Mas-expósito, L., Amador, J., Gómez, J. y Lalucat, L. (2013). Review of psychotherapeutic interventions for people with schizophrenia. *The UB Journal of psychology*, Vol. 43, (1), 101-106. <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/264850/352537>

Ministerio de Salud y protección social de Colombia. (2014). *Ley 1733 de 2014*. (30 de abril de 2019). <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/LEY%201733%20DEL%2008%20DE%20SEPTIEMBRE%20DE%202014.pdf>

Ministerio de Salud y protección social de Colombia. (2014). *Anexo técnico: Calidad y humanización de la atención a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>

Ministerio de Salud de Colombia. (2019). En Colombia la Prevalencia de la Esquizofrenia representa el 1% de la población (30 de abril de 2019). <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/esquizofrenia-representa-el-1-poblacion.aspx>

Montaño, L., Nieto, T., y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y Tratamientos Psicológicos: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica, Clínica teórica y práctica*, Vol. 4 (1), 86 – 107. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815165>

- Organización de Naciones Unidas. (1991). Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Resolución 46/119. <https://www.alansaludmental.com/%C3%A9tica-y-ddhh-en-sm/organismos-institucionales/onu/#:~:text=1991%3A%20Resoluci%C3%B3n%2046%2F119%2C,de%20derechos%20en%20Salud%20Mental.>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud mental: Un estado de Bienestar* (14 de abril de 2019). Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud mental* (12 de abril de 2019). http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2019) *Esquizofrenia* (12 de abril de 2019). <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Orellana, G., Rodríguez, M., Gonzales, N., y Duran, E. (2017). Esquizofrenia y su Asociación con Enfermedades Médicas Crónicas. *Revista médica Chile, Vol. 145 (8)*, 1047-1053. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000801047
- Ortega, C. y López, F. (2005). Intervención Psicológica en Cuidados Paliativos: revisión y perspectivas, *Revista Clínica y Salud, Vol. 16 (2)*, 143 – 160. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180616104002.pdf>
- Parks, J., Svendsen, D., Singer, P. y Foti, M (2006). Morbidity and Mortality in people with serious Mental Illness. National As-

sociation of State Mental Health Program Directors. <https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf>

Petkari, E. (2010). *Determinantes Longitudinales de Calidad de Vida en Esquizofrenia*. Universidad de Granada. Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría. <https://hera.ugr.es/tesisugr/18917276.pdf>

Pessini, L. y Bertachini, L. (2006). Nuevas Perspectivas en Cuidados Paliativos. *Revista Acta Bioethica*, Vol. 12, (2), 231 - 242. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v12n2/art12.pdf>

Rodríguez, N. (2005) *Arteterapia. Talleres de Psicoestimulación a través de las artes*. Fundación Uszheimer

Rozalén, L. (2018). Como Sociedad nos hace falta humanizar el arte del buen morir. *Revista San Juan de Dios*, Vol. 597, 16 – 17. https://issuu.com/plataformadigital/docs/revista_sj-d_n__597__septiembreoctu?fbclid=IwAR0lgymfSS1vAdm-cYuBN0w724bYo_ZsEYgsd1ua5MrG3rRMpAX4QjY8ziI

Ruiz, A (2014). *Conexión entre Arteterapia y Esquizofrenia. Un estudio de caso*. Facultad de Artes. Universidad de Chile. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117650/ruiz-andrea.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ruiz, M., Aceituno, D. y Rada, G (2017). Arteterapia, ¿Es efectiva en la esquizofrenia? *Revista electrónica Medwave*. Vol. 17. Santiago de Chile. <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/ResEpis/6845.act?ver=sindisenio>

- Saiz, J., Bobes, J., Vallejo, J., Giner, J. y García, M. (2008). Consenso sobre la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Universidad de Alcalá de Henares, Oviedo, Central Barcelona, y Sevilla. *Revista Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 36 (5). 251-264. https://www.1decada4.es/pluginfile.php/716/mod_label/intro/Consenso_salud_fisica.pdf
- Saiz, R., Vega, D. y Sánchez, P. (2010). Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Revista Clínica y Salud*, Vol. 21, (3), 235-254. <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180615360004.pdf>
- Sampson, S., Mansour, M., Maayan, N., Soares-Weiser, K. y Adams, C. (2013). Intermittent Drug Techniques for Schizophrenia (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 7. Art N° CD006196. <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006196.pub2/epdf/full>
- Sarmiento, M. (2011). El Cuidado Paliativo: un Recurso para la Atención del Paciente con Enfermedad Terminal. *Revista Salud Bosque*, Vol. 1 (2), 23-37. https://issuu.com/universidaddelbosque/docs/rev_saludbosque_vol1_num2
- Sedó, A (2015). *Cuidados paliativos en pacientes con trastorno mental severo*. Escola Universitaria d'Infermeria Gimbernat. Sant Cugat del Vallés. <http://eugdspace.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/256/Cuidados%20Paliativos%20en%20Pacientes%20con%20Trastorno%20Mental%20Severo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Selma, H. (2012). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, Vol. 2 (1), 80-129.

