

# El acompañamiento psicológico a pacientes quemados como estrategia de intervención para la adaptación al medio hospitalario

*Psychological support for burn patients as an intervention strategy for adaptation to the hospital environment*

**Lucely Obando Cabezas**

Universidad Libre, Seccional Cali.

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

**Karen Parra Favaroni**

Universidad San Buenaventura, Cali.

© <https://orcid.org/0000-0002-2290-5076>

**Isabella Merchan Dellscherff**

Universidad San Buenaventura, Cali.

© <https://orcid.org/0000-0002-4471-9610>



*Cita este capítulo / Cite this chapter*

Obando Cabezas, L.; Merchan Dellscherff, I. y Parra Favaroni, K. (2022). El acompañamiento psicológico a pacientes quemados como estrategia de intervención para la adaptación al medio hospitalario. En: Obando Cabezas, L. (ed. científica). *Abordaje psicosocial y biomédico al paciente quemado. Una perspectiva interdisciplinaria*. (pp. 145-174). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.



Actividades lúdicas terapéuticas con niños. Fuente: Reseña fotográfica realizada por autoras.

## Resumen

Este texto corresponde a un ejercicio de sistematización de los logros obtenidos en procesos de intervención psicológica basados en la psicoeducación y en la terapia lúdica que se realizaron a personal de salud, cuidadores primarios y pacientes hospitalizados en un servicio de quemados y que tuvieron como finalidad la adaptación al medio hospitalario. Los hallazgos muestran que formas de intervención grupales o individuales que apunten al manejo del dolor, la comunicación asertiva con el paciente, la humanización del trato al paciente y la expresión de emociones reduce la sintomatología psicológica del paciente, además de mejorar la comunicación y colaboración interprofesional del personal de salud que trabaja con esta población hospitalizada

**Palabras claves:** paciente quemado, afrontamiento, adaptabilidad, terapia lúdica.

## Summary

This text corresponds to an exercise in the systematization of the achievements obtained in psychological intervention processes based on psychoeducation and play therapy that were carried out on health personnel, primary caregivers and patients hospitalized in a burn service and whose purpose was to adaptation to the hospital environment. The findings show that forms of intervention, group or individual, that seek pain management, assertive communication with the patient, the humanization of treatment of the patient and the expression of emotions, reduces the psychological symptoms

of the patient, in addition to improving communication and interprofessional collaboration of health personnel who work with this hospitalized population

**Keywords:** burn patient, coping, adaptability, play therapy.

## Introducción

Los periodos de hospitalización para los pacientes quemados suelen venir adheridos de diferentes situaciones que pueden tanto aumentar como disminuir, así como vivir complicaciones o cambios repentinos sobre las medidas iniciales definidas para el tratamiento. Desde la necesidad de diferentes intervenciones quirúrgicas, los cambios necesarios de acuerdo a la recepción del medicamento tanto de analgésicos como procesos de curación, los acompañamientos para su rehabilitación o adaptabilidad ante posibles condiciones de inmovilización, además de los factores de riesgo e impacto o estigmatización por las secuelas vividas, son parte de los aspectos tenidos en cuenta que suponen una condición de alerta donde, por ejemplo, la adaptación del paciente a dichas situaciones, deberán ser evaluados ya que de aquellos elementos se define un posible desarrollo efectivo del tratamiento que puede recibir.

Según Barra (2008), el estado anímico influye directamente sobre el estado de salud de un sujeto, afirmando que altos niveles de estrés pueden volverse predictores agravantes del estado de salud. En este sentido, los factores generadores de estrés dentro del contexto de hospitalización pueden provocar en el paciente un decaimiento anímico que provoque labilidad en la modulación de afecto y desborde emocional, factor que puede incidir en su adecuado proceso de recuperación, de ahí que resulte pertinente intervenir sobre los aspectos anímicos, emocionales y afectivos del paciente, facilitando la adecuada adherencia al tratamiento y, adicional a ello, amenizando el proceso hospitalario, generando que la percepción de las condiciones de hospitalización se transformen a un sentir positivo.

La atención en salud en servicios dedicados al cuidado de pacientes quemados requiere de un esfuerzo por el reconocimiento de la condi-

ción particular de cada paciente, así como de su contexto, familiares y calidad de vida. Las estrategias de afrontamiento, la confrontación ante su nueva condición o la psicoeducación respecto a su tratamiento y nuevas formas de sostener una calidad de vida, hacen parte de las estrategias donde la psicología desde su acompañamiento puede posicionarse y permitir un adecuado manejo del caso. Sobre ello, el presente estudio pretende reconocer las estrategias de afrontamiento desarrolladas por pacientes hospitalizados en un servicio de unidad de quemados, de un hospital de alta complejidad de Cali, Colombia.

La adaptabilidad de cada paciente supone una posición particular, donde emergen diferentes necesidades que deben ser escuchadas; las dificultades para la estancia en los servicios de hospitalización, la dificultad para la contención y manejo del dolor, la labilidad en el afecto y el desconocimiento de las labores de los profesionales del servicio por parte del paciente, son parte de las situaciones que debe afrontar. Las necesidades que dentro de sus funciones busca cumplir el psicólogo en dichos servicios corresponden a ejercicios aplicados ya sea de manera individual o grupal, así como actividades psicoeducativas y de reconocimiento, donde se brinde una mayor consciencia del tratamiento al paciente, y consolidar de este modo un trabajo enriquecido donde el paciente comprenda cada parte de su proceso, y el talento humano en salud se pueda sensibilizar ante la cobertura de demandas y especificidades que cada caso puede tener.

## **Fundamentos teóricos para la adaptabilidad del paciente quemado hospitalizado**

Para comprender en detalle aquellos elementos señalados sobre el acompañamiento y adaptabilidad del paciente quemado, se considera pertinente una revisión sobre aspectos de interés respecto al tratamiento y cuidado, así como características de su intervención.

Fernández, Puebla & Carrito (2015) afirman que las quemaduras se caracterizan por ser lesiones traumáticas, donde el paciente no precisa de tiempo para prepararse para la hospitalización, como sí se da en el caso de lo que ellos denominan como una hospitalización “electiva” en donde el paciente es avisado que será ingresado a un proceso

de hospitalización, por tal motivo su investigación fue anclada a la identificación de las alteraciones psicológicas en el paciente quemado, a través de un estudio descriptivo con 62 pacientes que fueron ingresados a la unidad de quemados del hospital Carlos M. de Céspedes de Bayamo, en Granma, concluyendo que los pacientes quemados presentan durante el proceso de hospitalización síntomas de ansiedad, depresión, irritabilidad, trastornos de adaptación, donde se puede presentar combinación de varias sintomatologías en un solo paciente.

