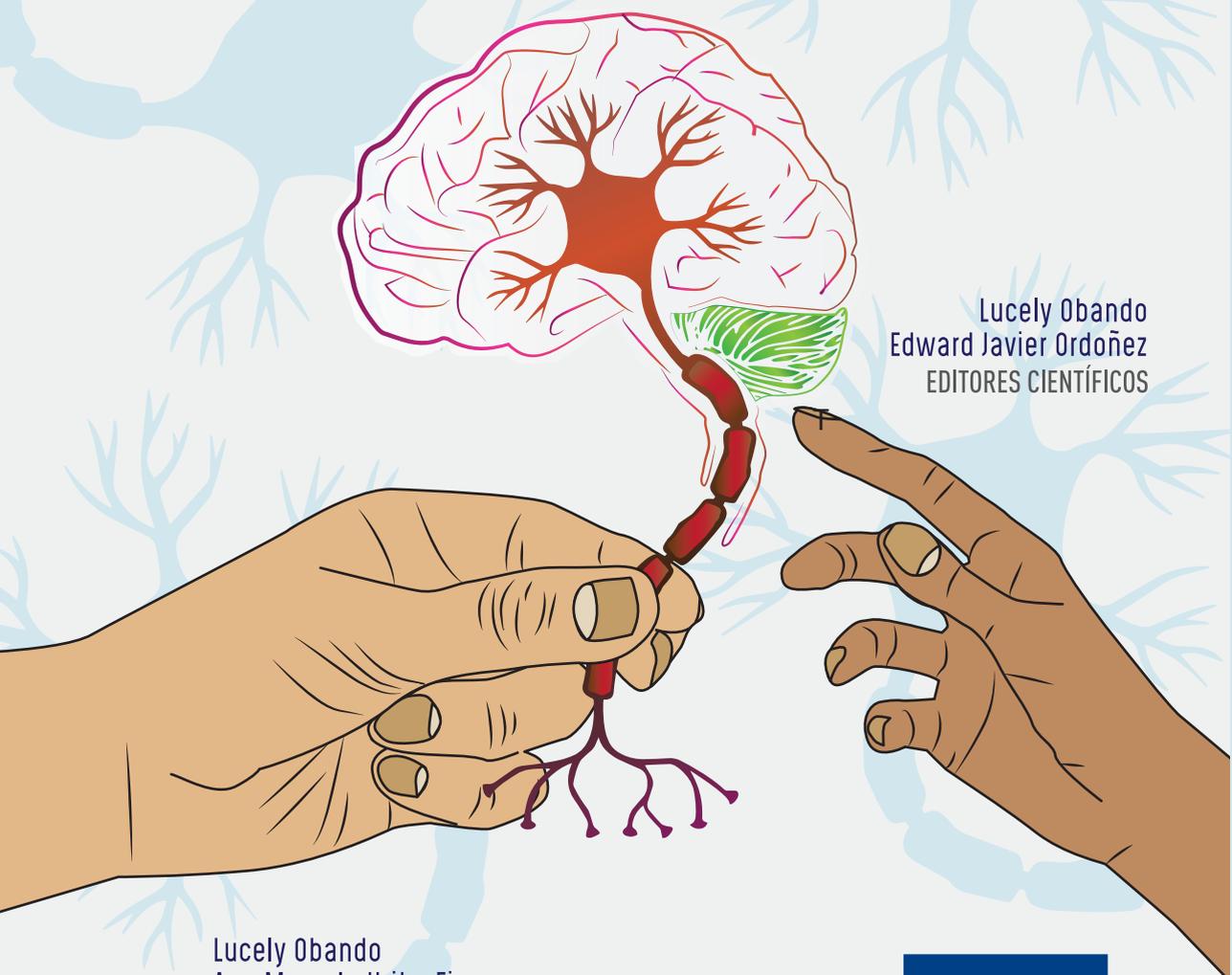


REFLEXIONES Y EXPERIENCIAS DE LA PSICOLOGÍA EN CONTEXTOS DE ASISTENCIA MÉDICA

Un análisis desde la psicología social de la salud



Lucely Obando
Edward Javier Ordoñez
EDITORES CIENTÍFICOS

Lucely Obando
Ana Marcela Uribe Figueroa
Jessica López
Edward Javier Ordoñez
Juan Carlos Torres
Marco Alexis Salcedo
AUTORES

VIGILADA
MINEDUCACIÓN



EDITORIAL

El texto aquí registrado fue encontrado en el Repositorio
institucional de la Universidad Santiago de Cali:

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

CITA ESTE LIBRO _____

Obando Cabezas, L., y Ordóñez, E. (editores científicos) (2020). Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

PALABRAS CLAVE / KEYWORDS _____

Asistencia médica, Intervención psicológica, Padecimiento, Pacientes, Salud Pública, Contextos clínicos y hospitalarios, sintomatología psicológica, perspectiva psicosocial / Medical assistance, Psychological intervention, Suffering, Patients, Public Health, Clinical and hospital contexts, psychological symptomatology, psychosocial perspective.

CONTENIDO RELACIONADO:

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

REFLEXIONES Y EXPERIENCIAS DE LA PSICOLOGÍA EN CONTEXTOS DE ASISTENCIA MÉDICA.

Un análisis desde la psicología social de la salud

EDITORES CIENTÍFICOS

Lucely Obando Cabezas
Edward Javier Ordóñez

AUTORES

Lucely Obando Cabezas, Ana Marcela Uribe Figueroa, Jessica López,
Edward Javier Ordóñez, Juan Carlos Torres y Marco Alexis Salcedo.

VIGILADA
MINISTERIO DE
EDUCACIÓN



EDITORIAL

Obando Cabezas, Lucely.

Reflexiones y experiencias de la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud / Lucely Obando, Edward Javier Ordoñez, Ana Marcela Uribe Figueroa, Jessica López. -- Cali : Universidad Santiago de Cali, 2020.

168 páginas ; 24 cm.

Incluye índice de contenido.

1. Psicología de la salud 2. Servicios de salud 3. Psicología social 4. Salud pública. I. Ordoñez, Edward Javier, autor. II. Uribe Figueroa, Ana Marcela, autora. III. López, Jéssica, autora. IV. Tít.

362.1 cd 22 ed.

A1639908

CEP-Banco de la República-Biblioteca Luis Ángel Arango



REFLEXIONES Y EXPERIENCIAS DE LA PSICOLOGÍA EN CONTEXTOS DE ASISTENCIA MÉDICA. UN ANÁLISIS DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD.

© Universidad Santiago de Cali.

© **Autor:** Lucely Obando Cabezas, Ana Marcela Uribe Figueroa, Jessica López, Edward Javier Ordoñez, Juan Carlos Torres y Marco Alexis Salcedo.
Cali, Colombia - 2020

1a. Edición 100 ejemplares

ISBN: 978-958-5522-81-7

ISBN (Libro digital): 978-958-5522-82-4

Comité Editorial / Editorial Committee

Rosa del Pilar Cogua Romero

Doris Lilia Andrade Agudelo

Edward Javier Ordoñez

Luisa María Nieto Ramírez

Sergio Molina Hincapié

Alejandro Botero Carvajal

Sergio Antonio Mora Moreno

Francisco David Moya Cháves

Luis Felipe Vélez Franco

Proceso de arbitraje doble ciego:

“Double blind” peer-review

Recepción/Submission:

Octubre (October) de 2019

Evaluación de contenidos/Peer-review outcome:

Noviembre (November) de 2019

Aprobación/Acceptance:

Enero (January) de 2020



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

| AGRADECIMIENTOS

A nuestros pacientes quienes nos permitieron entrar en sus corazones. A Marco por su amor, guía y enseñanzas, a mis hijos Gian y Sebastián por ser mi motor y por tanto amor.

Lucely Obando

Agradecemos a Jesica Daniela Paronik por su labor y contribución al presente artículo. Asimismo, nuestra profunda gratitud al Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina y a todos los pacientes que apoyaron la realización de la presente investigación.

Jéssica López Peláez

I CONTENIDO

Introducción.....	13
<i>Capítulo I</i>	
EL PSICÓLOGO EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO. UN PROFESIONAL DE LA SALUD IMPRESCINDIBLE.	
Lucely Obando Cabezas, <i>Universidad Libre, Seccional Cali</i>	18
<i>Capítulo II</i>	
PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE QUEMADO Y SU FAMILIA.	
Lucely Obando Cabezas, <i>Universidad Libre, Seccional Cali</i> Edward Javier Ordóñez, <i>Universidad Santiago de Cali</i>	42
<i>Capítulo III</i>	
IMAGEN CORPORAL Y RESILIENCIA EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO.	
Jéssica López Peláez, <i>Universidad Santiago de Cali</i>	78
<i>Capítulo IV</i>	
LA FAMILIA DEL PACIENTE EN ENFERMEDAD CRÓNICA.	
Ana Marcela Uribe Figueroa, <i>Pontificia Universidad Javeriana, Cali</i>	113
<i>Capítulo V</i>	
EXPERIENCIAS DE UN MODELO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD CON JÓVENES PARTICIPES EN LA DINÁMICA DE VIOLENCIA URBANA.	
Juan Carlos Torres, <i>Universidad del Valle</i> Marco Alexis Salcedo, <i>Universidad Nacional de Colombia, Sede Palmira</i>	136
Acerca de los autores	161
Pares Evaluadores	165

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Grados de quemaduras.....</i>	<i>46</i>
<i>Tabla 2. Fases del proceso de intervención psicológica, paciente adulto.....</i>	<i>53</i>
<i>Tabla 3. Atención psicológica en paciente pediátrico.....</i>	<i>55</i>
<i>Tabla 4. Actividades de intervención psicológica en la fase aguda.....</i>	<i>56</i>
<i>Tabla 5. Actividades de intervención psicológica en la fase reconstructiva.....</i>	<i>58</i>
<i>Tabla 6. Actividades de intervención psicológica en la fase de readaptación social.....</i>	<i>64</i>
<i>Tabla 7. Actividades de atención psicológica en el paciente pediátrico.....</i>	<i>65</i>
<i>Tabla 8. Labores terapéuticas.....</i>	<i>71</i>
<i>Tabla 9. Características de la muestra de pacientes con trasplante de hígado.....</i>	<i>96</i>
<i>Tabla 10. Resúmenes estadísticos de los niveles de imagen corporal.....</i>	<i>100</i>
<i>Tabla 11. Resúmenes estadísticos de los niveles de Cuidado del Aspecto Físico.....</i>	<i>100</i>
<i>Tabla 12. Resúmenes estadísticos de los niveles de Resiliencia.....</i>	<i>100</i>
<i>Tabla 13. Prueba de Normalidad.....</i>	<i>101</i>
<i>Tabla 14. Correlación Imagen Corporal – Resiliencia.....</i>	<i>102</i>
<i>Tabla 15. Correlación Imagen Corporal - características sociodemográficas.....</i>	<i>103</i>
<i>Tabla 16. Correlación Resiliencia - características sociodemográficas.....</i>	<i>104</i>

I ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico 1. Tiempo en la lista de espera.</i>	<i>97</i>
<i>Gráfico 2. Motivo del trasplante.....</i>	<i>97</i>
<i>Gráfico 3. Tiempo transcurrido del trasplante.</i>	<i>98</i>
<i>Gráfico 4. Tipo de injerto.</i>	<i>98</i>
<i>Gráfico 5. Reingresos por complicaciones postrasplante.</i>	<i>99</i>

INTRODUCCIÓN

Este es un libro de psicología de la salud centrado en pensar el rol de interventor que puede asumir un psicólogo con personas que padecen problemáticas orgánicas con requerimientos de asistencia médica, principalmente en instituciones hospitalarias. El libro parte del supuesto general de que la inclusión de la figura del psicólogo en el sistema institucional sanitario del país es un logro que no termina de concretarse. Situaciones como la baja, irregular o nula contratación de psicólogos en unidades de atención hospitalaria del país que requieren indiscutiblemente la participación de un profesional de la psicología como en pediatría, trauma, cirugías, urgencias, cáncer, ginecología, entre otras unidades, la frecuente reducción del campo de acción profesional del psicólogo en los hospitales, clínicas y centros de salud a los espacios de consulta externa para intervenir pacientes ya egresados de hospitalización, la poca participación e inclusión de psicólogos en comités asesores de políticas de salud pública y en equipos ejecutores de planes corporativos de mejora de la atención institucional, la habitual supeditación de la intervención del psicólogo a un paciente interno en un medio hospitalario a la autorización o remisión del médico de turno de la unidad, y la poca formalización y evaluación de los protocolos de atención psicológica en las unidades de salud donde la presencia del psicólogo es constante, todas esas situaciones lo que vienen a indicar es que en los entornos de la sanidad pública los psicólogos todavía no tienen claramente reconocido un lugar indiscutible y vital.

En el texto se presentan distintas experiencias de intervención psicológica y de análisis de las problemáticas psicológicas de pacientes con perfiles variados como el paciente quemado, el paciente con trasplante hepático, el paciente con enfermedad crónica, y el paciente con lesiones funcionales orgánicas causadas por la violencia urbana. Estos casos son abordados desde una perspectiva sistémica en el que la lesión orgánica es pensada más allá de su afectación material manifiesta para indicar que dicha lesión registra la historia vivida por el paciente, exterioriza los conflictos emocionales que lo han marcado como sujeto, condensa los mecanismos de exclusión

social que se dan en la sociedad en que se encuentra, refleja las redes de apoyo que lo han acompañado en el proceso de supervivencia vital y evidencia las limitaciones y fragilidades del sistema de asistencia social .