<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/download/33/50>

Schultz, S., North, S. y Shields, C. (2007) Schizophrenia: A Review. University of Rochester School Of Medicine And Dentistry. *American Family Physician*. Vol 75, N° 12. https://www.researchgate.net/publication/6217444_Schizophrenia_A_review

Tejada, P. (2016). Situación actual de los Trastornos Mentales en Colombia y el Mundo: Prevalencia, Consecuencias y Necesidades de Intervención. *Revista Salud Bosque*, Vol. 6 (2), 29 - 40. https://www.researchgate.net/profile/Paola_Tejada/publication/319843576_CURRENT_SITUATION_OF_MENTAL_DISORDERS_IN_COLOMBIA_AND_THE_WORLD_PREVALENCE_CONSEQUENCES_AND_INTERVENTION_NEEDS/links/59bdaf1c458515e9cfd52b8/CURRENT-SITUATION-OF-MENTAL-DISORDERS-IN-COLOMBIA-AND-THE-WORLD-PREVALENCE-CONSEQUENCES-AND-INTERVENTION-NEEDS.pdf

Trapero, S. (2017) *La Humanización en la Atención del Paciente Agitado con Esquizofrenia*. Universidad de Cantabria. Recuperado de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11766/Trapero%20Pons%20Sara.pdf?sequence=4>

Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos Psicológicos Eficaces para la Esquizofrenia. *Revista Digital Psicothema*, Vol. 13 (3), 345 – 364. <http://www.psicothema.com/pdf/459.pdf>

Vassiliadou, M (2001). *La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos: Arte terapia y Esquizofrenia*.

Departamento de didáctica de la expresión plástica. Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/4856/1/T25317.pdf>

Woods, A., Willison, K., Kington, C. y Gavin, A. (2008). Palliative Care for People with Severe Persistent Mental Illness: a review of the literature. *The Canadian journal of psychiatry*, Vol. 53 (11), 36 – 725. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19087466>

World Health Organization (2018). Definición de cuidados paliativos. (25 de abril de 2019). <http://www.who.int>

Sobre los autores

Lucely Obando Cabezas

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

✉ lucely.obando@unilibre.edu.co; lucelyo@gmail.com

Psicóloga egresada de la Universidad del Valle, colombiana, magister en Salud Pública de la Universidad del Valle, miembro del Colegio Colombiano de Psicólogos COLPSIC. Amplia experiencia en psicología clínica en el ámbito hospitalario y en la docencia, realizando supervisión de práctica profesional en el área clínica; directora de varios proyectos de investigación en Psicología Clínica y de la salud. Actualmente es docente de la Universidad Libre Seccional Cali, en el programa de Psicología y de la Universidad de San Buenaventura Seccional Cali, en la Facultad de Psicología. Investigadora integrante del grupo “Investigación y acción psicosocial en violencia, desastres y construcción de paz”: PSIDEPAZ de la Universidad Libre, autora en los últimos años de varios artículos publicados en revistas indexadas en categoría A y B.

Alonso Tejada Zabaleta

<https://orcid.org/0000-0002-4325-9667>

✉ alonso.tejada@unilibre.edu.co; alonsotejada@gmail.com

Psicólogo, Universidad Católica de Colombia (Bogotá); magister en Dirección Universitaria, Universidad de los Andes (Bogotá); doctor en Psicología con énfasis en Psicología Social, Universidad de Sao Paulo (Brasil). Docente, investigador y administrador universitario. Asesor, consultor e investigador en Psicología Clínica y de la Salud, Organizacional, Educativa, Social y Comunitaria. Investigador y consultor en procesos psicosociales relacionados con la psicología