Por esa misma línea, Gallach, Pérez del Caz, & Vivó (2015), refieren que los pacientes quemados presentan un alto riesgo de presentar alteraciones psicológicas, puesto que el proceso de hospitalización puede implicar reacciones emocionales negativas tales como los altos niveles de estrés, deterioro cognitivo, disminución o aumento del apetito, insomnio, inhibición social, dificultades en la comunicación, baja motivación y baja autoestima, pueden desencadenar en riesgos para el proceso reflejados en la disfuncionalidad de la adaptación al tratamiento. En concordancia con las posturas anteriores, G. Zárate (2018), refiere que los accidentes por quemaduras, comprometen la integridad física y emocional de un sujeto, representando una experiencia de gran potencialidad traumática, debido a los altos umbrales de dolor y la experiencia emocional general que conlleva, afirmando que por ello resulta necesario en la intervención y el acompañamiento psicológico a través del proceso de hospitalización, que logren esclarecer los conflictos psicológicos del paciente, lo cual impactará positivamente en la recuperación del sujeto.

Sobre los procesos de hospitalización y manejo del dolor Castro, et al., citan a la OMS, refiriendo que la adherencia al proceso de hospitalización se ha convertido en un problema de salud, puesto que los pacientes comúnmente presentan menos del 60% de adecuación a los tratamientos. Por esa misma línea, Rojas, Echeverría, Camargo, (2014) en su publicación acerca de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, refieren que resulta necesario facilitar y garantizar una adecuada adherencia a los diferentes procesos de salud de un paciente, puesto que una de las principales consecuencias de que no se dé adecuadamente la adherencia es la tasa de morbilidad de los pacientes.

Puebla (2005), refiere que, para el tratamiento del dolor agudo en los pacientes, es necesario identificar y evaluar la tipología en la que este dolor se enmarca para de esta manera intervenir según la exigencia de este. Por otro lado, P. Bader, Echtele, Fonteyne, Livadas, De Meerleer, & Paez (2010), en su publicación “Guía clínica sobre el tratamiento del dolor”, refieren que el dolor agudo que habitualmente aparece debido a una agresión dada por el medio es una experiencia de carácter complejo para los pacientes, afirman que, al padecer de dolor agudo, se ven comprometidos componentes de tipo fisiológicos, afectivos, sensoriales, cognitivos y conductuales. El dolor percibido por un paciente va anclado a las interacciones que comprometen factores físicos, psicológicos, culturales y espirituales, afirmando que es necesario intervenir sobre ello para facilitar tanto el proceso de recuperación, como regresar la calidad de vida al paciente.

Las quemaduras graves pueden cambiar la manera cómo el cuerpo se ve y funciona, y producir un trastorno de la imagen corporal. La imagen corporal se define como la percepción de qué tan satisfecha, cómoda y segura se siente una persona con su apariencia (John Lawrence, 2011). Es decir que al tener una quemadura este sujeto estaría teniendo una perspectiva totalmente diferente a la cual tenía antes del accidente, por lo cual estaría ocasionando en el paciente una cierta frustración de su imagen, ya que no es la misma y tendría una insatisfacción de sí mismo, donde también se verá afectada su vida rutinaria en actividades que frecuentaba hacer.

Aproximadamente, un tercio de los niños y adultos que han sobrevivido a quemaduras reportan trastornos significativos relacionados con los cambios en el aspecto de su cuerpo, la manera cómo se sienten y cómo funcionan durante la hospitalización inicial. Afortunadamente, la mayoría de los niños y adultos se ajustan bien con el paso del tiempo; no obstante, casi todo el mundo experimenta algunos altibajos al irse recuperando de las quemaduras y adaptándose al cambio de su apariencia (John Lawrence, 2011).

Con esto se puede entender que al pasar por un proceso de quemadura donde se verán cambios físicos, donde se puede llegar a perder partes del cuerpo, dependiendo de qué tan profunda fue o que tan afectada

se ve la zona, el paciente estaría pasando por significativos cambios en su cuerpo, zona que no tiene el mismo color del resto de su cuerpo, donde pueden quedar cicatrices que sean muy notorias, como puede que no lo sean, y donde se podría llegar a ver sin una parte de su cuerpo, lo cual ocasionará en pacientes pediátricos o adultos un proceso de aceptabilidad a su proceso.

Estos pueden tener una aceptación positiva en el proceso de hospitalización, con algunos altibajos como se dice en la cita, pero también es claro que un proceso de aceptación no es solo durante su estancia hospitalaria si no por fuera de ella, en caso de que se haya tenido alguna pérdida de su cuerpo, donde el proceso con pacientes pediátricos sería más largo.

La gravedad de una quemadura puede variar según la zona que ha sido afectada y según el agente implicado (implemento causante de quemadura) así mismo se podrá hacer un diagnóstico de la gravedad de dicha quemadura y el tratamiento que se seguirá en adelante para tratarla. (Como se cita en Lorente y Esteban, 1988) las quemaduras son lesiones causadas por cualquier agente que origina una variación térmica total. Aunque las alteraciones morfológicas de la piel quemada tienen un patrón similar, su gravedad, pronóstico y evolución suele estar influida por el tipo de agente implicado, extensión del área quemada, periodo de exposición al agente térmico y temperatura del mismo (García, 2010).

Los aspectos que característicamente definen las quemaduras son extensión y profundidad. La extensión se expresa en porcentaje correspondiente a la superficie corporal afectada. La profundidad de las lesiones (epidérmicas, dérmicas superficiales, profundas, subdérmicas y subdérmicas profundas) condiciona el pronóstico local, modifica el pronóstico vital y constituye el principal factor para establecer la indicación quirúrgica recomendada en cada caso (García, 2010).

Como parte de la comprensión de la problemática, se destaca la importancia de situar conceptos como adherencia al tratamiento y mejoramiento anímico. Figueroa (2010), realiza un abordaje metodológico desde una postura observacional analítica de



corte transversal, que abarca la no adherencia al tratamiento en determinado tipo de población, concluyendo que existen factores influyentes de carácter clínico, así como factores relacionados con la vivencia personal del sujeto que impiden la adecuación al tratamiento. Por otro lado, Herrera (2008), bajo un enfoque descriptivo, infiere que las estrategias implementadas para comprometer al paciente con su respectivo diagnóstico, mejora significativamente la tasa de adherencia al tratamiento.