El libro está compuesto por cinco capítulos, con insistencias argumentativas distintas, con los que se intenta ilustrar que los escenarios de asistencia médica son campos de encuentro multidisciplinar en el que no hay uniformidad en los modos de comprensión de la salud y la enfermedad. La asunción de este supuesto conduce a percatarse que inevitablemente se van a confrontar en medios hospitalarios, centro de salud y otras instituciones de atención salubrista, modelos de abordaje distintos de la salud pública, unos radicales, marcados por aspiraciones objetivistas que hacen de la enfermedad orgánica un mero padecimiento material del cuerpo biológico humano, y otros con mayores aperturas a abordajes disciplinarios ajenos al naturalismo, que resaltan la necesidad de ubicar esa misma enfermedad orgánica en el entramado social, cuyas posibilidades de intervención se tramitan a través del dialogo con el paciente y del vínculo con otros.

El primer capítulo oferta una reflexión sobre las razones que pueden explicar la inestable presencia que tiene la figura del psicólogo en medios de salud pública, a pesar de la ingente literatura disponible hoy día que demuestra la imperiosa necesidad de incluir a los psicólogos en los equipos de atención salubrista.

El segundo capítulo es la formalización del protocolo de atención psicológica que se aplica en una unidad de quemados de una institución de salud de tercer y cuarto nivel de la ciudad de Cali. El protocolo es presentado como modelo de intervención psicológica que tiene el potencial de ser implementado en otros contextos clínicos y hospitalarios del país que trabajen con una población equivalente.

El tercer capítulo es un texto que sintetiza una investigación sobre imagen corporal y resiliencia en pacientes con trasplante hepático.

Este estudio se proyecta como un aporte en el análisis de la sintomatología psicológica que presentan los pacientes trasplantados, dado los escasos estudios que hay al respecto, y el vacío de conocimiento consecuente que se genera en la comprensión de la influencia que tienen variables psicológicas en episodios de rechazo de órganos trasplantados.

El cuarto capítulo es un análisis del impacto psicológico que ocasiona en los miembros de una familia el proceso de acompañamiento a un pariente que ha sido diagnosticado con alguna enfermedad crónica que lo destina a un desenlace fatal en un tiempo relativamente corto. El texto enfatiza en la importancia del apoyo psicológico para los familiares del enfermo, el poder disponer de alguien que escuche su dolor y sus preocupaciones, como factor protector que disminuye el riesgo de problemáticas psicológicas o psiquiátricas en ellos.

Y el último capítulo se exponen las características y algunos de los logros obtenidos en un programa de intervención psicosocial de una ONG internacional dirigido a la atención de personas lesionadas en hechos de violencia urbana. En el texto se destaca la importancia de implementar procesos de intervención en salud pública desde una perspectiva psicosocial y por fuera de las instituciones hospitalarias, preferiblemente en las zonas donde habitan las personas a intervenir, como estrategia para transformar las realidades sociales que están ocasionando la problemática en salud.

Los autores del libro esperan que sus reflexiones, sobre las lógicas institucionales a las que se enfrenta el profesional de la psicología en contextos de atención a personas con compromisos en su salud física y sobre las potencialidades que tienen técnicas de intervención psicológica para la concreción de los objetivos anuales en salud pública, hagan su contribución a las muchas horas de trabajo y análisis que hacen falta para que el psicólogo sea admitido de manera más decidida en el ámbito salubrista.



1

EL PSICÓLOGO EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO. UN PROFESIONAL DE LA SALUD IMPRESINDIBLE

CITA ESTE CAPÍTULO

Obando Cabezas, L. (2020). El psicólogo en el contexto hospitalario. Un profesional de la salud imprescindible. En Obando Cabezas, L. & Ordoñez, E. (Eds. científicos). *Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud* (pp. 18-40). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

CAPÍTULO I

EL PSICÓLOGO EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO. UN PROFESIONAL DE LA SALUD IMPRESCINDIBLE

Lucely Obando Cabezas

Universidad Libre Seccional, Cali

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

“Tantos años de trabajo en el hospital me enseñaron a dar más que a recibir, me enseñaron que una sonrisa de agradecimiento de un paciente, de un colega, de un médico son nuestra mejor retribución y feedback de que estamos trabajando bien y con mucho amor. Hacer Psicología en las instituciones hospitalarias nos hace ser mejores seres humanos y mejores profesionales”.

Bárbara Zas (2011)

Introducción

Considerándose como un hecho observable que los psicólogos todavía no tienen claramente reconocido un lugar indiscutible y vital en el sistema institucional sanitario del país, en el siguiente texto se realiza una reflexión sobre las posibles causas de esta situación. Se recogen en el texto variadas razones que intentan reafirmar la importancia de este profesional en el medio hospitalario, señalando al final que los psicólogos deben aprender a asumir como parte de su cotidianidad, un vínculo profesional irremediablemente conflictivo y expuesto a tensiones en las instituciones sanitarias al

ser infranqueables toda la serie de divergencias que se dan entre los principios fisiológicos y materialistas que promueven en estos espacios la medicina tradicional y una psicología imbuida y formada a partir de otros principios, comúnmente nombrados como metafísicos.

La inclusión de la figura del psicólogo en los entornos hospitalarios es un logro que todavía no termina de concretarse. Aunque desde el congreso en el que se constituyó la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2006) se estableció que en los procesos salud-enfermedad estaban implicados elementos psicológicos, físicos y sociales (Garibay y Hernández, 2003), este supuesto no fue suficiente para que se pensara al psicólogo como una pieza fundamental en los entornos de salud pública. La historia de la efectiva inserción de la psicología en los contextos institucionales de salud es realmente corta (Duque, Grau y Hernández, 2005) y efecto de una intensa lucha que ha implicado cambios notables en el proceder profesional de quienes laboran en el sector de la salud, incluyendo a los mismos psicólogos.

Oficialmente se señala que la psicología de la salud nació en los Estados Unidos de Norteamérica en la primera mitad de la década del setenta del siglo XX, hace un poco más de 40 años (Piña y Rivera, 2006), fecha equivalente en Colombia, cuando se empezaron a desarrollar aplicaciones clínicas de Biofeedback en instituciones de salud, en el marco de lo que se conocía como medicina comportamental, para mejorar el tratamiento médico de ciertas afecciones orgánicas como la hipertensión arterial, el dolor de cabeza tensional, y las crisis asmáticas en niños, entre otros (Flórez, 2006). Según lo menciona Flórez, el movimiento de expansión de la psicología de la salud en Colombia comenzó en la década de los años 80 en el siglo XX cuando se crearon amplios grupos de trabajo profesional en centros de atención en salud y surgieron las cátedras de psicología de la salud en los programas formales de psicología, con el incremento consiguiente de proyectos de investigación, programas de extensión, y tesis de grado sobre tópicos propios de la psicología de la salud y se empezaron a realizar foros, conferencias, simposios, seminarios y congresos relacionados con la psicología de la salud (Flórez, 2006). Sin embargo, aún con tales conquistas, diversas fuentes bibliográficas registran que aún hoy día se mantiene la hegemonía del modelo biomédico y no se le ha concedido al psicólogo una clara ubicación

en el sistema de salud pública (Troncoso, & Suazo, 2007; Londoño, Valencia y Vinaccia, 2006).

Un sujeto ajeno al entorno hospitalario podría creer que el principio base para posibilitar el trabajo del psicólogo en un entorno en que es el médico el actor principal de los procedimientos de atención en salud es fácil de intuir. Por un lado, a la medicina y los profesionales conexos se les asigna la labor de estudiar e intervenir terapéuticamente al cuerpo, y por otro, a la psicología se le encarga la tarea de realizar lo correspondiente con la mente. Este reparto de funciones que parece connatural a lo que es el ser humano, en aquellos escenarios institucionales de la salud pública en los que se ha sostenido de modo tajante, se ha conducido a una trivialización del trabajo del psicólogo, la mayoría de las veces visto como innecesario en circunstancias en que la atención a lo corporal ha sido lo primordial.

Por paradójico que puede parecer, el vínculo entre la medicina y la psicología en contextos hospitalarios no se ha fortalecido ni se fortalece de una aparente necesaria división del trabajo que se piensa como obvia para una armoniosa relación profesional y una efectiva consumación de los objetivos de intervención que asumen los trabajadores de la salud. En ese orden de ideas, en el siguiente texto se analizan algunas de las razones por las cuales los psicólogos aún siguen encontrando resistencias para convertirse en profesionales de la salud fundamental e imprescindible en instituciones sanitarias como hospitales o centros de salud.

La tradición en la relación medicina- psicología.

La Medicina y la Psicología han sido dos campos profesionales dedicados a tratar con el sufrimiento humano cuyos vínculos han sido muy estrechos, pero históricamente desequilibrados. En los antecedentes de la psicología moderna se lee como supuesto que el vínculo que desarrolla la psicología con la medicina beneficia más a la primera que a la segunda. Es decir, se partía de creer que si había una de estas disciplinas que demandaba tomar en cuenta los descubrimientos y explicaciones que se realizaban en la otra,

era la psicología, dado que esta última era una ciencia incipiente, expuestos a presupuestos metafísicos difíciles de erradicar en su seno, por lo que debía ser tutoriada en su línea de pensamiento. En este orden de ideas, la psicología nació como disciplina en una relación de dependencia conceptual con las ciencias naturales, en especial con la Fisiología (Salcedo, 2009; Sprung y Sprung, 1983; Foucault, 1994; Boring, 1992).

La psicología moderna, la psicología emancipada de la filosofía, dueña del codiciado reconocimiento de ciencia, inició su transcurrir disciplinario como una psicología médica (Foucault 1957; Garret, 1958; Wertheimer, 1912), una psicología signataria de los presupuestos de la fisiología, que creó modelos de explicación a partir de las metáforas que facilitaba la ciencia médica. Los padres de la psicología moderna, Gustav Theodor Fechner, Hermann Von Helmholtz y Wilhem Wundt fueron médicos que pretendieron hacer de esta reciente disciplina una rama de la ciencia fiel seguidora de los mismos presupuestos mecanicistas o materialistas de la fisiología tradicional. Estos padres de la Psicología científica defendían un juramento que Hermann Von Helmholtz, Emil Du Bois y Brucke formularon del siguiente modo:

No existe en el organismo otras fuerzas activas que las fuerzas químicas y físicas corrientes. En aquellos casos que, por el momento, no pueden ser explicados por estas fuerzas, se debe tratar de hallar la forma o vía específica de la acción de estas últimas, mediante el método fisicomatemático, o bien suponer la existencia de nuevas fuerzas, iguales en dignidad a las fuerzas fisicoquímicas inherentes a la materia y reducibles a la fuerza de atracción y repulsión (Du Bois Citado por Jones, 1970, p. 51).

Tal juramento entrañó, para quienes lo asumieron con fervor, la adopción de postulados materialistas para la comprensión de conducta y los padecimientos humanos, en los que sólo se reconocían como válidas las entidades o fenómenos que se adecuaban a los parámetros que exigía la categoría de la materia, tal como los físicos lo habían modelado. Supuso igualmente encaminar el análisis de lo humano hacia el mecanicismo, esto es, conducirlo conforme

con las premisas de la mecánica clásica (Mora, 1983): causalismo, abordaje analítico o reduccionista y elementalismo. A lo anterior se le agregaba una convicción determinista de la fenomenología humana, que establecía que toda realidad estaba de antemano fijado, condicionado y establecido por los eventos precedentes, sin posibilidad alguna de presentarse variaciones en lo que habrá de ocurrir. Y finalmente, el juramento de Helmholtz implicaba la postulación de leyes universales en lo humano, fijando para la psicología el objetivo de inferir principios absolutamente universales que rigen el comportamiento de los fenómenos estudiados. Estos preceptos fueron los que inicialmente se intentaron incluir en la estructura conceptual de la psicología científica.

Esta disciplina fue a lo largo del siglo XIX y principios del XX una psicología pensada por fisiólogos en la que se procuró materializar elementos metafísicos como la mente, los pensamientos y demás componentes del hombre no directamente observable o palpable por el investigador científico Foucault (1994). Siguiendo este esquema, los primeros psicólogos científicos adoptaron el mecanicismo como la visión de mundo que podía explicar el funcionamiento de la mente. Intentaron entonces, explicar los procesos psíquicos como no determinados, regidos, regulados o direccionados por un sujeto cognoscente, es decir, el yo, como sujeto de la enunciación, en otras palabras, quien habla, independientemente de lo que habla.

En ese sentido, quisieron llevar hasta el paroxismo el supuesto fisiológico de que el ser humano es una especie de máquina muy sofisticada cuyos procesos psíquicos se producen sin que el sujeto los regule, los controle o los dirija (Salcedo, 2009). Desde esta perspectiva, en las explicaciones y formulaciones que se hacían del ser humano había que excluir la noción de subjetividad, la de un centro organizador de las experiencias que vive el individuo, puesto que el ser humano era, al final de cuentas, concebido como un mero teatro en el cual se asociaban sensaciones y respuestas motoras. El hombre era una entidad que era adaptado por elementos externos. No se adaptaba, sino que era adaptado.