clínica y de la salud, procesos psicosociales en humanización en salud y organizaciones psicosocialmente saludables. Tutor mgGAP de la OPS/OMS y la Universidad de Antioquía. Profesor jubilado de la Universidad del Valle: Último cargo: profesor titular de tiempo completo. Actualmente: profesor titular jornada completa e investigador Grupo de Investigación y Acción Psicosocial en Violencias, Desastres y Construcción de Paz (PSIDEPAZ), en las líneas de investigación en salud mental, violencia, desastres y agencias y formación del psicólogo de la Universidad Libre – Seccional Cali, Programa de Psicología. Representante del campo de psicología social, ambiental y comunitaria de COLPSIC (Colegio Colombiano de Psicología), Capítulo Valle del Cauca.

María Ceila Galeano Bautista

<https://orcid.org/0000-0002-6679-4259>

✉ ceila.galeanob@unilibre.edu.co; gessolcali@gmail.com

Psicóloga de la Universidad de la Sabana (Bogotá, Colombia), magíster en Salud Pública de la Universidad del Valle (Cali, Colombia). Con una amplia experiencia en el campo clínico y de la salud, que le ha permitido el desarrollo de competencias, por un lado, para la evaluación, diagnóstico, intervención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de pacientes a nivel individual y grupal y, por otro lado, para implementar y liderar procesos de formación en diferentes niveles de educación formal y no formal.

Además, posee experticia en el manejo de grupos, en la coordinación de programas y en docencia a nivel universitario en el área clínica y de la salud, investigación en Psicología, asesoría de prácticas profesionales y de trabajos de grado desde el 2000 hasta la fecha.

Actualmente hace parte del equipo de docentes en la Facultad de Ciencias de la Salud, programa de Psicología de la Universidad Libre Seccional Cali y en la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, programa de Psicología de la Universidad San Buenaventura Cali. Y es miembro del Colegio Colombiano de Psicólogos COLPSIC

Marinella Rivera Escobar

<https://orcid.org/0000-0003-4701-1260>

✉ marinella.riverae@unilibre.edu.co; marinela.riverae@gmail.com

Psicóloga, magister en Psicología, estudiante de doctorado en Humanidades de la Universidad del Valle (Colombia). Actualmente es docente jornada completa programa de Psicología Universidad Libre - Seccional Cali. Investigadora del Grupo de Investigación y Acción Psicosocial en Violencias, Desastres y Construcción de Paz (PSIDPAZ), de la Universidad Libre, en la línea de investigación guerra, DDHH y construcción de paz, y en la línea salud mental, violencias y agencias, directora del Semillero Muntú, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Psicología; con amplia experiencia en comunidades afrocolombianas.

Carolina Piragauta Álvarez

<https://orcid.org/0000-0003-4009-8535>

✉ carolina.piragauta@unilibre.edu.co; carolinapira@gmail.com

Psicóloga, Universidad Javeriana Cali, magister en Neurociencias: Diagnóstico, tratamiento e Intervención de Trastornos mentales, Neuropsiquiátricos y Neuropsicológicos, Universitat de Catalunya; magister en Psicología con Énfasis en Investigación, Universidad San Buenaventura Cali. Doctorado en Psicología (c), Universidad

de San Buenaventura, Cali. Directora del Programa de Psicología de la Universidad Libre Seccional Cali. Coordinadora Nacional de la Red Colombiana de Atención Psicología en Emergencias y Desastres, (RECAPED) del Colegio Colombiano de Psicólogos. Instructora OFDA/ USAID, en seguridad escolar, CPI. Certificación en Sistema Comando Incidentes. Tutora mhGAP de la OPS/OMS y la Universidad de Antioquía. Miembro de REDULAC/RRD Junta Directiva. Investigadora del Grupo de Investigación y Acción Psicosocial en Violencias, Desastres y Construcción de Paz (Psidepaz) en la línea de investigación salud mental, violencia, desastres y agencias. Psicóloga – Universidad Javeriana Cali.