En relación con el estado anímico durante el proceso de hospitalización, Molina, Rodríguez y Rodríguez, (2012), indagan acerca de la relación que existe entre la percepción de intensidad del dolor, el estado de ánimo y la calidad de vida del paciente hospitalizado, concluyendo que la intensidad del dolor afecta directamente los niveles de ansiedad y depresión del paciente, abarcando esferas que empeoran la calidad de vida del mismo. Desde otra perspectiva, investigando factores depresivos prevalentes en el proceso de hospitalización, M. Gómez, en su publicación realizada en Guatemala, en el 2010, encontró que más del 50% de los pacientes hospitalizados presentan en algún momento del proceso síntomas depresivos, que no alcanzan a ser diagnosticados como tal; mientras que otro porcentaje poblacional equivalente al 15.4% presenta depresión clínica diagnosticada. Por otro lado, abarcando el sentir dentro del proceso de hospitalización, en una investigación realizada en Brasil, Meneses, Kay y Costa (2009), concluyen que el paciente durante el proceso de hospitalización presenta sentimientos sensibles y nerviosos síntomas ansiosos debido a la contingencia de la problemática de salud, la cual presenta factores agravantes en caso de redes de apoyos inadecuadas e insuficientes.

Respecto la intervención clínica se destaca además algunas apreciaciones en el manejo específico de la primaria infancia en periodos de hospitalización. La hospitalización infantil supone un acontecimiento vital que genera un gran nivel de estrés y ansiedad en el paciente, ya que supone una separación con su entorno. En función del momento evolutivo en el que se presente la patología que motiva el ingreso, así como las características que definen la misma, existe un riesgo potencial de que se originen una serie de alteraciones emocionales y conductuales en el niño que modifiquen su desarrollo



personal. (Urdiales., 2016) El fuerte impacto que provoca un hecho como la hospitalización, requiere que no solo se atienda a las necesidades fisiológicas que presentan tanto el niño como la familia, sino que se incluya dentro del cuidado la esfera emocional de los mismos (Urdiales., 2016).

De la misma manera, como parte de las intervenciones realizadas, se destaca la definición de la *terapia lúdica*, que consiste en un procedimiento que se trata con lo terapéutico del juego, es decir que no es solo jugar por jugar con el niño, sino que el juego siempre sea psicoterapéutico y simbólico. En este sentido, Axline (1947); Carmichael (2006); Landreth, (2002). refieren que la terapia lúdica Es aquello con lo que los niños puedan aprender a resolver, por ellos mismos, las dificultades que se les presente; que puedan descubrir herramientas de afrontamiento a las necesidades y/o problemas. Como se cita en Axline (1947); Carmichael (2006); Landreth, (2002). Desarrollada inicialmente a finales del siglo XX, hoy en día la terapia lúdica incluye un gran número de métodos de tratamiento, todos ellos aplicando los beneficios terapéuticos del juego. La terapia lúdica difiere del juego normal en el hecho de que el terapeuta ayuda al niño a tratar y resolver sus propios problemas. La terapia lúdica se apoya en la forma natural en que los niños aprenden sobre ellos mismos y sobre sus relaciones con el mundo que los rodea (Zambrano, 2013).

A través de la terapia lúdica, los niños aprenden a comunicarse con los demás, expresar sus sentimientos, modificar su comportamiento, desarrollar la habilidad de resolver problemas y aprender formas de relacionarse con otros. El juego les ofrece una distancia psicológica segura de sus problemas y les permite expresar pensamientos y sentimientos apropiados para su desarrollo (Zambrano, 2013).

Habría que decir también, Los terapeutas pueden trabajar con niños de todas las edades en un ambiente seguro y de confianza para ayudarles a asimilar y procesar experiencias difíciles y aumentar de este modo su autoestima y confianza. Pueden trabajar como parte de un equipo o de forma independiente, y pueden tener una referencia para el apoyo profesional adicional como parte de la terapia. El objetivo principal de un terapeuta de juego es equipar a los niños con conductas más

adaptativas y mejores mecanismos para la vida cotidiana. Esto sirve para ayudar a desarrollar una visión más positiva de su lugar en el mundo (Guerri, 2016).

## Metodología

El estudio desarrollado corresponde a un abordaje de corte cualitativo, de orden descriptivo, donde se buscó evaluar el posicionamiento de la intervención clínica para el acompañamiento y adaptabilidad del manejo realizado con pacientes en el área de quemados de un hospital de alta complejidad, todo ello gracias a la aplicación de intervenciones guiadas por terapia lúdica y aspectos psico educativos respecto al tratamiento y evolución. Se destaca además que consiste en dos intervenciones, por lo cual corresponde a un estudio longitudinal, donde fue posible obtener hallazgos desde dos intervenciones distintas, que permiten reconocer en completo un mayor panorama sobre aquellos factores que convergen en la intervención en servicios de hospitalización.

Como parte de las actividades consideradas se tuvo en cuenta las siguientes:

- **Actividades psico educativas:** Realizadas de manera individual, se entregan folletos con material informativo acerca de los procedimientos realizados, aspectos de su evolución en el tratamiento, explicación de posibles inquietudes sobre los procedimientos, etc. De manera grupal se invita a los pacientes a una dinámica de juego de roles en simulación de un ambiente en donde los pacientes sean los médicos encargados de reconocer la importancia de los procedimientos quirúrgicos. Se realizará ambientación del espacio, y cada paciente deberá asumir el rol de médico o cirujano. Esta actividad tiene como propósito que, a través de la simulación y el discurso de convencimiento al otro, interiorice el mismo significado de sus propias vivencias en el medio hospitalario.
- **Actividad para manejo del dolor:** De manera individual se desarrolla una *clínica del dolor*, con cada paciente se realizan ejercicios de respiración profunda con ambientación del espacio

(música de relajación que incluya frecuencias y decibeles que afecten al cerebro provocando relajación corporal), donde a partir de la respiración controlada disminuya la percepción del dolor. De manera grupal, se invita a los pacientes que por medio de “slime casero”, manipulen dicha sustancia e interactúen con ella por todo su cuerpo. Se espera que la sustancia recorra las manos y los brazos del paciente. Se invita al paciente a manipular la masa a su gusto, invitándolos a dejar que recorra la sustancia. En determinado punto, se invita al paciente a recoger la masa entre sus manos, sin importar que tan extendida se encuentre. Una vez dentro de sus manos, se realizará una reflexión simbólica, donde la masa funcione como analogía del dolor, “podemos dejar que nos recorra, o tomarlo y controlarlo entre nuestras manos”. Tiene como objetivo que los pacientes interioricen la noción de que la percepción del dolor puede ser controlada.

