

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 conflictos 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)

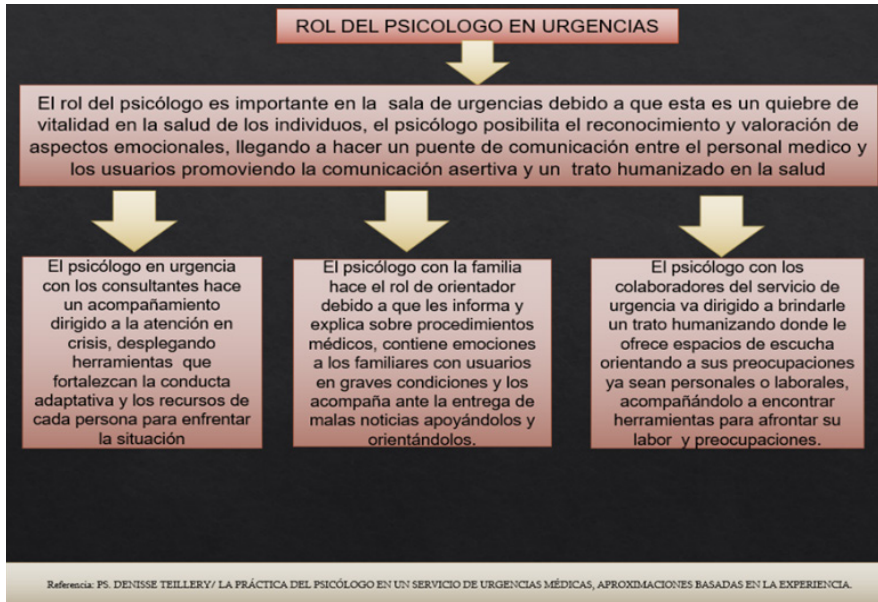
Al centrarse en la cuarta área de intervención, los procesos de humanización están relacionados tanto con lo que acontece al

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

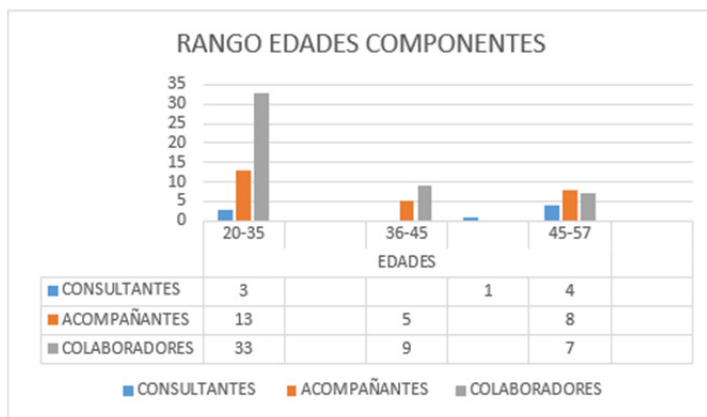
En este proyecto de investigación – acción cada objetivo dio origen a una fase 1. Diagnóstico (observación, pedidos), 2. Diseño del plan de acción, 3. Implementación y evaluación; a estas se sumó una cuarta para la elaboración de informes.

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).

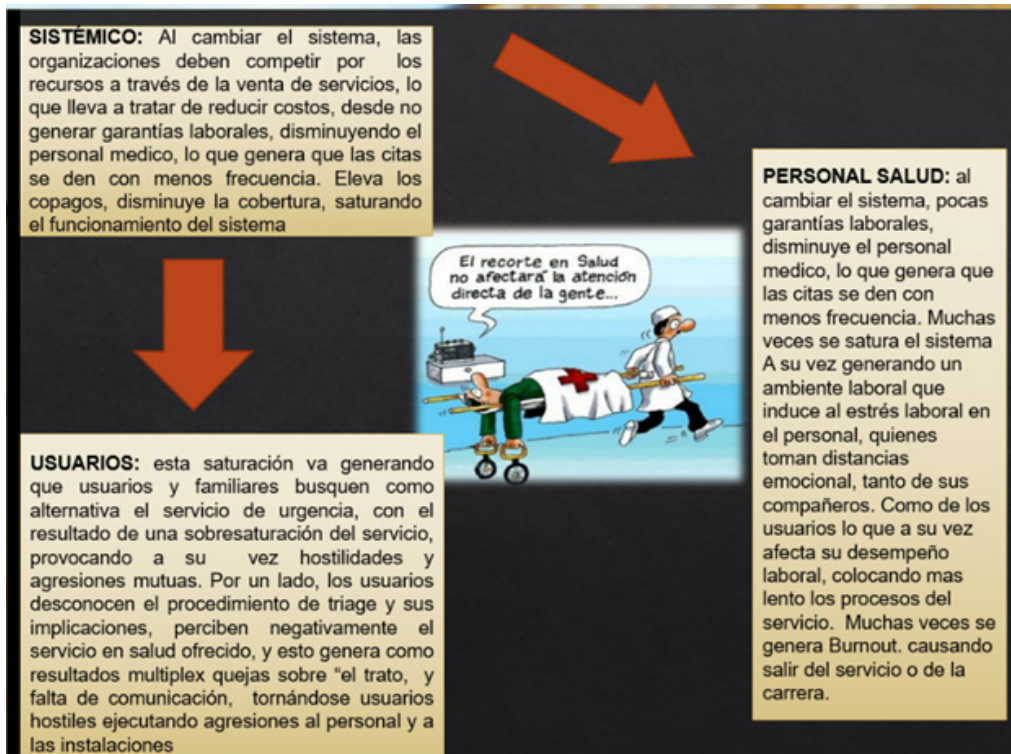
Gráfica No 1. Edades y tipo de participantes en fase de diagnóstico