No obstante este inicio en la disciplina psicológica, los elementos metafísicos que se han atribuido al ser humano se lograron preservar con el tiempo en la psicología, fundándose con ellos diversas

escuelas y líneas de investigación psicológicas como el psicoanálisis, la psicología cognitiva, el humanismo y la psicología cultural. Todas estas ramas investigativas han menguado notablemente la influencia de la física y la fisiología en la psicología, conllevando tal alejamiento a la promoción de una visión del ser humano muy distinta a la perspectiva materialista que ha caracterizado durante varios siglos a la medicina tradicional (Foucault 1994; Salcedo, 2009). Como lo señaló Jerome Bruner (1991), gracias a la revolución cognitiva se logró recuperar la mente en las ciencias humanas después de un prolongado y frío invierno de objetivismo, y en tal camino, el hombre empezó a ser pensado en la psicología como un ser creador, sensitivo, con sentimientos y pensamientos, capaz de determinar los derroteros de su vida.

Ante todo, ha sido la fenomenología y el psicoanálisis quienes mostraron a los psicólogos un camino distinto al que se recorría de mano de la fisiología (Foucault 1994), originando así, lo que Wilhem Dilthey llamó una "Desnaturalización de la concepción del hombre" (Gonzales, 1953). Si a consecuencia del positivismo reinante en la medicina, todas las ciencias de la salud pensaron al hombre como un ser absolutamente atado a las leyes que determinaban la naturaleza orgánica, y por tal razón conceptualizaban cualquier tipo de enfermedad como expresión de una anomalía fisiológica, como sería una lesión estructural del cuerpo, un desorden congénito o cierta cantidad no deseable, ni esperable, de alguna sustancia orgánica, las psicologías que emergieron con el advenimiento del siglo XX siguieron un nuevo camino que implicó entender que no se aprehendía lo que era el ser humano con sólo profundizar en el entendimiento de la naturaleza orgánica; se requería considerar también la historia, la vida vivida por el sujeto con las producciones espirituales que se han depositado sucesivamente en su tiempo de existencia, como actos cristalizados no regulados ni originados por los procesos naturales que rigen a su cuerpo. Es decir, la psicología aprendió que en la génesis de los padecimientos que sufren los sujetos no se encontraba solamente un proceso mecánico, ni una evolución biológica; está también, y quizás primordialmente en muchos casos, un movimiento propio de una entidad sujeta a las circunstancias sociales e históricas que lo han visto nacer, una estructura necesariamente unida a los significados formados socio históricamente, y a los métodos transmitidos por otros en el proceso

de interacción social (Foucault 1994). Por consiguiente, para poder comprender sus actividades, sus malestares, sus logros, resultaba imprescindible dirigir el análisis a lo que Dilthey llamaba "los productos del espíritu" (Gonzales, 1953): decisiones, pensamientos, sentimientos, reacciones emocionales, alianzas sociales con otros. Sólo de ese modo se obtenía una percepción más amplia de la génesis de los malestares del sujeto.

En función a esta perspectiva, en el siglo XX la psicología se convirtió en una ciencia del significado, una disciplina que comprende los actos humanos como producidos por la aparición, evocación o creación de una representación (Bruner, 1991). Toda forma de teoría psicológica ubica desde entonces como fundamento de cualquier acto humano, un proceso psicológico de orden emocional que está relacionado con el manejo de representaciones, significados o ideas. Y es a esa representación sobre la realidad, sobre sí mismo, sobre un acontecimiento sufrido o anhelado por el sujeto, a lo que apunta la intervención psicológica.

Esta conversión en la psicología fue, según Foucault, un logro principalmente de Sigmund Freud, quien fue el que le confirió más importancia a la significación en la psicología (Foucault 1994; Salcedo, 2009). De acuerdo con Foucault (1994), fue en el curso de la reflexión freudiana, como en la psicología, donde el análisis causal se transformó en génesis de las significaciones. Y fue allí cuando la evolución cedió su lugar a la historia, y se substituyó el recurso a la naturaleza por la exigencia de analizar el medio cultural. Así, Freud hizo del *sentido* algo extensivo a toda conducta, incluso en aquellas manifestaciones insignificantes como en las equivocaciones del habla, o aún en el sueño. En todo acto del hombre está la significación, tal como lo hará patente la revolución cognitiva en la segunda mitad del siglo XX (Bruner, 1991). Aunque las más de las veces estas aparecían ocultas a la consciencia, las significaciones eran para Freud inmanentes a la conducta y eran aquellas que la historia individual había constituido en el pasado en torno a acontecimientos importantes (Foucault 1994).

Esta lectura hermenéutica que constituyó la psicología alrededor del padecimiento humano es la que permitió que se volviera más independiente de los descubrimientos y presupuestos de las

ciencias médicas. A partir del distanciamiento con la fisiología, se hizo factible el aporte conceptual de la psicología a distintos ámbitos académicos, como el que corresponde al de la salud, y con la medicina, cambiaron los intercambios conceptuales, profesionales e influencia disciplinarias.

Sin embargo, a pesar de los avances en investigaciones en la Psicología de la Salud y de los logros obtenidos en las prácticas profesionales de psicólogos en contextos institucionales de salud, todavía no resulta claro para muchos directivos y personal trabajador de contextos de sanitarios la importancia de una perspectiva que reconozca la incidencia de lo psicológico en todos los niveles de atención de las enfermedades orgánicas, quizás a causa de ese lastre metafísico que para muchos es inaceptable. Esta circunstancia es la que puede explicar que son los médicos psiquiatras los que, comúnmente, elaboran las guías para el manejo de algunos problemas psicológicos que se presentan en las instituciones de salud pública (Londoño, Valencia y Vinaccia. 2006), o que la práctica profesional del psicólogo en tales escenarios quede reducida al nivel terciario, que es cuando ya ha emergido un problema psicológico en un paciente hospitalizado y no resulta del todo convenientes o efectivas las técnicas de tratamiento médico tradicionales (Londoño, Valencia y Vinaccia. 2006).

Lo curioso de lo anterior es que lo que suele ser objeto de repudio en la psicología, por parte de algunos médicos, representa el pasado mismo de la medicina (Foucault, 1998). Según lo menciona Foucault, en su célebre tesis doctoral, *Historia de la locura en la época clásica*, antes que se institucionalizara la medicina en los hospitales, en el siglo XVII, los médicos lidiaban con una entidad abstracta llamada "sinrazón", a la que de un modo u otro encontraban como causa de todos los padecimientos orgánicos de las personas.

En razón a tal modo de pensamiento, el médico del siglo XIX reconocía que el éxito de sus terapias modernas sólo podía darse si recurría a las figuras inmemoriales del padre y juez, familia y ley. El médico sabía que si seguía los viejos ritos del Orden, de la Autoridad y del Castigo en su labor profesional diaria su eficiencia incrementaba (Foucault, 1998). Pero la positivización del saber médico con el materialismo que impuso la física moderna llevó a

desconocer la importancia del vínculo que se daba entre el paciente y su doctor. La psicología, en un medio hospitalario, logra entonces restituir al pensamiento médico la posibilidad de un diálogo con aquello abstracto y metafísico que se tramita a través del vínculo con otros y que hace presencia tozuda y repetida en las enfermedades orgánicas, resistiéndose a los médicos contemporáneos y su ciencia.

De cierta forma, el psicólogo salvaguarda su actuación profesional ilustrando con su praxis clínica los beneficios que trae para la salud del paciente realizar un movimiento contrario al que desde el siglo XVIII se fijó como objetivo para el médico: Descubrir la enfermedad en el enfermo. Dice Foucault (2007), que, en la medicina, la enfermedad se concibe como oculta en el enfermo como un criptograma y su método clínico a lo que apunta es a la observación de lo superficial, de lo que pasa a ese paciente y de lo que dice el paciente que le pasa, todo con la pretensión de develar lo que no se revela a la simple y directa mirada. "En la clínica la enfermedad es el objeto del interés del médico y su portador es en sí mismo algo indiferente. El enfermo es sólo aquello, a través de lo cual se da el texto a leer, a veces complicado y enredado. En la clínica, el enfermo es el accidente de su enfermedad, el objeto transitorio del cual este se ha apropiado", (Foucault, 2007, p. 92).

Pues bien, si el médico, conducido por sus afanes disciplinarios de objetividad, pretende descubrir la enfermedad en el enfermo, el psicólogo busca recorrer el camino inverso; sugiere revelar en el enfermo, el sujeto, que hay en la enfermedad, más allá de cualquier confirmación orgánica que esta última tenga. La labor profesional de los psicólogos en medios hospitalarios en muchos casos ha sido empoderar factores y elementos, que desde las certezas materialistas de la medicina no se han considerado en ningún momento o han sido minimizados en su importancia, pero que cuando lograron ser atendidos en los pacientes que lo han requerido, conllevaron a resultados o logros terapéuticos que han sorprendido al personal de salud. Esto implica un ineludible punto de confrontación de la psicología con el discurso médico predominante y obliga a todo psicólogo a asumir como parte de su cotidianidad un vínculo profesional irremediablemente conflictivo y expuesto a tensiones en las instituciones sanitarias al ser infranqueables toda la serie de divergencias que se dan entre los principios fisiológicos y

materialistas que promueven en estos espacios la medicina tradicional y una psicología imbuida y formada a partir de otros principios, comúnmente nombrados como metafísicos.

Algunos de los presupuestos que orientan la intervención psicológica en el medio hospitalario.

Los psicólogos que trabajan o han trabajado en contextos hospitalarios saben por experiencia propia que infortunadamente aún se pueden encontrar profesionales de la medicina entregados por entero a la creencia de que el éxito o fracaso de sus intervenciones dependen sólo de sus habilidades técnicas y conocimientos fisiológicos, sin concederle ninguna importancia a otra serie de factores que aprendieron a desdeñar con su formación, como son los que se relacionan con lo psicológico. Sin embargo, el trabajo cotidiano del psicólogo en un contexto hospitalario muestra, especialmente a todos aquellos quienes todavía consideran que lo psicológico no existe o es secundario, que este aspecto de lo humano tiene una enorme importancia, y que cuando las personas encargadas de velar por la salud de los pacientes lo descuidan, esto puede traer caras consecuencias para esos pacientes.

Ciertamente la psicología tiene mucho por hacer en las instituciones de salud dedicadas a atender las afecciones orgánicas de las personas. Su labor profesional no comienza cuando los procedimientos técnicos que emplea la medicina resultan inoperantes para concretar los múltiples fines de salud física de los pacientes atendidos. Muchos de los éxitos terapéuticos que obtienen los médicos con los pacientes, pueden implicar para estos últimos verdaderas catástrofes existenciales, como cuando a un paciente se le salva la vida o se le cura de una agresiva infección a través de una intervención clínica que establece como necesario la pérdida de una parte de su cuerpo, que pudo haber sido muy limitada, pero que conlleva a enormes problemas de adaptación en el paciente, en contraste con otros individuos que han tenido una pérdida física más significativa (Williamson, 1995; Belon y Vigoda, 2014; Horgan y MacLachlan, 2004; Juárez, Holguín y Salamanca; 2006).

La psicología es una de las profesionales de salud que se encuentra en los contextos hospitalarios para recordar a todo el personal de

salud que los resultados de una intervención, como puede ser una operación quirúrgica, no se restringe a lo que acontece en una sala de operaciones. Desborda ese plazo de tiempo en el quirófano, para implicar lo ocurrido antes de entrar a la sala o lo que sigue después de la intervención médica. Por ello, la necesidad de atender factores psicológicos como el estilo de vida del sujeto, su deseo de vivir, las redes de apoyo a las que se encuentra integrado, su carácter y estado de ánimo dominante, sus expectativas y sueños en la vida y los problemas que afronta en el momento de la intervención. Los buenos resultados de una intervención quirúrgica pueden depender enormemente de esos factores (Cárdenas, Quiroga, Restrepo, y Cortés, 2005; Giacomantone y Mejía, 1994; Moix, 1994; Pedroche y Quiles, 2000).

Circunstancias como las mencionadas muestran que la intervención psicológica debe ser transversal a la atención centrada en lo orgánico, acompañando a todo el conjunto de actuaciones profesionales que requiere el paciente, y hasta ayudando a concretar, por expresa voluntad del paciente, en el marco de su autonomía, y muy a pesar de las graves consecuencias que eso pueda tener para su salud, el tipo de intervención que está dispuesto a recibir para salvar su vida o curarse de un grave padecimiento (Parra, 2003; Pérez, 2010; Ruiz 1993).

Pero la intervención psicológica tiene como su principal obstáculo para su desarrollo en contextos de salud pública, un principio que Foucault (2007) data desde el siglo XVIII: sólo al médico le corresponde descubrir las marcas indudables de la verdad de la enfermedad en el sujeto. Es decir, sólo el médico es considerado competente para juzgar si un individuo está enfermo o no, cuáles serían las causas de esa enfermedad, cuál intervención requiere, por cuánto tiempo la necesita y qué grado de incapacidad le deja. Conforme a este principio, todo el peso de las decisiones que haya que tomarse para procurar la salud del paciente recae en el juicio del médico; él y sólo él puede introducir a alguien en el mundo de la salud y sacarlo del mundo de la enfermedad; él y sólo él permite distinguir al hombre sano de aquel que no lo es (Foucault, 2007).