- Manejo de emociones: De manera individual, se propone trabajar aspectos puntuales como: la relajación, el cambio de percepción del ambiente hospitalario, recreación dentro del espacio, a través de actividades, como el dibujo, que respondan a las necesidades y concepciones personales de cada paciente. Desde el trabajo grupal, se dispone de un lienzo en blanco a cada paciente que participe de la actividad. Se colocan a disposición pinturas de diferentes colores. Se invita que a través de diferentes materiales como pinceles y esponjas los pacientes pinten una emoción que ellos identifiquen como recurrente en el proceso de hospitalización. Se permitirá que cada paciente exprese libremente sus ideas en la pintura. Al finalizar la actividad se realizarán devoluciones generales de transformación de los sentires negativos en positivos. El objetivo es amenizar la estancia hospitalaria, puesto que existen investigaciones que afirman que la pintura sirve como herramienta de relajación, de igual manera, se ameniza en el sentido de romper con la rutina de las dinámicas de hospitalización.
- Estrategias de afrontamiento: Desde lo individual, se pretende realizar un acompañamiento estimado por cuatro sesiones, donde puedan identificar aquellas estrategias de afrontamiento

de carácter negativo del paciente, como facilitador de estrategias que le permitan al paciente adaptarse a la estancia hospitalaria. Desde lo grupal, se realiza la actividad *yo propongo*: al igual que en anteriores actividades lúdicas, se invitará al paciente a la Actividad “¿Cómo afronto?”, dentro del área de descanso. Se invitará a los pacientes a formar una especie de círculo o mesa redonda. Se entregará una pelota de plástico pequeña. La dinámica consiste en plantearse diferentes situaciones estresantes o que represente dificultad durante el proceso de hospitalización. Se invita a que un paciente comience expresando qué haría él en esa situación puntual. Se invita a que arroje la pelota a otro paciente al azar, invitando a que cada vez que un paciente tenga la pelota sin importar el número de veces que llegue a sus brazos, deberá decir que haría en ese caso. Se direccionarán los discursos hasta que cada paciente pueda dar cuenta de una estrategia adecuada o positiva para enfrentar la situación mencionada. La intención de la actividad es que el paciente reconstruya a través de sus propios discursos y los de otros pacientes, estrategias de afrontamiento que permitan cambiar perspectivas negativas de afrontamiento.

- **Comunicación asertiva:** Desde la intervención individual, se construye un mapa de emociones centradas en la comunicación, donde se plasme simbólicamente en el mapa la comunicación asertiva, sus cualidades e importancia. Se trabaja de manera individual puesto que cada proceso de hospitalización es diferente y el mapa deberá estar encaminado a cada proceso médico, en el cual se generan dudas personales. Por su parte, en la intervención grupal se invita al personal de salud de la sala (médicos o enfermeras) a realizar la siguiente actividad. Se propondrá una dinámica de teléfono roto, donde en un círculo, una persona inicia con un discurso el cual deberá decirlo al oído de alguien más, impidiendo que los demás escuchen lo que tiene que decir. La persona receptora del mensaje deberá entregarlo de la misma manera a otra, y así sucesivamente hasta llegar a la última. Esta última deberá decir en voz alta lo que se transmitió. Se espera que el mensaje llegue trastocado puesto que se espera que no se pueda repetir tal cual, ya que el mensaje inicial será largo,

dificultando la capacidad de retención. Al finalizar se deberá descubrir que frase fue la original, y evidenciar en que puntos fue transformada. Se realizará devolución al personal sobre la importancia de la comunicación asertiva, dando analogías de que el teléfono roto puede ser la información que se le da al paciente, enfatizando en la importancia de escucharlos y darse a entender.

- **Humanización y sensibilización:** Se realiza con los estudiantes de medicina rotantes de la sala, donde se abarcaron aspectos de humanización del ejercicio médico y comunicación asertiva anclada al bienestar de los pacientes.



*Actividades de sensibilización a personal de salud y estudiantes de Medicina.*

*Fuente: Reseña fotográfica realizada por autoras.*

- **Intervención individual y seguimiento del paciente y su cuidador primario:** La Evaluación Psicológica es un proceso mediante el cual el psicólogo extrae conclusiones respecto a los problemas

de una persona, su inteligencia, su rendimiento, su capacidad de concentración y trabajo, sus rasgos de personalidad, etc. Normalmente, se realiza por medio de la aplicación de una serie de test objetivos y de una entrevista clínica; y culmina con la redacción de un informe (Barraca, 2016). El seguimiento es un procedimiento que ofrece información sobre los pacientes, la posibilidad de confrontar la perspectiva del terapeuta con la del diagnosticado y una ayuda para conceptualizar lo que el terapeuta experimenta en las sesiones con ellos. Es un elemento de ayuda para éste en la medida que permite evaluar la progresión de sus tratamientos, como también para el paciente que puede confrontar la situación presente con otro profesional. El seguimiento es también una herramienta para la investigación sobre los tratamientos y sobre las técnicas de exploración psicológica en sí mismas. Representa una cierta objetivación necesaria para los investigadores y teóricos, siendo ésta una de las pocas ocasiones que el diagnosticador tiene para comprobar sus hipótesis y evaluar la validez de sus instrumentos (Campo, 2000).

- Terapia lúdica:
  - Psicopayasos: Vincula elementos lúdicos, así como informativos e introspectivos sobre su tratamiento, el juego es la actividad principal de ellos, donde corren, sudan, gozan y se ríen, y no puede brindárseles tratamiento especializado al margen de su cotidianidad. Por tales razones, se organizó un grupo de psicoterapia infantil llamado Psicopayasos donde los terapeutas se convirtieron en payasos y a la vez convirtieron a los niños en payasitos, para interactuar psicológicamente, a fin de generar salud psicológica en los menores con trastornos emocionales que asisten a la consulta de psicología (Pérez, 2011). Se brinda aquel espacio como un lugar donde se pueda acudir en momentos de angustia o ansiedad, así como, para aclarar al paciente sobre inquietudes y el manejo ante la separación que ha vivido de su núcleo familiar.





Actividades de psicopayasos con niños hospitalizados y familiares.  
Fuente: Reseña fotográfica realizada por autoras.