Lina Fernanda Vélez Botero

<https://orcid.org/0000-0003-1186-9003>

✉ cuidadores.salud@colpsic.org.co; linafernandav@gmail.com;
saludmentalcuidadoresunilibre@gmail.com

Psicóloga – Universidad Javeriana Cali. Magíster en Psicología con énfasis en investigación, Universidad San Buenaventura Cali, coordinadora del Programa IPED, Programa de Intervención Psicológica en emergencias y desastres. Fundación PSICOCLIES (Desde 2006). Instructora OFDA/ USAID, en seguridad escolar y CPI. Fue integrante del grupo de profesionales de la Defensa Civil Colombiana - Seccional Valle, encargada de fortalecimiento de la salud mental en los equipos de primera respuesta. Representante RECAPED (Red Colombiana de Psicología de Emergencias y Desastres) capítulo Valle, Cauca, Nariño y Putumayo. COLPSIC. Docente media jornada Universidad Libre Cali, Programa de Psicología (2013 a la fecha). Docente a cargo de Práctica Profesional en contextos hospitalarios e investigación aplicada. Investigadora

activa Grupo de Investigación y Acción Psicosocial en Violencias, Desastres y Construcción de Paz (PSIDEPAZ). Universidad Libre Programa de Psicología– Seccional Cali. Encargada de diseñar e implementar programas de cuidado al cuidador a partir del diagnóstico de la salud mental e identificación de factores de riesgo y de protección psicosocial de los trabajadores del cuidado.

Jéssica López Peláez

<https://orcid.org/0000-0001-6529-9160>

✉ jessica.lopezpelaez@gmail.com

Psicóloga colombiana de la Universidad de los Andes, magister en Psicología Cognitiva de la Universidad de Buenos Aires, diplomado interdisciplinar en Cuidados Paliativos de la USC y miembro de la Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia- ASOCUPAC y de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos ALCP. Experiencia docente y clínica en el campo de la psicología de la salud. Actualmente es docente investigadora de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali, su campo clínico y de estudio está enfocado en patología coronaria, oncológica y cuidados paliativos. Investigadora integrante del Grupo de Salud y Movimiento de la Universidad Santiago de Cali.

Ángela Patricia Acosta Pulido

<https://orcid.org/0000-0002-6772-5749>

✉ angela_acosta@hotmail.com

Psicóloga, egresada de la Universidad Santiago de Cali, perteneciente al Semillero de Salud y Cognición. Con práctica en el área de Bienestar

Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario:
la humanización en los servicios de salud como objetivo primario

Universitario y énfasis en la psicología clínica. Actualmente realiza consulta particular por medio de su propio proyecto de atención psicológica virtual.

Andrea Valeria Viveros Balanta

<https://orcid.org/0000-0002-3954-1352>

✉ valerita.viveros30@hotmail.com

Psicóloga, egresada de la Universidad Santiago de Cali. Con conocimientos para realizar intervenciones de carácter individual y grupal en problemáticas subjetivas, sociales y de la salud mental, en el campo clínico, educativo, organizacional, social y comunitario en distintos escenarios.

Pares Evaluadores

Nelson Contreras Coronel

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2264-8225>

Universidad Tecnológica de Pereira

Hoover Albeiro Valencia Sánchez

Investigador Asociado (I)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9193-2089>

Universidad Tecnológica de Pereira

Ricardo Antonio Torres Palma

Investigador Senior (IS)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4583-9849>

Universidad de Antioquia, Medellín.

Jorge Ladino Gaitán Bayona

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9539-4660>

Universidad del Tolima

Maury Almanza Iglesia

Investigador Senior (IS)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3880-4683>

Universidad Simón Bolívar de Barranquilla

Alejandro Alzate

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0832-0223>

Universidad Icesi y Universidad Católica

Arsenio Hidalgo Troya

Investigador Asociado (I)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6393-8085>

Universidad de Nariño

Luis Alfredo Gonzalez Monroy

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7249-4677>

Universidad del Magdalena

Kevin Alexis García

Investigador Asociado (I)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8412-9156>

Universidad del Valle

Clara Viviana Banguero Camacho

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4518-6799>

Universidad Libre

Carolina Sandoval Cuellar

Investigador Senior (IS)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1576-4380>