Este principio que lleva a cubrir con un manto de magno poder y sapiencia al médico, se constituye en un serio impedimento para

la intervención del psicólogo por varias razones. En primer lugar, por cuanto supeditan la actuación profesional de la psicología a la autorización que le quiera conceder un galeno. En ese sentido, ante problemáticas de salud en las que se han reconocido la incidencia de los factores psicológicos en las posibilidades de recuperación, es perfectamente factible que el galeno de turno en una unidad de servicio de atención hospitalaria impida de tajo la intervención psicológica, por la razón que él considere pertinente. Ahora bien, si ante la enfermedad orgánica creemos que es el médico quien detenta todo el saber sobre ella, no sólo los profesionales no médicos dedicados igualmente a procurar la salud de los pacientes van a tener limitadas posibilidades de intervención, sino que además quedará muy reducida la responsabilidad del paciente con el proceso patológico que sufre.

El trabajo psicológico en instituciones de salud pública se sostiene al ilustrar la relevancia que tiene el sujeto obliterado en la atención objetivista del médico; el enfermo dispone de un saber sobre su enfermedad que puede brindar una posible explicación de por qué el sujeto tiene la enfermedad que padece, como también ofrece un inventario de cuáles son las herramientas psicosociales de las que dispone el individuo en esta adversidad existencial, ya sea para encontrar una vía de cura a su padecimiento o para lidiar con esta y sus consecuencias. En efecto, en la enfermedad no hay sólo pérdidas y supresiones.

Hay que tener en cuenta que del mismo modo que una enfermedad puede suprimir temporal o permanentemente determinadas acciones, funciones o conductas, puede exaltar otras o hacer emerger alguna de ellas no previstas por el sujeto. En el proceso mórbido el enfermo no sólo es víctima de supresiones y liberaciones caóticas que puede impactar totalmente la historia de vida de un individuo; en dicho estado hay igualmente un proceso de reorganización, redireccionamiento y reconfiguración de las condiciones de existencia del individuo, en el intento que hace el mismo por afrontar la situación mórbida. Por eso, el personal de salud debe ser un facilitador de la responsabilidad del paciente con su padecimiento para que este pueda actuar en conformidad a la desgracia física que experimenta, más allá de los aspectos negativos que ella puede ocasionar.

Hoy en día, la salud implica, trabajar considerando a la persona como un sujeto autónomo y capaz de tomar decisiones sobre su salud o la falta de ésta. Por lo tanto, todas las decisiones sanitarias ya no dependen sólo del criterio de unos profesionales cualificados, sino que el enfermo es la persona que arbitra su propia estrategia y decide cómo quiere ser atendido... Cuidar de un individuo enfermo es acompañar a la persona en una de sus experiencias de vida. Contempla la dignidad de la persona con la compatibilidad de las técnicas y medios terapéuticos, donde coexisten técnica y humanismo (Llaurado, 2013, p. 3).

Estas acotaciones permiten señalar que la autoridad del psicólogo para intervenir en la enfermedad orgánica de un individuo no está finalmente en sus conocimientos de las técnicas psicológicas; está en el decir del paciente que guarda un saber que indica cómo el fenómeno morbozo se integra al universo real de vida que ha tenido, configurado a partir de las elecciones, gustos, actividades, renunciaciones y esfuerzos que ha realizado durante su existencia. En última instancia, son los pacientes que atienden día a día los psicólogos y los efectos que originan sus intervenciones en ellos, lo que va a justificar el trabajo profesional que estos realizan en un contexto hospitalario, no la ciencia en sí misma que se ostenta con la psicología.

El psicólogo en el medio hospitalario está para mostrar al personal sanitario que deben estar capacitados para identificar el sentido que el propio paciente le da a la salud y enfermedad, dado que su visión de estos aspectos definen las actitudes y conductas de dependencia al personal sanitario, al igual que el proceso cognitivo esencial y particular de cómo vivir la enfermedad y disfrutar de la salud, como una parte inherente a la propia vida y por tanto desde la facultad de actuar con autonomía, sin una relación jerarquizada entre el usuario y el profesional de la salud (Llaurado, 2013).

Las implicaciones de revelar el enfermo que hay en la enfermedad.

Son varias las implicaciones que trae revelar el enfermo que hay en la enfermedad y no son de menor importancia. Para empezar, se impone como necesidad la adopción de un pensamiento complejo de la etiología de las afecciones orgánicas a partir de la inclusión en el análisis de la relación que se establece entre el paciente y su enfermedad. Esto quiere decir que es necesario dar crédito al hombre mismo y no solamente a las abstracciones orgánicas que ha creado la medicina moderna sobre las enfermedades físicas. El reconocimiento del hombre concreto que somos todos obliga a un cambio en la lucha que diariamente desarrollan los profesionales de salud en las instituciones sanitarias, la cual debe dejar de estar centrada exclusivamente en las enfermedades para desplazarse hacia el cuidado de la persona enferma en la totalidad de su dimensión biopsicosocial (Llaurado, 2013). Esto es posible a condición de buscar las causas de la enfermedad en el hombre real que es cada individuo, con una vida psicológica propia, atado a unas condiciones sociales y materiales concretas y no en una abstracción fisiológica que lo reduce a ser simple cuerpo, mera carne palpitante. Dicho en otros términos, la salud y la enfermedad es un resultante sistémico, efecto de numerosas instancias que lo determinan, en el que la personalidad, ese constructo psicológico de común uso en las teorías de la psicología de la salud, media como una instancia fundamental en tanto se encuentra "encargada de la toma de decisiones respecto a otras instancias subordinadas, como las necesidades o motivaciones individuales, las representaciones y las normas sociales, las relaciones con el medio social, las reacciones emocionales y los estilos de vida individuales" (Jiménez, 2015, p. 166).

Por otro lado, se aprende a reconocer el papel central que cumple cada paciente en el proceso de intervención médica. Cuando no se integra en el análisis clínico las formas existenciales concretas del individuo que se encuentran vinculadas con la emergencia de la enfermedad orgánica, además de no poderse determinar las condiciones que la han hecho posible, se cae en una visión pasiva del sujeto con su enfermedad. Esta visión pasiva hace del paciente

una mera víctima de una infortunada desgracia con forma de enfermedad, como también un no protagonista de los procesos de intervención que se requieren implementar para procurar aliviar o controlar su padecimiento orgánico.

Con el reconocimiento del protagonismo que tiene cada paciente con su enfermedad se da un cambio en el tipo de atención que puede recibir del personal de salud, el cual pasa a centrarse en "ayudar a que la persona enferma encuentre y adapte sus propios recursos, de forma adecuada, adoptando conductas sanas frente a la nueva situación y con la mayor brevedad posible. Atrás queda la jerarquía profesional-paciente del pasado y dónde el paciente se convierte en el máximo protagonista sin pérdida de autonomía" (Llaurado, 2013, p. 3).

La intervención en salud al paciente es un acto que realmente respeta a la persona que lo necesita cuando "su autonomía y la participación activa es parte fundamental para satisfacer sus necesidades básicas. La calidad ética del cuidado se centrará en la realización de cuidados según lo haría la misma persona y considerando sus valores y creencias" (Llaurado, 2013, p. 3). De este modo, si "desde siempre el objetivo básico de cualquier profesional sanitario era disminuir las causas de la enfermedad, tratarla y curarla, o bien, ayudar al enfermo en el proceso de la muerte aliviando dolor y el sufrimiento, ... hoy este concepto de práctica sanitaria hacia el enfermo ha cambiado y todos comprendemos que más allá de la curación o no de la enfermedad, los profesionales deben velar por la salud de las personas minimizando la pérdida de autocontrol y fomentando la autonomía de los pacientes desde la ética del cuidar" (Llaurado, 2013, p. 4).

Otra de las implicaciones del reconocimiento del sujeto que hay en la enfermedad está en que se vuelve fundamental el acompañamiento multidisciplinar al sujeto con un proceso mórbido. El reconocimiento de la voz y responsabilidad que tiene el paciente con su enfermedad permite no sólo que el médico pueda encontrar un campo de intersubjetividad con el enfermo y no de objetividad naturalista frente al fenómeno morbosos; igualmente, posibilita la constitución de un campo de encuentro interdisciplinario con otros profesionales de la salud. Es indiscutible, que en escenarios de salud

pública, el médico sigue siendo el instrumento terapéutico más potente dentro del conjunto del sistema sanitario, pero necesita fórmulas y estrategias que le ayuden a mantener un equilibrio dinámico ante los requerimientos que impone las metas de salud de sus pacientes, ejerciendo un liderazgo personal, pero también un liderazgo compartido con el paciente, con los miembros de los equipos y en el marco del sistema sanitario al que pertenece.

Independientemente de las enormes dificultades que tiene el sistema de salud en Colombia (véase, Calderón et al, 2011; Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011), las instituciones en salud estarían jurídica y conceptualmente obligadas a adoptar una visión psicosocial de la salud que posibilite la participación activa de diversos profesionales de la salud. Algunos de estos profesionales, como pueden ser los trabajadores sociales y los psicólogos, a través de su praxis disciplinar muestran que las afectaciones en la salud de una persona no se restringen únicamente a la esfera individual, sino que se extienden al sistema al que pertenece ese individuo y que estas afectaciones pueden resultar decisivas en las consecuencias que trae las intervenciones médicas. En términos generales, los espacios de encuentro que tiene un médico con otros profesionales no médicos son las oportunidades que tiene el galeno de adquirir nuevas herramientas para concretar objetivos de salud en un entorno tan complejo como puede ser un medio hospitalario.

Y finalmente, el reconocimiento del enfermo en la enfermedad obliga a volver la atención psicosocial a los otros actores que participan en el proceso de intervención, al mismo personal de salud. Este es un trabajo que se conoce con el nombre de *Humanización Salud* y supone un esfuerzo por atenuar las consecuencias que han implicado los modelos de atención sanitaria basados en la tecnificación de la medicina, la eficiencia administrativa, la reducción de gastos y el recorte de personal en salud en los hospitales (Hoyos, Cardona y Correa, 2008; Correa y Arrivillaga; 2007). Como se anuncia en diversos portales web de hospitales en el mundo, los planes de humanización de la asistencia sanitaria buscan incrementar la empatía del personal de salud con los pacientes y que se mejoré así el respeto y la confianza de estos últimos con los primeros.

Los proyectos de humanización en las unidades de atención hospitalaria son la forma como en las instituciones de salud pública

del siglo XXI recuerdan viejas enseñanzas de la medicina, como la que hacía en el siglo XIX el médico alemán Ernst Von Leyden a sus estudiantes: "el primer acto de un tratamiento es dar la mano al paciente" (Leyden citado por Lasala, 2010, p. 273). Estas prácticas de humanización se tornan cada vez más ineludibles ante la posibilidad de que se materialice una profecía que fue célebremente hecha por uno de los famosos visionarios de Silicon Valley, el hinduamericano Vinod Khosla: "en el futuro, la mayoría del diagnóstico, la prescripción y el monitoreo de los médicos, que consume aproximadamente el 80% del tiempo total de doctores / internistas en medicina, serán reemplazados por hardware, software y pruebas inteligentes" (Khosla, 2016). Y, como lo advierte Vinod Khosla, el 80% de lo que los médicos realizan podrá ser sustituido por la tecnología, finalmente lo único que le puede dar sentido a la existencia de un médico humano va a ser precisamente eso que fue desdeñado en su formación materialista: Su humanidad. Esto es, en el futuro cercano "los roles de los médicos / internistas probablemente serán diferentes y se centrarán en los aspectos humanos de la práctica médica como la empatía y elecciones éticas" (Khosla, 2016).

Conclusión

Resulta un equívoco creer que el trabajo conjunto del psicólogo con el médico es fácil de darse, con sólo adoptar como guía de intervención el dualismo ontológico que nuestra cultura señala y define en nuestra condición humana. La experiencia en los medios hospitalarios enseña que para que pueda operar el psicólogo con el médico se necesita identificar no solo los objetivos comunes a los que sirven ambos profesionales en una institución sanitaria, sino también reconocer los puntos de desencuentro que pueden darse entre la psicología y la medicina en el mundo institucional de la salud pública.