- Cuentos: La principal misión del enseñante con el niño hospitalizado consiste en ayudarlo a paliar la vulnerabilidad producida por la enfermedad o, en el caso de que no sea posible completamente, ayudarlo a aceptarla, a vivir con ella y a tratar de alcanzar la mayor autonomía posible. Para ello, la educación debe abandonar como prioridad toda instrucción y resaltar como finalidad primordial la de proporcionar al alumnado hospitalizado ayuda en sus necesidades y apoyo en sus posibilidades (Lluch, 2008). Se da lugar a la intervención, con la finalidad de proporcionar al paciente hospitalizado la ayuda necesaria en sus necesidades y apoyo. queriendo así lograr un acompañamiento psicológico donde el paciente sienta que en todo momento es importante su bienestar psicológico y físico; brindándole un espacio para que pregunte, exprese sentimientos y aclare dudas respecto a su proceso.
- Cine: El cine sirve como medio de información para permitirle al niño el conocimiento de diferentes culturas y manejos de hospitalización, donde permite a estos tener una mejor visión entorno a su procedimiento hospitalario, donde no se les juzgará, ni se le reprochará de ningún modo, donde les permitirá preguntar para que aclaren sus dudas respecto a su situación y manejo de hospitalización. Donde podrán entrar en contacto con sus emociones, pensamientos, ideas respecto a su situación.
- Expresión artística: La educación artística no solo incluye las artes plásticas, sino algo más global como la expresión corporal, la musical, el teatro o la danza, desde una perspectiva que tiene que ver con la realidad, con la comunicación, la expresión, con el pensamiento, la comprensión y la comunicación a través de vías diferentes al lenguaje oral. Este contenido aporta una serie de beneficios como el desarrollo intelectual, emocional y psicológico. Además, favorece la creatividad (que se extrapola a otras áreas), contribuye a una autoestima sana y favorece las relaciones sociales, etc. (González, 2016). Se pretende con este espacio, generar un lugar donde plasmar sus emociones, su estado anímico, su conformidad o inconformidad con su proceso hospitalario, haciendo acompañamiento psicológico

donde estos se sientan con la plena libertad de explorar lo que consideren importante.

Se tuvo en cuenta para el análisis aspectos de un estudio de caso (Enrique & Barrio Fraile, 2018), gracias a la lectura de las observaciones realizadas durante las intervenciones, donde el paciente realiza actividades que facilitan la expresión de emociones y sentimientos.



La música como herramienta psicoterapéutica.  
Fuente: Reseña fotográfica realizada por autoras.

## Resultados

A partir del material señalado en el primer apartado de la metodología, se pudo obtener los siguientes hallazgos. El análisis se encuentra dispuesto en apartados donde se puede evidenciar el análisis cualitativo a partir de las actividades grupales de fondo lúdico y procesos psicoterapéuticos individuales.

**Actividad psico educativa:** Se propuso el desarrollo de diferentes actividades de fondo lúdicas a nivel grupal a modo de complemento con los procesos de psico educación que tuvo lugar a partir de los procesos terapéuticos individuales llevados a cabo durante el seguimiento al proceso de hospitalización. Las actividades realizadas fueron las siguientes:

- Entrega de folletos explicativos, tanto de rutina como quirúrgicos.
- Juego de roles.

Sin embargo, a medida que se realizaban las intervenciones se identifica la necesidad por otorgar algunas transformaciones al plan de manejo inicial. La entrega de folletos psicoeducativos no resulta ser suficiente para brindar una experiencia psicoeducativa integral, puesto que se identificó que los pacientes, presentaban poca claridad a los procedimientos y dinámicas de hospitalización en general y, algunos de ellos, presentaban analfabetismo y condiciones culturales que restaban valor significativo al folleto, por ello, se dieron transformaciones en la marcha que permitieron un acercamiento a la información, comprendiendo las capacidades del paciente, las habilidades que pueden ser ajustadas para la transmisión de la información y finalmente su condición clínica.

La segunda actividad propuesta (Juego de roles) decidió llevarse a cabo con pacientes pediátricos, en los cuales, al finalizar la actividad se pudo evidenciar una interiorización adecuada de los conceptos trabajados durante la actividad. Sin embargo, se identifica la necesidad de implementar talleres psicoeducativos que puedan complementar el acompañamiento desarrollado, de manera individual. Por tal motivo se cambia el trabajo con la población infantil para dirigir las actividades lúdicas a población mayor. Los indicadores de logro de las actividades propuesta se evidencian en los discursos de los pacientes, donde a partir de sus propias condiciones subjetivas, lograron dar cuenta de las implicaciones de los procesos quirúrgicos y rutinarios.

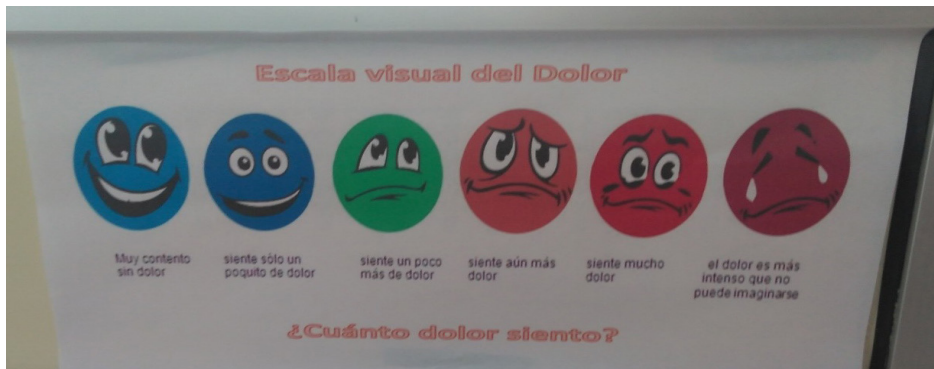
**Clínica del dolor:** Como parte de las estrategias utilizadas, las actividades propuestas fueron las siguientes

- Clínica del dolor: Actividades de respiración profunda y relajación que ayudasen a controlar los estados elevados de dolor.
- “El dolor en mis manos”: actividad simbólica grupal a partir de la creación de “Slime casero”.

Inicialmente se lleva a cabo la actividad propuesta de carácter individual. Sin embargo, se identificó a partir de los discursos de los

pacientes, que las técnicas de respiración resultaban efectivas con relación a inducir estados de relajación, sin embargo, no se apreciaba disminución significativa del dolor, lo cual generaba incremento de síntomas ansiosos en el paciente. Frente a la segunda actividad propuesta, se identifican factores de riesgos asociados a posible propensión de infección por el compromiso de las heridas por quemadura de los pacientes en sus miembros superiores y presencia de vendajes, por lo cual se decide no continuar con la idea inicial del acto simbólico del dolor.