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

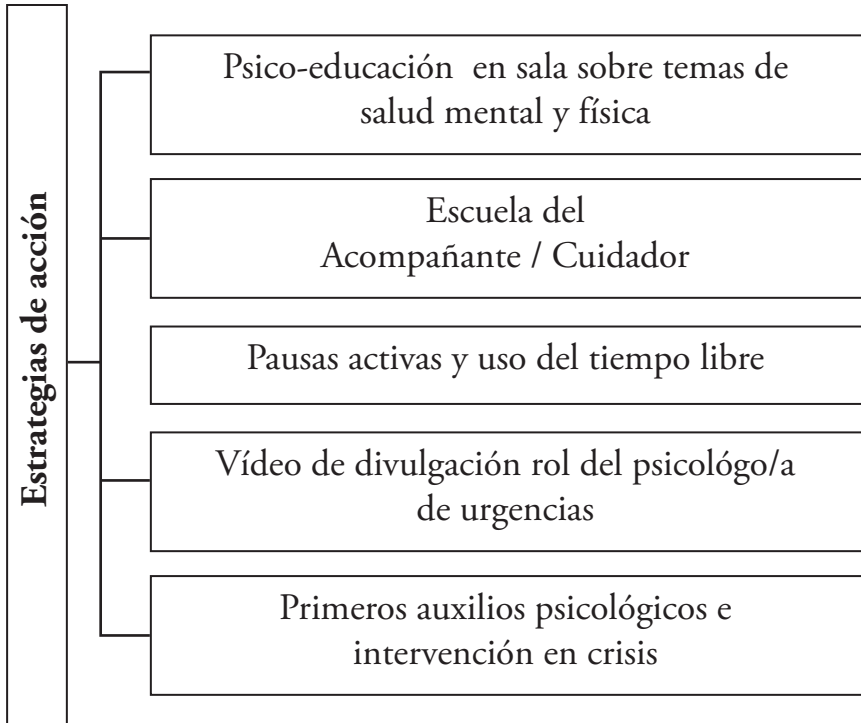
Figura No. 8. Factores Protectores de la Salud Mental y Física

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 (cartelera, 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).

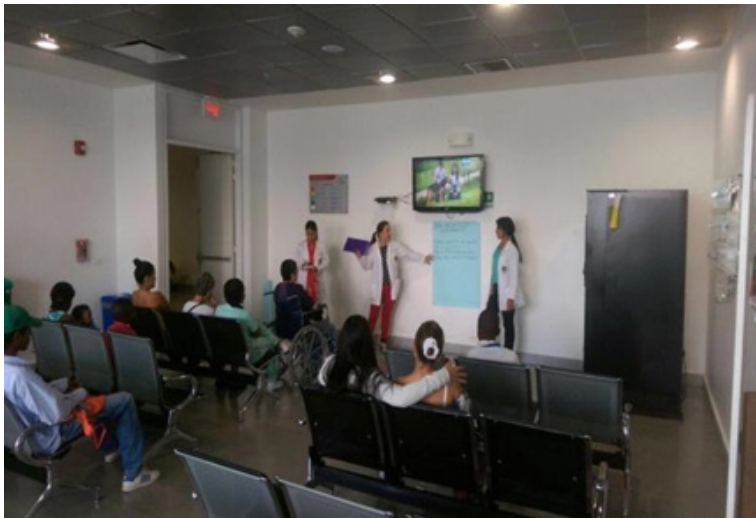
En el caso de los agentes de la salud las acciones se centraron en disminuir el estrés laboral mediante pausas activas y una jornada recreativa. En los siguientes párrafos se presentan algunas citas de los y las participantes y ejemplos de las actividades realizadas.