En el siglo XIX William Osler, uno de los padres de la Medicina Interna había llegado a sentenciar que la suerte del tuberculoso dependía más de lo que tuviese en la cabeza que lo que hubiese en el pulmón (Osler citado por Lasala, 2010, p. 273). Esto ilustra la intuición que, casi desde tiempos antiguos, han tenido los médicos de la importancia que poseen los factores psicológicos

en los procesos mórbidos. Hoy en el siglo XXI, deberían resultar innecesarios textos que insistan en la integración del psicólogo en los medios hospitalarios, mucho más si se considera la abundante literatura académica que hay al respecto, suficiente como para convertir en una norma jurídica la contratación de un profesional de la Psicología en cada ámbito institucional del servicio sanitario. Pero la creación de la Psicología de la Salud no conllevó a que durante las cuatro últimas décadas del siglo XX se promoviera activamente la inclusión del psicólogo en cada medio hospitalario existente, ni a la generación de un marco jurídico en todos los países occidentales que reconociera, protegiera y regulará esta profesión en dichos medios. Y aún en los países con mayor avance al respecto, la realidad muestra que, en los hospitales, centros de salud y otras instituciones con la labor misional de formar parte de la red de salud pública de un municipio o nación, el modelo de comprensión que predomina es el modelo tradicional biomédico (Troncoso, & Suazo, 2007) que ha puesto en el materialismo fisiológico la fuente causal primaria de todo proceso mórbido y la fuente de alternativas de intervención para las enfermedades orgánicas.

Infortunadamente, esta situación le confiere al psicólogo un rol profesional de resistencia a la aplicación de los postulados de una medicina moderna llevada hasta el extremo por una visión objetivista del ser humano, que limita injustificadamente la interacción personal que puede darse entre un profesional de la salud y un paciente dentro de un contexto de valores humanistas.

Foucault (2007) había señalado que la Clínica Médica era desde el siglo XVIII pedagógica, una especie de condensado de experiencias anteriores. Es decir, su conocimiento se cristalizaba alrededor de los saberes desmentidos, de las observaciones del fracaso de un saber, las cuales motivaban el surgimiento de un nuevo saber en la clínica. Pues bien, la psicología en el contexto de la salud pública se ha configurado como un saber disciplinario que desmiente las certezas de una visión positivista en la medicina que se ha anclado en la sociedad desde los ideales de felicidad, progreso y control de todos los riesgos a la existencia humana. La labor del psicólogo en el medio hospitalario apunta a que el personal de salud que trabaja en la institución, al igual que las personas que son atendidas en ella,

pueda encontrarse consigo mismo, como profesionales y personas que son, pertenecientes a una sociedad con sus propias dinámicas y características. Por tanto, la labor profesional del psicólogo no va a ser en última instancia grata porque evoca con su presencia y sus intervenciones, el carácter frágil y perecedero que son todos los seres humanos.

Referencias Bibliográficas

- Belon H and Vigoda D. (2014) Emotional adaptation to limb loss. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinic*. 25 (1):53-74.
- Boring, E. (1992). *Historia de la psicología experimental*. México: Trillas.
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial
- Cárdenas, A., Quiroga, C., Restrepo, M., y Cortés, D. (2005). Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56(3), 209-215.
- Correa, D.; Arrivillaga, M. (2007) La humanización de la asistencia en la enfermedad crónica. En M. Arrivillaga, D. Correa e I. Salazar (Edit), *Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica* (pp. 247- 270). Bogotá: Manual Moderno
- Duque, A M.; Grau, J. A.; Hernández, E. y Werner, R. (2005). La psicología de la salud en la atención hospitalaria. En: Grau J. Hernández E (eds) *Psicología de la Salud - fundamentos y aplicaciones* (pp. 295-322), Guadalajara, Ed. Univ. Guadalajara – Centro de Ciencias de la Salud
- Ferrater, J. (1983). *Diccionario de filosofía de bolsillo*. Madrid: Alianza editorial.
- Flórez, L. (1999). Origen y evolución de la psicología de la salud en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, Edición especial: 125-126
- Flórez, L. (2006). La psicología de la salud en Colombia. *Universitas Psychologica*, 5 (3): 681-693.

- Foucault, M. (1994). "La psicología de 1850 a 1950". Trad. Anthony. Sampson, En *Dits et écrits*, Vol. 1, París, Gallimard. Texto de circulación Universitaria
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Madrid: Siglo XXI.
- Garibay, L y Hernández, L. (2003). Intervención hospitalaria: una aproximación desde la psicología social de la salud. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 6 (3). Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/ServicioSocial/LauraPalomino.pdf>
- García, J.P. (2016). La humildad como cualidad perenne en el médico. *Revista CES Medicina*. 30 (2): 137-138
- Garret, H.E. (1958). *Las grandes realizaciones en la psicología experimental*. México: Fondo de Cultura económica.
- Giacomantone, E. y Mejía, A. (1994). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Gonzales, A. (1953). *Historia de la filosofía*. Madrid: Ediciones y publicaciones españolas S. A.
- Horgan O, MacLachlan M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: A review. *Disability and rehabilitation*, 26 (14/15): 837-850
- Hoyos, P. A.; Cardona, M. A. y Correa, D. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26 (2): 218-225
- Jones, E. (1970). *Vida y obra Sigmund Freud*. Barcelona: Anagrama.
- Khosla, V. (2016). Replacing 80 Percent of What Doctors Do? [versión electrónica] "20-Percent Doctor Included" & Dr. Algorithm: *Speculations and Musings of a Technology Optimist*.

Recuperado de https://www.khoslaventures.com/wp-content/uploads/20_percent_doctor.pdf

Lasala, A. (2010) Enfermedad y pecado, ¿Qué he hecho para merecer esto? En: Maria A. Martorel, J. M. Comelles y M. Bernal (eds), *Antropología y enfermería. Campos de encuentro* (pp 259-276),

Tarragona: publicaciones URV.

Londoño, C.; Valencia, S. y Vinaccia, S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. *Psicología y salud*, 16 (2): 199- 205.

Llaurado, G. (2013). La autonomía del paciente y la responsabilidad del personal de enfermería. *ENE, Revista de Enfermería*, 7 (1): 1-5.

Moix, J. (1994). Emoción y cirugía. *Anales de Psicología*, 10(2), 167-175

Parra, M. A. (2003). La capacidad del paciente para prestar válido consentimiento informado. El confuso panorama legislativo español. *Aranzadi Civil*, 1: 1901-1930.

Pedroche, S., & Quiles, M. J. (2000). Preparación psicológica basada en la información. En: J. M. Ortigosa & F. X. Méndez, (Eds.), *Hospitalización Infantil* (pp.75-94). Madrid: Biblioteca Nueva.

Pérez, J. L. (2010). Testigos de Jehová. Entre la autonomía del paciente y el paternalismo justificado. *Indret: Revista para el Análisis del Derecho*, 2: 1-24.

Piña, J; Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5 (3): 669-679.

Remor E, Arranz P y Ulla S: El Psicólogo en el ambiente hospitalario (2003). Biblioteca de psicología desclée de brouwer

Ruiz M. (1993). Autonomía personal y derecho a la propia vida. Una reflexión filosófico-jurídica. *Revista de Estudios Constitucionales*, 14: 135-165

- Salcedo, M. (2009) El psicoanálisis freudiano: un acontecimiento en la psicología. *Revista psicogente*, 12 (21) (9): 214-230.
- Sprung, L; Sprung, H. (1983). Gustav Theodor Fechner y el surgimiento de la psicología experimental. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 15 (3): 349-368.
- Troncoso, M. P., & Suazo, S. V. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enfermería*, 20(4), 499-503.
- Vinaccia, S. (1989). Psicología de la salud en Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 21 (2), 255-260.
- Yepes, F. J. (1990). *La salud en Colombia: Hallazgos y recomendaciones*. Bogotá: Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación.
- Wertheimer, M. (1912). Estudios experimentales sobre la visión del movimiento. *Zeitschrift der Psychologie*, 61, 161-265. Versión en castellano: Sahakian, W. S. (1968). *Historia de la psicología*. México: Trillas.
- Williamson G. M (1995). Restriction of Normal Activities Among Older Adult Amputees: The role of Public Self-Consciousness. *Journal of Clinical Geropsychology*, 1: 229-242.
- WHO. (2006). Constitución de la organización mundial de la salud. En: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Zas Ros B: (2011). *Experiencias en psicología Hospitalaria*

2

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE QUEMADO Y SU FAMILIA

CITA ESTE CAPÍTULO

Obando Cabezas, L. & Ordóñez, E. (2020). Protocolo de atención psicológica al paciente quemado y su familia. En Obando Cabezas, L. & Ordóñez, E. (Eds. científicos). *Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud* (pp. 42-76). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

CAPÍTULO II

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE QUEMADO Y SU FAMILIA

Lucely Obando Cabezas

Universidad Libre, Seccional Cali

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

Edward Javier Ordóñez

Universidad Santiago de Cali

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4803-0340>

"Quien tiene una razón para vivir, acabará encontrando el cómo"

Viktor Frankl

Introducción

En este texto se presenta el protocolo de atención psicológica que ha guiado el proceso de intervención psicológica a pacientes quemados que han sido ingresados a la Unidad de Quemados del Hospital universitario del Valle (HUV), un hospital público de tercer y cuarto nivel de atención en salud de la ciudad de Cali. La propuesta se realizó desde la convicción teórica y empírica de que las víctimas de quemaduras sufren uno de los más severos traumas al que un ser humano pueda sobrevivir (García 2010).

La experiencia clínica con estos pacientes ha enseñado que una quemadura es un trauma severo físico y emocional que sucede por múltiples causas, en múltiples escenarios, en todos los grupos etarios, y de amplia afectación en la vida de las personas,

por lo que el proceso de atención demanda no sólo intervenir a la persona perjudicada sino a su entorno familiar más inmediato (Bronfenbrenner, 1986, Rodrigo y Palacios, 1998, Gimeno, 1999), que se ve directamente afectado por los riesgos de muerte a los que se enfrenta su familiar, o por las consecuencias psicológicas y sociales que este evento ocasiona (Díaz y otros, 2013).

Gracias a que la Unidad de Quemados mencionada ha dispuesto de un servicio psicológico permanente, se ha podido ofrecer a sus pacientes herramientas e intervenciones de orden psicológico que han ayudado a disminuir las reacciones emocionales negativas que les ha generado el evento sufrido y que se han traducido en mayores habilidades de los pacientes para afrontar la adaptación a un medio hospitalario en el que pueden estar recluidos entre un mes y seis meses, dependiendo de la gravedad de las quemaduras que han tenido.

Este protocolo se presenta como modelo de intervención psicológica que tiene el potencial de ser implementado en otros contextos clínicos y hospitalarios del país que trabajen con una población equivalente. Lo respalda y lo valida, además de su implementación continua durante más de quince años, las actividades de práctica profesional de 17 estudiantes de pregrado de psicología en la Unidad de Quemados y diferentes proyectos de investigación desarrollados por algunos de esos mismos estudiantes pertenecientes a dos universidades de Cali (Universidad del Valle y Universidad San Buenaventura) y en los que han abordado temáticas como: La atención psicológica que se le brinda a los pacientes hospitalizados y familiares, factores psicosociales que influyen en la adaptación de los pacientes hospitalizados,, prácticas del personal de salud que facilitan la adaptación del niño hospitalizado, la intervención psicoterapéutica sobre las representaciones asociadas a la corporalidad y a la enfermedad, "protocolo de intervención en crisis psicológica para usuario del Hospital Universitario del Valle, interacción familiar y el proceso de recuperación del niño hospitalizado en el Hospital Universitario del Valle, entre otros.

Este conjunto de aspectos mencionados, la experiencia clínica acumulada de años de intervención psicológica en la Unidad de Quemados, junto a los resultados obtenidos en las prácticas

profesionales y proyectos de investigación realizados por estudiantes de psicología, han permitido ir perfeccionando esta propuesta de protocolo y ha mostrado que las personas tienen la capacidad psicológica para enfrentar toda clase de adversidades que enfrentan en su vida, pudiendo -no sólo sobrellevarlas y superarlas- sino salir fortalecidas de esas situaciones (Vanistendael, citado por Saavedra & Villalta, 2008, p. 13).

Algunas Consideraciones Generales Sobre La Temática.

Lo primero que cabe mencionar es que el presente protocolo se ha aplicado en el HUV, una institución perteneciente a la Red de Salud Pública de Cali, de niveles III y IV, con un modelo de atención de doble carácter, docente y asistencial. En este, la Psicología de la Salud se ha posicionado en todas las unidades de atención que lo componen: Unidad de Cáncer, Medicina interna, Quirúrgicas, Neurología, Urgencias, Ginecología, Rehabilitación física, Hospitalización, etc.

En lo que respecta a la Unidad de Quemados, atiende a personas que han resultado quemadas en un accidente con fuego, productos químicos o la electricidad, todas ellas con graves secuelas y cicatrices irreversibles. De acuerdo con las estadísticas presentadas por la Unidad de Quemados, se estima que durante un año calendario el 1% de la población que ha sufrido una quemadura requiere manejo por un agente de salud entrenado en medio hospitalario.

La edad de los lesionados, así como su extensión y el tipo de quemadura, varían de acuerdo con las características del contexto donde se dio el accidente. En efecto, mientras en los lugares con mayor desarrollo industrial las quemaduras son más frecuentes por llama o accidentes de trabajo; en los sitios con mayor pobreza se producen por líquido caliente como resultado de accidentes domésticos. En Colombia más de la mitad de las quemaduras se producen en pacientes menores de 13 años por líquido caliente, debido al derrame de la sopa sobre el niño que intenta movilizar el recipiente de la cocina. A este grupo de accidentes prevenibles, se debe agregar el uso indiscriminado de la pólvora, situación que se ha empezado a reglamentar en los últimos años en algunas ciudades.