Debido a la transformación de la idea inicial de manejo de dolor, se decide complementar las actividades de relajación y psicoeducación propuestas para el manejo del dolor a partir de la socialización de la escala visual del dolor. Se identificó que a partir de la comprensión de las implicaciones del dolor y manejo a través de medicamentos, los síntomas ansiosos y de incertidumbre en el paciente disminuían, lo cual, si bien no generaba la desaparición del dolor, disminuía la presencia de síntomas ansiosos a través de la comprensión del dolor como un factor protector, que facilitó la tolerancia al umbral elevado de dolor en los pacientes.



Escala para evaluación del dolor.

**Estado de ánimo:** En su mayoría, las problemáticas expresadas por los pacientes, presentaban un afecto plano, falta de dispersión cognitiva durante estancias de hospitalización prolongada. Se parte del supuesto de que el bienestar anímico y emocional del paciente

contribuye a una recuperación pronta de la enfermedad; se propone entonces, inicialmente, las siguientes actividades:

- Actividades individuales según la subjetividad del paciente a partir de la lúdica.
- “Pintemos nuestras emociones”: actividad simbólica grupal de manejo de las emociones.

Las actividades propuestas a partir de la psicoterapia individual y propio proceso psicoterapéutico logran facilitar las condiciones que generan bienestar anímico y emocional al paciente durante la hospitalización. La atención a las problemáticas individuales genera en los pacientes afianzamiento de estrategias de afrontamiento positivas que les facilitan la adaptabilidad al proceso. Lo anterior se ve corroborado por discursos de los pacientes tales como:

- *“Siento que me ha servido este espacio, siempre quedo como más tranquilo”.*
- *“Cuando usted viene uno como que se desahoga, se distrae y queda como más liviano”.*

De igual manera, se propone inicialmente el taller de manejo de emociones, de fondo lúdico, de carácter grupal, puesto que fomentaba la interacción con los demás pacientes, facilitando la creación de redes de apoyo dentro del proceso de hospitalización a partir de vínculos y relaciones interpersonales entre pacientes. Además, generaba un espacio de dispersión cognitiva dentro de la hospitalización. Posterior a la realización de la actividad se evidencian cambios positivos en los pacientes, puesto que el taller cumplió con los objetivos propuestos, por tal motivo se decide incrementar el número de talleres donde se trabajarán más aspectos psicoterapéuticos y generar un quebrantamiento de la rutina de hospitalización positivo, facilitando su estabilidad anímica durante el proceso de recuperación.



Dibujo realizado por pacientes pediátricos en el manejo de emociones.

**Estrategias de afrontamiento:** Las estrategias de afrontamiento positivas durante el proceso de hospitalización, se presentan como un factor clave que permite o facilita la adaptabilidad y adherencia al tratamiento, al proceso de hospitalización, por tal motivo, inicialmente se propone llevar a cabo las siguientes actividades que dan cumplimiento al mencionado objetivo:

- Terapia individual
- “Yo propongo”: actividad grupal de fondo lúdica

Dentro de los procesos psicoterapéuticos se evidencia efectivo el afianzamiento y el direccionamiento de las estrategias de afrontamiento. Se identificó que las estrategias de los pacientes variaban según sus creencias y construcciones subjetivas frente a situaciones potencialmente estresantes. Si estas resultaron positivas frente al afrontamiento adecuado a la hospitalización debían ser afianzadas durante el seguimiento al proceso de hospitalización. Sin embargo, si las mencionadas estrategias resultaban poco adecuadas, que se identificaban como posibles factores de riesgo con relación a la adecuada adaptabilidad al proceso de hospitalización, debían ser direccionadas, donde se realizaran resignificaciones del proceso y generasen factores protectores que ayuden durante los procesos y estancias hospitalaria. Se identificó que gran parte de las estrategias

de afrontamiento se basaban en recursos religiosos de los pacientes, creencias que fueron respetadas y se utilizaron como “aliadas” para el proceso de intervención.

Partiendo de lo anteriormente mencionado, se decidió entonces tomar en cuenta que la manera de afrontar dependerá de cada sujeto y sus construcciones subjetivas, por ello se decide transformar la actividad lúdica propuesta inicialmente, por la actividad denominada “Sueños y Metas”, donde se le permitió al paciente a través de la expresión del arte, proyectarse a un futuro lejano y cercano, frente a sus propios deseos y vida cotidiana, metas que se construyen para llevar a cabo posteriormente al proceso de hospitalización, con el objetivo de facilitar la retoma de la rutina del proceso. Al finalizar la actividad se identificó que los pensamientos positivos frente al proceso para “cumplir x meta” se transformaron en un factor protector para llevar a cabo la hospitalización, donde la motivación por la adherencia al tratamiento se construyó como estrategia de afrontamiento.

**Comunicación asertiva:** Se han percibido signos de angustia, supeditados por el desconocimiento frente a su proceso de hospitalización, donde se evidenció que el apoyo brindado por el talento humano en ocasiones no era suficiente y se generaba un distanciamiento entre el paciente y el profesional. Dichos aspectos generaban un desconocimiento del paciente sobre sus avances en el tratamiento, para finalmente dificultar partes de su proceso de hospitalización. Para obtener un avance en la mejoría de aquella comunicación asertiva, se propuso lo siguiente:

- Mapa simbólico de la comunicación: actividad de fondo lúdica con los pacientes.
- “Teléfono roto”: juego simbólico que evidencie la importancia de la comunicación adecuada

A medida que se desarrollaron las intervenciones, se identificó la necesidad de fomentar el trato humanizado anclado a la relación médico-paciente en pro de la disminución de los sentimientos de angustia que se presentasen en el paciente. Por tal motivo, la actividad del “Mapa simbólico” se decide orientar al afianzamiento de los modos



adecuados de expresión de inquietudes, los cuales tuvieron lugar dentro del proceso terapéutico anclado al seguimiento surgidos durante el proceso de hospitalización.

Por otro lado, la actividad del “teléfono roto” se lleva a cabo con el personal de enfermería y, se decide implementar dos tipos de talleres más destinados a los médicos rotantes en la sala y auxiliares enfermeros que ingresaban por primera vez al servicio.