Universidad de Boyacá

Lista de Tablas

Lista de gráficas

Gráfica No 1. Edades y tipo de participantes en fase de diagnóstico.....	62
Gráfica No 2. Distribución de participación por cargos	74
Gráfica No 3. Porcentaje Género de participantes.....	95
Gráfica No 4. Porcentaje de participantes que logran transformar e identificar emociones.....	98
Gráfica No 5. Tipos de transformación de las emociones	99
Gráfica No 6. Categorización de los resultados “Viernes de sonrisa”	107
Gráfica No 8. Actividades realizadas con usuarios.....	127
Gráfica No 9. Porcentaje de género por actividad.....	127
Gráfica No 10. Porcentaje género de participantes cartas al remitente.....	131
Gráfica No 11. Resultados evaluación cartas al remitente.....	131
Gráfica No 12. Porcentaje género participantes en actividad “Monstruos Come Temores”	134
Gráfica No 13. Resultados evaluaciones actividad monstruos de las emociones.....	135
Gráfica No 14. Porcentaje género participantes actividad muñeco quitapenas.....	138
Gráfica No 15. Porcentaje edad de participantes actividad muñeco quitapenas	138
Gráfica No 16. Resultados de evaluaciones actividad muñeco quitapenas.....	139
Gráfica No 17. Porcentaje género de participantes actividad “Viernes de sonrisa”	141

Gráfica No 18. Porcentaje edad de participantes actividad “Viernes de sonrisa”	141
Gráfica No 19. Resultados de evaluaciones actividad “Viernes de sonrisa”	142
Gráfica No 20. Género de participantes actividad “Educando ando”	146
Gráfica No 21. Resultados evaluaciones de actividad “Educando ando”	147
Gráfica No 22. Porcentaje género de participantes actividad Deberes y derechos	150
Gráfica No 23. Edad de participantes actividad Deberes y derechos	151
Gráfica No 24. Resultados de evaluación actividad Deberes y derechos	152
Gráfica No 25. Género de participantes actividad MINIMAPS.....	154
Gráfica No 26. Edad de participantes actividad MINIMAPS	154
Gráfica No 27. Resultados evaluación de actividad MINIMAPS	155
Gráfica No 28. Porcentaje de beneficiados por género.....	186
Gráfica No 29. Porcentaje de beneficiados por rango de edad...	186
Gráfica No 30. Porcentaje de tipo de beneficiado	187
Gráfica No 31. Porcentaje de estrés y fatiga laboral percibida pre y post	190

Lista de Figuras

Figura No 1. Contextos de humanización en salud	39
Figura No 2. Representación gráfica de los agentes de la salud en el modelo de humanización.....	41
Figura No 3. Procesos de humanización en los usuarios como actores, agentes y comunidad.....	43
Figura No 4. Representación gráfica de la integración de los elementos del sistema de humanización.....	44
Figura No 5. Rol de la psicología en Urgencia.....	61
Figura No 6. Análisis ecológico: niveles macro, meso y microsistémicos.....	63
Figura No 7. Factores de Riesgo en Salud Mental y Física.....	64
Figura No 8. Factores Protectores de la Salud Mental y Física	65
Figura No 9. Relación Bienestar-salud y Estrategias de Acción....	66
Figura No 10. Proceso de revista Psicológica en el servicio de Urgencias	72

Lista de Imágenes

Imagen No 1. Los muñecos quitapenas	159
Imagen No 2. El monstruo de las emociones	160
Imagen No 3. Mensajes viernes de sonrisas	160
Imagen No 4. Minimaps servicio de urgencias	161

Tabla de Cuadros

Cuadro No 1. Dimensiones de humanización/ deshumanización.....	25
Cuadro No 2. Programa de intervención “Cúidate para cuidar”	91
Cuadro No 3. Proceso de intervención y actividades implementadas en el servicio.....	128
Cuadro No 4. Sesiones realizadas por actividad.....	130
Cuadro No 5. Temáticas psicosociales trabajadas programa “COMFIA”	184

Distribución y Comercialización /

Distribution and Marketing

Universidad Santiago de Cali

Publicaciones / Editorial USC

Bloque 7 - Piso 5

Calle 5 No. 62 - 00

Tel: (57+) (2+) 518 3000

Ext. 323 - 324 - 414

✉ editor@usc.edu.co

✉ publica@usc.edu.co

Cali, Valle del Cauca

Colombia

Diagramación

Diana María Mosquera Taramuel

diditaramuel@hotmail.com

diagramacioneditorialusc@usc.edu.co

Cel. 3217563893

Este libro fue diagramado utilizando fuentes tipográficas Adobe Garamond Pro en sus respectivas variaciones a 13 puntos en el contenido, y Montserrat Bold para los títulos a 14 puntos.

Impreso en el mes de diciembre de 2020,

se imprimieron 100 ejemplares en los

Talleres de SAMAVA EDICIONES E.U.

Popayán - Colombia

Tel: (57+) (2) 8235737

2020

Fue publicado por la Facultad de Salud de la
Universidad Santiago de Cali.