De acuerdo con Berrocal, M. y otros. (2011) y el Curso ABIQ (Atención Básica Inicial del Quemado), la quemadura es la lesión resultante de la explosión a llamas, líquidos calientes, contacto con objetos calientes, explosión a cáusticos, químicos o radiación; o descarga de corriente eléctrica, la cual afecta gravemente el envoltorio de piel en que está recubierto el cuerpo. Es importante resaltar que la piel está compuesta por dos capas: la Epidermis y la Dermis, siendo la primera la capa más superficial y la segunda, la más profunda. La Epidermis sólo está compuesta de células, 98% de queratinocitos y el 2% de melanocitos. La Dermis tiene como principal célula representativa al fibroblasto y contiene los anexos como la glándula sebácea, folículo piloso y glándula sudorípara, además de terminales sensoriales para el dolor, tacto, presión y temperatura. La piel tiene cuatro funciones fundamentales para la vida: La protección de infecciones, la prevención de la pérdida de fluidos, la regulación de la temperatura corporal y el contacto sensorial con el medio ambiente.

La piel humana puede tolerar sin dañarse temperaturas de hasta 44 grados centígrados. Por encima de esta cifra se producen diferentes lesiones, el grado de lesión tiene una directa relación con la temperatura y con el tiempo de exposición. El área central de la lesión que ha tenido el máximo contacto con la fuente de calor está coagulada con necrosis celular, esa es la llamada zona de coagulación. La profundidad de la quemadura depende de la temperatura y del tiempo de exposición a la fuente de calor. Para la valoración clínica de la quemadura, también es importante considerar el grosor de la piel afectada; se debe tener en cuenta que en los niños y las personas de la tercera edad la piel es más delgada y en general a estas edades, las quemaduras resultan ser más profundas de su apariencia inicial (ABIQ 2010).

De acuerdo con ABIQ (2010), y Berrocal, M. et al. (2011) las quemaduras se comprenden como una enfermedad crónica no transmisible y se clasifican en grados según la profundidad de la zona afectada:

Tabla 1. Grados de quemaduras.

Grado I.	Corresponden a las quemaduras producidas por exposición solar, en las cuales se compromete la Epidermis únicamente. Se produce descamación en los siguientes 7 a 10 días, y no queda cicatriz ni cambios de pigmentación a menos que exista una exposición solar continua o la aplicación de algún producto que produzca foto toxicidad.
Grado II.	La lesión alcanza grados variables de la Dermis. Estas quemaduras cuando son superficiales se les denomina Tipo A y cicatrizan en un plazo inferior a 14 días sin dejar secuelas importantes. Sin embargo, cuando destruyen una parte importante de la Dermis, la cicatrización se produce después de los 18 días y la cicatriz es de mala calidad, con aparición de Queloides, hiper o hipo pigmentación y retracciones. Esta quemadura también se llama tipo AB.
Grado III.	Se llama quemadura grado III la lesión que destruye toda la Dermis, y que por lo tanto no deja restos dérmicos o epidérmicos que permitan la epitelización. La cicatrización se produce por segunda intención, es decir, por aproximación de los bordes de la superficie cruenta, y la epitelización solo alcanza uno o dos centímetros desde el borde de piel sana. Para obtener una epitelización completa se requiere desbridar hasta obtener tejido de granulación e injertar. Estas quemaduras se denominan también tipo B.
Grado IV.	La lesión grado IV implica destrucción de músculo o estructuras óseas. Generalmente son el resultado de la energía por electricidad.

Fuente: ABIQ (2010).

Aspectos Psicológicos Del Paciente Quemado.

Se puede afirmar que la Unidad de Quemados es una de las áreas del HUV que más demanda la atención psicológica para sus pacientes. Estos requieren intervenciones efectivas, tanto del orden médico como del psicológico, dado el efecto fisiológico y el altísimo impacto emocional que les causan el trauma térmico. La magnitud del cuadro sintomático del estrés protraumático depende de diversos factores relacionados con la gravedad de la quemadura y el estado premórbido del paciente (Grau, j. y otros. 2005). También, la afectación emocional se encuentra asociada a la alteración de la imagen corporal que puede producir el evento (Grau, j. y otros. 2005) y el drama socioeconómico que puede propiciar en las personas quemadas (Cardona B.2007). Este conjunto de aspectos propicia estados de ansiedad, depresión, aislamiento, hostilidad al medio,

pérdida de autoestima, alucinaciones y las demás señales de la reacción de adaptación que exacerbaban el cuadro doloroso. Aunque cabe precisar que estas, más que relacionadas con la quemadura se conectan con la capacidad de respuesta emocional de cada paciente (Celko, 2009).

Durante el periodo de hospitalización el paciente quemado presenta diversos síntomas emocionales, entre los más comunes se encuentran la ansiedad, el miedo, la tendencia al llanto, la disminución del apetito y el insomnio, estos últimos propios de un cuadro de depresión (De los Santos, 1999, Corry, J.2010, Moreno, I y Delgado. G 2010, Gallach, E. y otros 2015). Entre los motivos para que tengan los pacientes niveles altos de depresión se destacan el impacto emocional que les deja el trauma térmico, y la experiencia de hospitalización, que tiende a suscitar sentimientos de incapacidad y dependencia. Aunado a lo anterior, es frecuente observar que el proceso de recuperación no es constante; se dan en él altibajos que propician depresiones mayores, que los pueden afectar a tal grado que se vuelven vulnerables a cuadros de sepsis e infección generalizada (Allué, M. 2013) y así retrasar la cicatrización o la integración de los injertos recibidos. El dolor causado por las curaciones, las cirugías y hasta los ejercicios que realizan con los fisiatras, fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales son otros de los agravantes de la depresión de los pacientes.

El paciente quemado atraviesa por una dolorosa experiencia de vida con cambios drásticos de la cotidianidad que llevaba antes de su accidente; en la Unidad de quemados enfrenta el dolor físico de sus heridas, el dolor psicológico de las pérdidas que le van dejar las quemaduras, el proceso de hospitalización y la incapacidad física transitoria o permanente con que van a quedar (Palmu, R 2011). Por esto, en el protocolo se integraron las actividades de intervención psicológica que se disponían en nuestro medio para optimizar la calidad de vida del paciente durante su tiempo de hospitalización. Estas actividades ofrecen herramientas psicológicas para que pueda asimilar la situación que vive, controlar el dolor físico, minimizar los efectos negativos que produce la hospitalización y finalmente afrontar las amputaciones y cicatrices que modificaran su auto concepto (Escobar, 2006). En otras palabras, para buscar un buen resultado en el proceso de recuperación del paciente es determinante

realizar desde el inicio un manejo psicológico integral ajustado a un protocolo que sortee con complicaciones emocionales en el paciente que pueden evitarse (Oramas, 2006; Zapata, 2010; Díaz, 2013).

Achuer (1993) afirma que el tratamiento de las quemaduras se extiende más allá de la sobrevivencia del paciente con el fin de incluir la recuperación óptima de las funciones del individuo como un todo y que por lo tanto el equipo multidisciplinario de profesionales y especialista en quemados lleva a cabo, aún en circunstancias de emergencia, planes presuntivos, basados en la vida futura de este paciente. Según el autor, las decisiones del tratamiento están influenciadas por la preocupación en preservar movilidad, aspectos cosméticos y bienestar psicológico al paciente. Los temas psicológicos y sociales constituyen partes integrales del tratamiento de las quemaduras, desde el momento de la lesión hasta la recuperación y rehabilitación total del paciente. El tipo de lesiones que sufren los pacientes quemados hace que su recuperación requiera de un personal profesional debidamente entrenado.

En cuanto a técnicas de intervención, el autor hace referencia a la intervención en crisis, la cual debe ofrecerles a los pacientes oportunidad de expresar sus emociones desde el primer día, por lo que es necesario contar con los servicios de psicólogos, capacitados para esa labor. Igualmente, Achuer (1993) y Cardona (2007), manifiestan que el psicólogo deberá concienciar al paciente de que su actitud será fundamental para la efectividad del tratamiento, por lo que conductas no proactivas a su proceso de recuperación van a dificultar el progreso de la cicatrización y a disminuir la adaptación al medio hospitalario. También subrayan los autores que es importante identificar y consolidar la red de apoyo social con que cuenta el paciente, de ser posible desde el primer día de ingreso. Según Achuer (1993), el mejor predictor del éxito de la rehabilitación es el apoyo social con que cuentan los pacientes, entendido como la familia, los compañeros y los amigos. Son ellos los que están en mejor capacidad de brindarles acompañamiento emocional al paciente quemado y ayudarle así manejar asertivamente la amplia gama de sentimientos y emociones que pueden experimentar (culpa, incredulidad, duelo)

Así mismo, Achuer (1993) recomienda la técnica de relajación simple, las técnicas de autocontrol, la respiración primaria y las técnicas de disociación, como formas de manejo de las reacciones emocionales negativas generadas ante el evento, y de las cuales podría disponer cuando así lo requiera (Del Sol, citado por Achuer, 1993). Un aspecto al que contribuyen las técnicas de relajación es el control del dolor (Alencar 2013). Los grados elevados de ansiedad y la atención en el estímulo generador provocan mayor percepción del dolor. Las técnicas de relajación pueden contribuir no sólo a disminuir la ansiedad, sino también disminuir la percepción del dolor; y potencializar los analgésicos (Alencar 2013).

Con estos pacientes debe considerarse, además, que el dolor lo ocasiona la lesión y los tratamientos médicos. Por ejemplo, para que la cicatrización tenga lugar, las heridas deben ser lavadas con técnicas de enfermería que producen mucho dolor en el paciente. El dolor también se incrementa cuando es movido en la cama, al transportarlo, al realizar los ejercicios y al tomar tejido sano para injerto. Siguiendo este orden de ideas, Bluienfield y Schoeps (1993) han destacado el papel del control del dolor. Sin embargo, enfocan el dolor proveniente de las pérdidas. Opinan que todo paciente que ha sufrido una quemadura o una lesión grave ha sufrido una pérdida. Puede haber perdido una función, un rol, independencia o la sensación de seguridad en el mundo, tal vez su hogar, sus posesiones o a sus seres queridos. En algunos casos, la pérdida es evidente, pero no siempre, pues el dolor es un fenómeno complejo, causalmente multideterminado Donker (1991), Alencar (2013). Cualquier experiencia dolorosa tiene componentes sensoriales, afectivos, motivacionales, cognitivos y sociales (Alencar 2013; Gallach, 2015), lo que implica que lo psicológico debe de ser tenido en cuenta para un tratamiento óptimo (Alencar 2013). En este marco, la psicología proporciona las estrategias y técnicas adecuadas que sirven como coadyuvantes al tratamiento global del paciente. Tratamiento que requiere la inclusión de profesionales de la psicología, con la formación adecuada.

Otra emoción común en pacientes quemados es la ansiedad (Corry 2010; Moreno y Delgado 2010; Gallach 2015). Esta emerge porque la persona experimenta el trauma como una situación peligrosa, que hace surgir miedos básicos experimentados en la infancia.

Blumenfeld y Schoeps (1993) han observado siete tipos de ansiedad, en estos pacientes: la amenaza básica a la integridad narcisista, miedo a los extraños, miedo a la separación, miedo a perder el amor y la aprobación, miedo a lesionar, miedo a perder partes del cuerpo y miedo a perder el control de las funciones del cuerpo.

En conclusión, el apoyo psicológico al paciente quemado y su familia es fundamental por varias razones. En primer lugar, para contener y darle un mejor trámite a las intensas reacciones emocionales negativas que propicia en pacientes y sus familiares quemaduras extensas en el cuerpo. En segundo lugar, para favorecer la adaptación del paciente al medio hospitalario considerándose que pueden pasar por largos periodos de estadía en el hospital. En tercer lugar, para facilitar la adherencia de los pacientes a los tratamientos médicos, los cuales demandan su activa y permanente colaboración para que se concrete su recuperación en salud. En cuarto lugar, para ayudar al paciente a manejar física y emocionalmente el dolor, experiencia muy presente en los pacientes quemados hospitalizados. Y finalmente, para posibilitar la aceptación de las consecuencias físicas, psicológicas, sociales, familiares, laborales que pueden dejar el trauma térmico, una vez superada la hospitalización.

Protocolo de Intervención Psicológica.

Como cualquier otro protocolo, este responde a la necesidad de sistematización de la labor profesional que se ha venido desarrollando en la Unidad de Quemados del HUV, en mira de procesos de certificación a los que deben responder todas las instituciones de salud pública del país. Y se organizó con el propósito de no sólo informar a directivas y autoridades pertinentes de las actividades que realizan los psicólogos a los pacientes quemados, sino también para definir un derrotero de acción profesional que sirva de guía a todo el personal de salud de la Unidad.

Hay que señalar que dicho personal tiene un alto nivel de rotación en la unidad, especialmente por las prácticas profesionales que adelantan estudiantes de diversas carreras (psicología, medicina, fisioterapia salud ocupacional, entre otros) los cuales cumplen

rotaciones en la Unidad en periodos que van desde 3 meses hasta un año. De este modo, el protocolo ha permitido que el proceso de intervención psicológica no se vea interrumpido o alterado en su aplicación por el inicio de la rotación de un nuevo profesional de la salud en la Unidad.