La actividad con los auxiliares de enfermería se desarrolló con componentes lúdicos, mientras que las charlas con los estudiantes de medicina tuvieron componentes de sensibilización. Se identificó receptividad y puesta en práctica de los aspectos trabajados en los talleres con los estudiantes y profesionales, quienes recibieron la socialización, lo cual fomentó la comunicación al paciente frente a su propia evolución médica, permitiendo así reducción de los síntomas ansiosos procedentes de la sensación de incertidumbre.



*Actividades realizadas con el personal de salud.*

Fuente: Reseña fotográfica realizada por autoras.



Actividades realizadas con el personal de salud.  
Fuente: Reseña fotográfica realizada por autoras.

Sobre los aspectos de la intervención desde la terapia lúdica, Se llevó a cabo un taller lúdico de carácter grupal llamado *psicopayasos*, donde se realizó psicoeducación a pacientes pediátricos y acompañantes frente a procedimientos quirúrgicos de escarectomía e injerto a través del juego interpretado por el rol de payaso con fin terapéutico, facilitando la interiorización de la metodología quirúrgica y beneficios de los mencionados procedimientos en relación con la adecuada recuperación de su propio diagnóstico y aspectos de la hospitalización en general. Se pudo evidenciar a través de los discursos de los acompañantes de los pacientes, que presentaron un mayor grado de conocimiento frente a las implicaciones de los procedimientos quirúrgicos que se llevaron a cabo durante su proceso.

Sobre la lectura de cuentos, la actividad tuvo lugar con tres pacientes pediátricos y su respectivo cuidador principal en la “zona de Cubículo” de la Unidad de Quemados, una vez a la semana con duración de 1 a 2 horas, donde se realizó la búsqueda de cuentos que hablaran de las emociones, hospitalización etc. Con la finalidad de proporcionar al paciente hospitalizado la ayuda necesaria en sus necesidades y apoyo. Al finalizar la actividad, se identificó a partir de los discursos de los pacientes, que presentaron mejora en su estado de ánimo eviden-

ciado en sus discursos, puesto que manifestaban receptividad frente a las actividades de dispersión cognitiva y procesos quirúrgicos.

Respecto a la intervención a través del cine, en un primer momento, con la primera película proyectada, se evidencia en el discurso de los pacientes que hubo una identificación y proyección respecto al material audiovisual; la cual exponía sobre el reconocimiento de las emociones. En un segundo momento, los pacientes aprendieron herramientas que les facilitara el control de sus sentimiento y emociones. Finalmente, sobre la actividad de expresión artística, se identificó que los pacientes presentaron receptividad frente a la expresión de emociones y sentimientos con respecto a las artes como herramientas. Se identificó mejora anímica frente a la dispersión cognitiva generada.

Como parte de los hallazgos obtenidos en la intervención clínica para la adaptabilidad y afrontamiento de la hospitalización, se pudo identificar que existen factores que predisponen a la mejora física del paciente, entre ellos, se contempla la estabilidad anímica y emocional. Frente a lo anterior, Paredes (2010), expresa que la experiencia emocional negativa y sus manifestaciones conductuales son indicadores de desorganización que deben ser atendidos, de ahí resultó relevante la atención al malestar emocional, durante el proceso de hospitalización, que brindase las condiciones que facilitasen el bienestar anímico durante el proceso.

Por otro lado, las intervenciones de carácter lúdico lograron que los pacientes realizaran una conexión emocional con la vivencia del taller, lo cual se transformó en experiencias de aprendizaje significativo alrededor de la psicoeducación frente a aspectos del proceso de hospitalización. Frente a ello, R, Posada (2014) refiere que el aprendizaje a través de estrategias lúdicas facilita la interiorización del conocimiento. Adicional a una herramienta de enseñanza de los aspectos vinculados al proceso de hospitalización, los talleres lúdicos funcionaron a modo de construcción de espacios que permitieron la dispersión cognitiva, que generó cambios positivos de conducta anclados al quebrantamiento de rutina de hospitalización. Adicionalmente, los espacios lúdicos de recreación mediante talleres fomentaron en los pacientes las interacciones y creaciones de vínculos y relaciones

interpersonales con sus compañeros de hospitalización, provocando un crecimiento de las redes de apoyo internas, lo cual se transformó en un factor protector dentro del proceso.

Por esa misma línea, la psicoeducación frente a procesos quirúrgicos como de rutina del proceso de hospitalización, logró disminuir sentimientos de angustia que se generaron en los pacientes a partir de la incertidumbre generada por el desconocimiento de las implicaciones de su propio diagnóstico, evolución clínica e implicaciones y beneficios del proceso de hospitalización. La psicoeducación resultó ser herramienta clave durante el proceso, pues el empoderamiento del propio proceso se tornó un factor protector ayudando así, a la adaptabilidad al proceso de hospitalización.

La terapia lúdica es un procedimiento que se apropia de lo terapéutico del juego, es decir que no es solo jugar por jugar con el niño, si no que el juego siempre sea desde lo psicoterapéutico y simbólico. Es aquello con lo que los niños puedan aprender a resolver las dificultades que se les presente por ellos mismos, que puedan descubrir herramientas de afrontamiento a las necesidades y/o problemas. Como se cita en Axline, (1947); Carmichael, (2006); Landreth, (2002). Según lo realizado en la actividad lúdica denominada psicopayasos se pudo evidenciar en los pacientes pediátricos una mejoría anímica, lo cual facilitó el proceso de adaptación al ámbito hospitalario puesto que esto generaba bienestar emocional, lo cual fortalecía las estrategias de afrontamiento de cada paciente.

La terapia lúdica difiere del juego normal en el hecho de que el terapeuta ayuda al niño a tratar y resolver sus propios problemas. La terapia lúdica se apoya en la forma natural en que los niños aprenden sobre ellos mismos y sobre sus relaciones con el mundo que los rodea (Zambrano, 2013). De acuerdo con la actividad realizada de artes y manualidades, se logró evidenciar un reforzamiento y transformación de sí mismo en los pacientes pediátricos y adultos frente a los miedos y/o resistencias que sentían al estar en un espacio de hospitalización, anclando a que el paciente retomara sus hábitos de cotidianidad. Puesto que la hospitalización en los pacientes genera una ruptura en el modo de vida que el paciente llevaba hasta el

momento, donde la terapia lúdica a través de las artes logró fomentar y facilitar en el paciente la retoma de sus hábitos, por ello, este tipo de terapias resultan efectivas para la ayuda de la interiorización de la información o el sentido terapéutico en los pacientes.