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

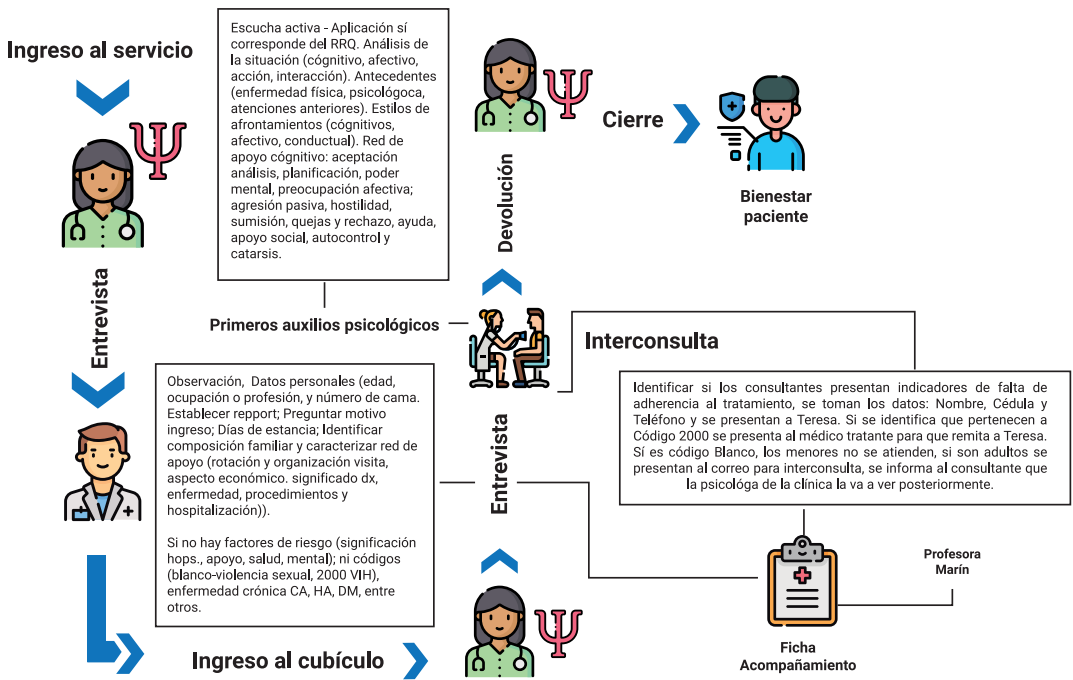
- 6.. Triage:** Se ofrecía información sobre el Triage; algunas reflexiones al respecto fueron “siendo una clínica de nivel 3, más rápido deberían atender porque las urgencias son mayores”, “me tranquilizan mucho estas actividades porque así conocemos en qué consisten los tiempos de espera, necesitamos 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.).

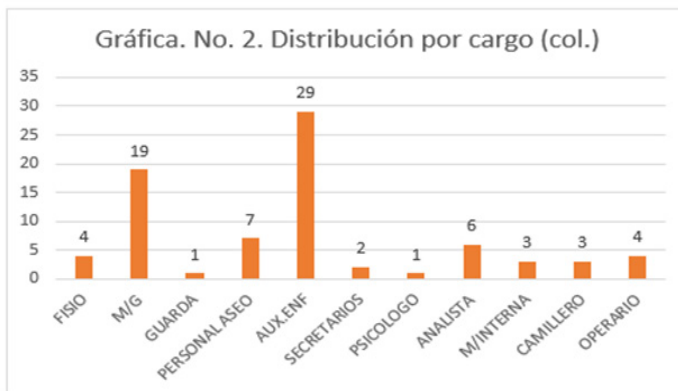
12. **Señales para consultar por urgencias:** Se les informan aspectos relevantes en riesgo de paro cardíaco, de aborto o diarrea. Algunos acompañantes consideraron que “me parece muy importante que hablen de estos temas ya que muchos de nosotros somos muy dejados”.
13. **Ruta de atención infantil:** 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).