El protocolo se definió a partir de estas consideraciones operativas y clínicas:

1. La intervención psicológica no empieza con la remisión que hace un médico a psicología. Inicia desde el momento en que ingresa el paciente a la Unidad de Quemados. La intervención de psicología no requiere de la autorización previa del médico, porque todo el personal de salud comprende la importancia que tiene esta durante todo el periodo de hospitalización del paciente (Corry, 2010). El profesional en psicología interviene desde el inicio realizando la valoración psicológica tanto al paciente como a su familia. Es importante anotar que la ausencia de este profesional no excluye que el resto del equipo realice las acciones básicas tendientes a evitar o minimizar las complicaciones inherentes.

2. La atención psicológica está concebida básicamente como un apoyo al ejercicio clínico del cuerpo médico interdisciplinario de la sala, comprendido por las enfermeras, la fisioterapeuta, la terapeuta ocupacional y los médicos especialistas (Corry, 2010). Esto ha implicado que la intervención psicológica sólo puede realizarse en coordinación con la atención que efectúan otros profesionales de salud. De este modo, los psicólogos son profesionales que han encontrado su lugar en la Unidad de Quemados al adoptar un propósito de ayuda para la concreción de las metas de intervención que el personal de salud médico y no médico tiene con el paciente.

En tal sentido, los psicólogos ayudan a médicos para que el paciente colabore con cirugías o dolorosos procedimientos de curación diaria; contribuye en la labor de enfermeras y fisioterapeutas para que tenga adherencia a medicamentos y a los múltiples tratamientos de rehabilitación que recibe. También ayudan a psiquiatría depurando

los casos en los que se requiere urgentemente la intervención psicofarmacológica de aquellos casos que se pueden darle un manejo con técnicas de apoyo psicológico. Igualmente, contribuye en la labor que realiza el trabajador social identificando casos en los que están presentes graves problemáticas familiares o sociales y trabaja en coordinación con profesionales en terapia ocupacional en la búsqueda de un plan de ocupación pertinente, que traiga como resultado la facilitación de los diversos programas de intervención y el paciente pueda sobrellevar la estadía prolongada en el hospital.

3. El protocolo parte del supuesto que existen ciertos aspectos que son comunes a todos los pacientes quemados hospitalizados (Zapata M. 2010), y que son fundamentales para su recuperación integral, en el que se le apuesta al mejoramiento físico y a atender componentes emocionales y mentales propios de la experiencia hospitalaria. Este supuesto ha determinado que se definan actividades de intervención diaria para cada uno de los pacientes, aún a pesar de que no se hayan realizado reportes del personal de salud que indique que cierto paciente en particular requiere de atención psicológica. Se da por sobrentendido que el paciente enfrenta una situación emocionalmente exigente y que por ello requiere de acompañamiento profesional psicológico, aunque el paciente no lo verbalice, no esté generando situaciones de conflicto en la Unidad o esté colaborando activamente con todos los procedimientos médicos. En consonancia con lo anterior, el Protocolo fue diseñado conforme a las diferentes etapas psicológicas de reacción al trauma por las que atraviesa el paciente quemado, las cuales, según Welch (1991), se puede agrupar en las siguientes tres fases Fase aguda: Es la fase de urgencia médica y estabilización del paciente; Fase reconstructiva: Es la fase de lento y progresiva recuperación de la salud del paciente; Fase de ajuste a largo plazo o de readaptación social: es la fase de preparación de la salida del paciente.

4. El Protocolo intenta responder a necesidades psicológicas diferenciales de los pacientes, especialmente en lo que se relaciona con la edad del paciente. Este es quizás el aspecto diferencial en el que la experiencia clínica ha mostrado tener mayor relevancia para la intervención psicológica, en comparación con otros aspectos de poco impacto como el sexo, etnia, condición económica o creencias culturales. Es de aclarar que las actividades de intervención que se consignan en el Protocolo no tienen objetivos de transformaciones estructurales de la personalidad premórbida del paciente quemado.

En otros términos, en ninguno de sus propuestas de intervención se promueve la resolución de problemáticas psicológicas previas al evento de la quemadura. Lo que pretenden estas intervenciones es que el sujeto hospitalizado pueda afrontar con la extrema situación de salud en la que se encuentra, en la cual el dolor, el riesgo de muerte y posibles deformaciones físicas son realidades omnipresentes y que lo pueden conducir a una situación de exclusión social, por la transformación de su estética corporal, o de limitación para la integración laboral, por las pérdidas de funcionalidad corporal que le pueden dejar las quemaduras.

Caracterización de la intervención psicológica por fases.

Se exponen a continuación las características de cada una de las fases y los propósitos generales que se adoptan durante el periodo de hospitalización del paciente quemado.

Tabla 2. Fases del proceso de intervención psicológica, paciente adulto.

FASE AGUDA	
CARACTERIZACIÓN DE LA FASE	Corresponde al periodo que va desde el ingreso a Urgencias y estabilización física, y de las primeras 24 a 72 horas. En esta etapa, el paciente quemado está luchando por su vida, enfrenta el cambio de estar saludable a la situación de crisis y de peligro de muerte. Durante esta etapa es común que el paciente utilice defensas como la negación y represión los delirios, episodios agudos de ansiedad e insomnio, son frecuentes
PROPÓSITOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	En esta parte, mientras el paciente quemado es estabilizado físicamente, se trabaja, principalmente, con su familia.

FASE RECONSTRUCTIVA	
CARACTERIZACIÓN DE LA FASE	Según la evolución de cada paciente, esta fase corresponde al periodo de hospitalización, programación para cirugías, curaciones, fisioterapia y demás intervenciones. En esta etapa el paciente ya no se encuentra en peligro inminente de muerte, aunque aún hay riesgos por complicaciones. La lucha es contra el dolor constante, por las heridas, y por los procedimientos como escarectomías, cirugías y demás procedimientos pertinentes para la recuperación del paciente. Las reacciones psicológicas observadas en la interacción diaria que se tiene con los pacientes son: Miedo a los tratamientos, ansiedad por el futuro que le depara, depresión por la pérdida de seres queridos, de funciones, el desfiguramiento, y las amputaciones. El mayor problema que se presenta en esta fase es la depresión que puede interferir en el proceso recuperación física
PROPÓSITOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	En esta fase los objetivos terapéuticos son: <ol style="list-style-type: none"> 1. Concientizar a los familiares y pacientes de su papel en el proceso de recuperación. 2. Ayudar al paciente quemado y a sus familiares a afrontar y aceptar los cambios físicos y psicológicos producidos por la enfermedad. 3. Disminuir niveles de ansiedad y angustia en pacientes y familiares.
FASE DE AJUSTE A LARGO PLAZO	
CARACTERIZACIÓN DE LA FASE	Es la fase que vive el paciente cuando se encuentra próximo al retorno a su hogar o ya se ha integrado a su sistema de cotidianidad. Es de vital importancia realizar seguimiento sobre el comportamiento del paciente en el hogar, porque puede presentar tendencias al aislamiento por las secuelas físicas, es muy importante mantener los logros que se adquirieron durante la hospitalización.
PROPÓSITOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	La intervención psicológica en esta fase está dirigida a afianzar la readaptación social y emocional del paciente y su familia. Se basa en: <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo a partir del planteamiento y/o modificación de un nuevo proyecto de vida. 2. Intervención psicológica al paciente que presente dificultades en el proceso de readaptación al medio social y familiar. 3. Facilitar la adherencia del paciente a los programas de rehabilitación en los cuales se encuentra incluido por consulta externa:

Fuente: elaboración propia (2017).

Atención Psicológica en Paciente Pediátrico.

En lo referente a la atención pediátrica, estas son sus características y los propósitos que persigue:

Tabla 3. Atención psicológica en paciente pediátrico.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO	
<i>CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN</i>	Las propuestas de intervención no están sujetas a las fases de hospitalización en que se encuentra el niño. La mayor vulnerabilidad emocional del niño y su dependencia con un adulto obliga a que las actividades de intervención se realicen durante todo el tiempo en que se encuentra hospitalizado el niño. La intervención requiere incluir a los padres del menor como red de apoyo omnipresente durante la hospitalización del niño.
<i>PROPÓSITOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA</i>	Concederles una atención preferente y permanente a los menores que ingresan a la Unidad de Quemados, dada la mayor vulnerabilidad emocional de un niño y en cumplimiento de las normas legales que rigen al respecto en salud pública.

Fuente: elaboración propia (2017).

Actividades de Intervención Psicológica por Fases.

En cuanto a las actividades a realizar en cada una de las fases, estas se describen en los siguientes cuadros.

Tabla 4. Actividades de intervención psicológica en la fase aguda.

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE AGUDA		
PSICOEDUCACIÓN: TALLERES CON FAMILIARES	DESCRIPCIÓN	En estos talleres se le brinda a los familiares toda la información correspondiente a la naturaleza, grado y extensión de la lesión y su tratamiento, también se le brinda la información pertinente a las condiciones del servicio en cuanto a las normas con respecto a las visitas, los horarios, los elementos que deben traerle al paciente y también lo que no pueden traerle, también se les explica las condiciones de higiene de la Unidad para no infectar a los pacientes que se encuentren en hospitalización.
	OBJETIVOS	Disminuir los niveles de ansiedad en familiares del paciente quemado.
		Brindar información sobre lo concerniente a la quemadura del paciente y preparar a la familia para lo que pueda llegar a ocurrir en corto y mediano plazo con su familiar.
		Brindar información sobre las reglas de permanencia en la Unidad de Quemados.
	POBLACIÓN	Familiares de pacientes ingresados a la Unidad
	INDICADORES DE LOGRO	El cumplimiento de las normas establecidas en la Unidad.
		El grado de conocimiento y aceptación de la enfermedad y tratamiento de los familiares del paciente quemado.
RECURSOS	Humanos: Personal de psicología	
	Físicos: Consultorio de psicología.	

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE AGUDA		
VALORACIÓN PSICOLÓGICA	DESCRIPCIÓN	Valoración del estado emocional del paciente en los primeros días de ingreso al servicio hospitalario a través de un formato institucional de evaluación psicológica.
	OBJETIVOS	Establecer un perfil básico de la personalidad premórbida del paciente.
		Identificar las principales herramientas psicológicas que dispone el paciente para enfrentar su condición de salud
		Analizar el modo en que enfrenta su condición y las implicaciones que ello puede traer a su proceso de adaptación hospitalaria
	POBLACIÓN	Pacientes ingresados a la unidad de quemados
	INDICADORES DE LOGRO	Pacientes con evaluación clínica consignada en la historia clínica
		Aplicación y seguimiento del personal de salud de recomendaciones en la atención que se le debe brindar algunos pacientes.
	RECURSOS	Humanos: Personal de psicología
Físicos: formato institucional de evaluación psicológica		

Fuente: elaboración propia (2017).

Tabla 5. Actividades de intervención psicológica en la fase reconstructiva.

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE RECONSTRUCTIVA		
TALLERES PSICOEDUCATIVOS Y PSICOTERAPÉUTICOS CON PACIENTES Y FAMILIARES	DESCRIPCIÓN	<p>Esta actividad se realiza con otros profesionales que intervienen en el proceso de recuperación del paciente quemado, en las áreas de terapia ocupacional, fisioterapia, nutrición y psicología. Se trabajan los siguientes temas:</p> <p><i>Nutrición del paciente quemado.</i></p> <p><i>Prevención de las quemaduras.</i></p> <p><i>Cuidados de la piel en el paciente quemado.</i></p> <p><i>Importancia del ejercicio en el paciente quemado.</i></p> <p><i>Juego como medio terapéutico.</i></p> <p><i>Férulas.</i></p> <p><i>Presoterapia.</i></p> <p><i>Expresión de sentimientos.</i></p> <p><i>Normas de la unidad de quemados.</i></p> <p><i>La importancia del cuidado al otro y de la afectividad en la recuperación del paciente.</i></p>
	OBJETIVOS	Brindar información de manera clara y sencilla al paciente y a la familia acerca de diferentes temas relacionados con su proceso.
	POBLACIÓN	Familiares y pacientes quemados
	INDICADORES DE LOGRO	Familiares y pacientes con conocimientos adecuados.
		Disminución de síntomas ansiosos.
	RECURSOS	Humanos: Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicóloga
Físicos: Consultorio Psicológico. Ayudas didácticas		

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE RECONSTRUCTIVA		
EVALUACIÓN DEL ESTADO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE	DESCRIPCIÓN	Valoración más completa y permanente del estado emocional del paciente que se realiza mediante observación y análisis del modo de afrontamiento de la enfermedad, reportes del personal de salud sobre su proceso de adaptación al medio hospitalario y la manera de relacionarse con el personal de salud, y finalmente, entrevista clínica directa con el paciente.
	OBJETIVOS	Establecer un perfil completo de la personalidad premórbida del paciente como: fortalezas y debilidades, modos de relación adoptados en su vida, estrategias de afrontamiento, ambiente familiar y social para predecir y direccionar los procesos de adaptación, recuperación y rehabilitación del paciente.
		Analizar el modo en que sobrelleva su condición de salud y su proceso de adaptación hospitalaria.
	POBLACIÓN	Pacientes ingresados a la Unidad de Quemados
	INDICADORES DE LOGRO	Pacientes con tratamientos psicológicos establecidos de acuerdo a lo encontrado en la evaluación.
	RECURSOS	Humanos: Personal de psicología
Físicos: formato institucional de evaluación psicológica		