A través de la terapia lúdica, los niños aprenden a comunicarse con los demás, expresar sus sentimientos, modificar su comportamiento, desarrollar la habilidad de resolver problemas y aprender formas de relacionarse con otros. El juego les ofrece una distancia psicológica segura de sus problemas y les permite expresar pensamientos y sentimientos apropiados para su desarrollo (Zambrano, 2013). Según lo realizado en la actividad propuesta como día de cine, con una película que trata de las emociones con la que se pudo evidenciar en los pacientes pediátricos y cuidador principal que, en ocasiones, surgen esas emociones en ellos: de miedo, tristeza, enojo, ancladas a procedimientos desconocidos, a una información poco clara y al estar en un espacio desconocido ya que en muchas ocasiones estos pacientes son de otras ciudades o veredas. Sin embargo, la identificación personal con la película reforzó las estrategias de afrontamiento de los pacientes pediátricos y cuidadores, donde generó un empoderamiento del proceso de hospitalización.

## **Conclusiones**

La intervención clínica realizada en el servicio de Quemados obtuvo grandes beneficios con respecto a la adaptabilidad del paciente al contexto hospitalario. Se destaca el acompañamiento psicológico como un proceso de intervención facilitador de las condiciones de adaptabilidad al proceso de hospitalización. Desde la parte psicoeducativa, las herramientas lúdicas se mostraron como estrategias efectivas para la disminución de la sensación de angustia o ansiedad, así como de la consciencia de enfermedad, incluyendo el tratamiento médico en sus distintos procesos tanto quirúrgicos como de rutina hospitalaria:

Las herramientas lúdicas se vieron potenciadas al ser complementadas con técnicas de relajación, como las de respiración profunda, que

permiten al paciente modificar la percepción mental de dolor al cambiarle el foco atencional del dolor en sus heridas a otros procesos fisiológicos normales. Gracias a que su atención no estaba centrada en el dolor, los pacientes ya tenían la disposición para realizar las actividades lúdicas, que no solo incrementaban la dispersión atencional al entorno hospitalario, sino que además favorecía la manifestación y procesamiento de emociones negativas.

Así mismo, las intervenciones grupales con un contenido lúdico, o de afrontamiento, son parte de los recursos que el paciente puede adquirir, ya que se dirige a la armonización del espacio hospitalario y dispersión cognitiva dentro del mismo. Fortalecer estrategias de comunicación asertiva tanto del paciente como con el personal de salud de la sala, con el objetivo de poder construir espacios donde se aclaren las dudas del paciente frente a su propia evolución médica, resulta importante frente al trato humanizado al paciente y la disminución de malestar emocional durante el proceso.

Finalmente la realización de talleres psicoeducativos, anclados a la humanización, dirigidos a pacientes, familiares y personal de salud. Aquellos procesos abarcaron aspectos del autocuidado, diagnóstico, tratamiento de los pacientes, participación activa, reconocimiento de la labor del personal, educación de gestión ambiental, entre otros talleres dirigidos a la humanización, que promuevan el mencionado contexto tanto en pacientes como al personal de salud, a partir de orientaciones lúdicas y educativas.

De esta manera, consiste en intervenciones guiadas desde una posición integral, donde paciente, talento humano y el servicio trabajan en conjunto para la construcción de procesos fundamentados en el apoyo de diferentes perspectivas, que puedan contribuir al desarrollo efectivo de su tratamiento, así como los límites y consideraciones que cada paciente desde su particularidad trae consigo.

## **Referencias bibliográficas**

A. Meneses, M. Kay y M. Costa “Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil”. Rev. Salud



- pública. 11 (5): 754-765. 2009. Rescatado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/36669/1/37584-166489-1-PB.pdf>
- Barraca, J. (2016). Evaluación. *Jorge Barraca Psicólogo Clínico*, S.P.
- Bader, P., Echtele, D., Fonteyne, V., Livadas, K., De Meerleer, G., Paez, A., Papaioannou, E., & Vranken, J. (2010). Guía clínica sobre el tratamiento del dolor. Recuperado de <http://uroweb.org/wp-content/uploads/16-GUIA-CLINICA-TRATAMIENTO-DOLOR1.pdf>
- Campo, V. (2000). Psicoanálisis, psicoterapia y seguimiento. *sepyyna*, s.p.
- Enrique, A. & Barrio Fraile, E. (2018), Guía para implementar el método de estudio de caso en proyectos de investigación. En, Martínez-Rodrigo, E. & Borja Arjona, J. (eds.) *Propuestas de investigación en áreas de vanguardia*. (p. 159 – 168). Editorial Tccnos. Barcelona – España. Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/search?f=publication&p=Propuestas%20de%20investigaci3n%20en%203reas%20de%20vanguardia&ln=ca>
- F. Fernández, I. Puebla, L. Carrillo. “Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemadura”. *Rev. Médica Granma – Versión Online*, ISSN 1028-4818. Enero, 2015. Rescatado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul151b.pdf>
- E. Gallach, M. Pérez del Caz, C. Vivó. “Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas”. *Cir. plást. iberolatinoam.* -Vol. 41 - N° 4. Octubre, 2015. Rescatado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v41n4/original9.pdf>
- García, G. D. (2010). Variables psicológicas y familiares implicadas en las quemaduras infantiles. Una revisión. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 18.
- González, L. R. (2016). Acercamiento de la expresión plástica al aula hospitalaria. *Grado en educación infantil*, 14.
- Guerra, M. (2016). *La Terapia de Juego. psicoactiva*, s.p
- L. Herrera. “Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular”. *av.enferm.* [online]. Vol.26, n.1, pp.36-42. ISSN 0121-4500. 2008. Rescatado de: <http://www>



[scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002008000100004&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002008000100004&script=sci_abstract&tlng=es)

John Lawrence, P. J. (2011). Comprender y mejorar la imagen corporal después de una lesión por quemadura. *Model Systems Knowledge Translation Center (MSKTC)*, s.p.

J. Molina, J. Rodriguez y A. Rodriguez. “El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados”. *Univ. Psychol. Bogotá, Colombia* V. 12 No. 1. ISSN 1657-9267. 2013. Rescatado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a06.pdf>

F. Puebla. “Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Doloriatrogénico”. Instituto Madrileño de Oncología San Francisco de Asís Madrid. 2005. Rescatado de: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/tipos\\_de\\_dolor.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/tipos_de_dolor.pdf)

Rojas Sánchez- LZ, Echeverría Correa LE y Camargo Figuera, F.A. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardiaca. *Enfermería Global*. 2014; 36 4 (sep. 2014), 1-25. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.4.178311>.