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE RECONSTRUCTIVA		
PREPARACIÓN PARA CIRUGÍA	DESCRIPCIÓN	En esta actividad se le brinda al paciente y a sus familiares toda la información pertinente y necesaria sobre la cirugía a realizar, además del procedimiento, su evolución y recuperación.
	OBJETIVOS	Posibilitar que el paciente asimile procesos quirúrgicos severos, en los cuales suele presentarse modificaciones notables de su esquema corporal.
		Disminuir la ansiedad pre y post operatoria a través del entrenamiento en técnicas de relajación y respiración.
	POBLACIÓN	Familiares y pacientes quemados
	INDICADORES DE LOGRO	Disminución de reacciones emocionales negativas ante el proceso quirúrgico.
	RECURSOS	Aceptación del esquema corporal en caso de modificación.
Humanos: Psicología, médico cirujano.		
Físicos: Consultorio de psicología, habitación del paciente		

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE RECONSTRUCTIVA		
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL AL PACIENTE	DESCRIPCIÓN	<p>Terapia de apoyo psicológico, enfocada a intervenir la manera como el sujeto enfrenta emocionalmente su proceso de hospitalización con las siguientes técnicas:</p> <p><i>Escuchar y entender</i> <i>Facilitación y evocación</i> <i>Expresión de sentimientos</i> <i>Apoyo</i> <i>Dirección y educación</i> <i>Estructuración o manipulación ambiental</i> <i>Clarificación</i> <i>Sugestión</i> <i>Reestructuración cognitiva</i> <i>Interpretación</i></p>
	OBJETIVOS	Facilitar proceso de adaptación y aceptación del evento ocurrido y a la hospitalización.
		Disminuir reacciones emocionales negativas y reactivas al proceso de quemadura
	POBLACIÓN	Pacientes ingresados a la Unidad de Quemados
	INDICADORES DE LOGRO	Pacientes con procesos de adaptación al medio hospitalario adecuado
Aceptación del evento ocurrido.		
Disminución de reacciones emocionales negativas.		
RECURSOS	Humanos: Personal de psicología	
	Físicos: consultorio de psicología, habitación del paciente.	

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE RECONSTRUCTIVA		
INTERCONSULTA CON PSIQUIATRÍA	DESCRIPCIÓN	<p>Se hará remisión a psiquiatría cuando el paciente presente síntomas emocionales severos y persistentes que no son posibles de controlar mediante la intervención psicológica indicada. Tales síntomas son:</p> <p><i>Depresión severa:</i> <i>Llanto frecuente.</i> <i>Ideas de muerte.</i> <i>Disminución del apetito.</i> <i>Aislamiento permanente.</i> <i>Delirios, Alucinaciones y/o delirium.</i> <i>Trastorno en estado de conciencia.</i> <i>Desorientación temporo- espacial.</i> <i>Trastornos en la memoria.</i> <i>Reacciones maniacas o agitación motora.</i></p>
	OBJETIVOS	<p>Valorar al paciente por psiquiatría y que reciba tratamiento si así lo requiere, para facilitar su adaptación al medio hospitalario y aceptación de lo ocurrido.</p>
	POBLACIÓN	<p>Pacientes ingresados a la Unidad de Quemados</p>
	INDICADORES	<p>Pacientes con disminución de síntomas Psicológicos presentados</p>
	RECURSOS	<p>Humanos: Personal de psicología y psiquiatría</p> <p>Físicos: formato institucional de interconsulta</p>

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE RECONSTRUCTIVA		
INTERCONSULTA CON TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL	DESCRIPCIÓN	Se pasará interconsulta a terapia ocupacional USM a pacientes con estadía prolongada o que muestren síntomas de depresión reactiva a la hospitalización.
	OBJETIVOS	Diseñar un plan ocupacional para el paciente que traiga como resultado la facilitación de los diversos programas de intervención que le son realizados.
	POBLACIÓN	Pacientes ingresados a la Unidad de Quemados
	INDICADORES DE LOGRO	Pacientes con menos síntomas depresivos
		Pacientes con facilidad para adaptarse al medio hospitalario.
RECURSOS	Humanos: Personal de psicología y terapia ocupacional.	
	Físicos: formato institucional de interconsulta.	

Fuente: elaboración propia (2017).

Tabla 6. Actividades de intervención psicológica en la fase de readaptación social.

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE DE READAPTACIÓN SOCIAL		
APOYO PSICOLÓGICO	DESCRIPCIÓN	En esta actividad se realiza un seguimiento de cada paciente para apoyarlo en su retorno a la vida social y familiar, por medio de citas periódicas semanales, Su duración dependerá del estado del paciente, esta intervención se realiza por consulta externa. En la intervención se evalúa con el paciente los cambios que debe hacer en su vida en diferentes niveles en lo que concierne a temas laborales, económicos, profesionales, sociales y familiares, en consideración con las secuelas físicas que le pueden haber ocasionado las quemaduras.
	OBJETIVOS	Apoyar al paciente quemado en la reintegración a su entorno social y familiar
		Facilitar al paciente la aceptación de las secuelas físicas que ha dejado su accidente con quemaduras relacionadas con cambios en su imagen corporal por pérdida de miembros o por deformaciones y cicatrices.
	POBLACIÓN	Familiares y paciente quemado
	INDICADORES DE LOGRO	Readaptación al medio social y familiar.
		Adhesión del paciente a los programas de rehabilitación correspondientes. Rehabilitación del paciente quemado.
	RECURSOS	Humanos: Personal de psicología.
Físicos: Consultorio de psicología.		

Fuente: Elaboración Propia (2017).

Tabla 7. Actividades de atención psicológica en el paciente pediátrico.

ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO		
TERAPIA LÚDICA CON EL MENOR	DESCRIPCIÓN	<p>La intervención psicológica a utilizar con los niños es la terapia lúdica, la cual puede ser de dos tipos: Directiva o no directiva. Se trabajará con juegos o con dibujos.</p> <p>Gracias a que el juego es una actividad que proporciona muchos elementos saludables para los niños y posibilita el desarrollo físico, mental y social del menor, mediante esta técnica se les da la oportunidad de expresar sus sentimientos y emociones generadas después de la quemadura y la hospitalización.</p>
	OBJETIVOS	<p>Proporcionar herramientas de ayuda que favorezca la adaptación del niño al medio hospitalario, así como la aceptación de sus lesiones y los cambios corporales que pueden producirse a futuro.</p>
		<p>Facilitar la elaboración de la experiencia traumática vivida por el menor.</p>
	POBLACIÓN	Menor hospitalizado en la Unidad de Quemados
	INDICADORES DE LOGRO	Adaptación del paciente (adulto-niño) quemado al medio hospitalario.
		Aceptación de procedimientos quirúrgicos por el paciente quemado
RECURSOS	Humanos: Personal de psicología	
	Físicos: Sala de Juegos con sillas y mesas. Juegos de mesa muñecos, elementos para hacer dibujos: Lápices de colores, sacapuntas, hojas, libros para colorear.	

ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO		
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A LOS PADRES DEL NIÑO	DESCRIPCIÓN	<p>En pacientes pediátricos la intervención abordará de manera especial a los padres (en algunos casos, a otros miembros de la familia), pues dada la mayor condición de dependencia que presenta el paciente infantil con ella, lleva a que sentimientos típicos de los padres como la culpa y la ansiedad afecten fácilmente la adaptación del niño al medio hospitalario y por ende su recuperación.</p> <p>Se utilizan las intervenciones en crisis en los momentos que se les informa a los padres noticias sobre un evento inesperado, el resultado de un examen poco favorable, un mal pronóstico de la enfermedad del niño o su fallecimiento. Otra intervención psicológica utilizada es la psicoterapia de apoyo, allí se les escucha y orienta para que desarrollen estrategias de afrontamiento ante el accidente y el proceso de hospitalización de sus hijos.</p>
	OBJETIVOS	<p>Contener emocionalmente a los padres para prevenir actos que atenten contra la integridad física y psicológica de las personas que se encontraran a su alrededor.</p>
		<p>Reducir niveles de ansiedad, incertidumbre, angustia, impotencia, confusión y tensión, sentimientos que pueden estar generando la emergencia médica del niño. .</p>
	POBLACIÓN	Padres del menor hospitalizado en la Unidad de Quemados.
	INDICADORES DE LOGRO	<p>Colaboración del paciente (adulto-niño) y familiares con los diferentes profesionales que interfieren en su proceso de recuperación.</p>
		<p>Aceptación de procedimientos quirúrgicos por el paciente quemado y sus familiares.</p>
RECURSOS	Humanos: Personal de psicología	

Fuente: elaboración propia (2017).

Últimas aclaraciones sobre el protocolo.

Las actividades que han sido consignadas en este protocolo se han definido a partir de los requerimientos psicológicos que la experiencia clínica, la literatura académica sobre el tema y los datos que se han logrado obtener con varios proyectos de investigación realizados por estudiantes de pregrado de psicología han mostrado son fundamentales en la intervención psicológica a pacientes quemados. Como se indica en los cuadros anteriores, son varios los modelos de intervención psicológicos que se emplean para la intervención del paciente quemado. A continuación, se presentan los más destacados:

Psicoterapia de apoyo.

Psicoeducación.

Terapia cognitiva.

Intervención familiar

Intervención en crisis.

Terapia lúdica para los niños.

Estos tipos de intervención psicológica fueron definidos, no como consecuencia de la apropiación previa de un modelo teórico que recomendara su uso, o por la formación profesional adquirida por la psicóloga a cargo de la coordinación de las actividades de intervención psicológica en la Unidad. La clave de las actividades que se establecieron para el protocolo fue la labor terapéutica que la experiencia clínica produce en cuanto a efectos terapéuticos en los pacientes hospitalizados conforme a las problemáticas psicológicas que padecen. En ese orden de ideas, los modelos de intervención incluidos y descritos lo han sido gracias a que actúan en la dirección de la labor terapéutica que se debe realizar con el paciente.

Entre tales labores terapéuticas se encuentran:

1. Brindar información que ayude al paciente y a la familia a entender lo que le está ocurriendo física y mentalmente, así como ayudar a anticipar el camino por el que va a transitar durante el tiempo de hospitalización. Esta labor es necesaria para transformar ideas, conceptos y creencias generalmente erróneas sobre aspectos de la enfermedad, hospitalización y tratamiento. Ahí se busca esclarecer ideas asociadas a la quemadura como sus causas y creencias, teniendo en cuenta el conocimiento previo que el paciente y su grupo familiar tenían sobre las quemaduras, al igual que abordar inquietudes relacionadas con el tratamiento, medicación, cuidados, riesgos, recuperación, normas de prevención, procedimientos durante la hospitalización, entre otros. Esta labor da como resultado la adaptación de los pacientes al medio hospitalario, ya que facilita en los pacientes la construcción de herramientas adaptativas en situaciones de temor, generadas –principalmente– por el desconocimiento y la falta de información; entre los ejemplos más frecuentes aparecen la representación del paciente frente a la gravedad de su enfermedad y cómo se llevan a cabo los procedimientos.

2. Cultivar una esperanza razonada de lo que puede acontecer o lo que se pueda lograr en el futuro con respecto al proceso que vive el paciente quemado. Como lo plantea Ellis, (Citado por Lega, 1991), “las emociones no están determinadas por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones. Por lo tanto, la interpretación de estas situaciones expresada en forma de pensamientos, influyen sobre las emociones, el comportamiento y la respuesta fisiológica subsiguiente”. (pág. 220). Y la esperanza es un factor emocional con gran poder para modificar una visión negativa acerca de la enfermedad y el proceso de hospitalización por otra visión más realista que lo motive a soportar la crisis vital que se encuentra atravesando.

3. Empoderar al paciente, reconocerle su derecho a tener un control mínimo sobre su prolongado proceso de hospitalización. Empoderar al paciente lo lleva a identificar su

rol activo y el compromiso requerido con su propio bienestar emocional, lo que le permite entender que todo el personal de salud espera su colaboración y la toma de decisiones que vaya en pro de su bienestar. Por ejemplo, que tenga claras las nefastas consecuencias que puede traer para su salud que decida interrumpir su tratamiento en la Unidad al estar dominado por la ansiedad de salir del hospital después de muchas semanas interno. Empoderar al paciente lleva -casi siempre- a que incremente su motivación para estar más informado sobre temas relacionados con la quemadura, el tratamiento y la hospitalización, y de esa manera pueda ser protagonista de su proceso de recuperación y esté más capacitado para enfrentar sus consecuencias.

4. Promover la adopción de una actitud de aprendizaje hacia la vida que le permita extraer lo positivo que puede haber en esta experiencia tan traumática que es tener quemaduras extensas en el cuerpo. Esta actitud los motiva para participar en las actividades que se programan en la Unidad, les ayuda a aprovechar el tiempo de hospitalización, aceptar las posibilidades y limitaciones que le impone su condición y mejorar así sus sentimientos frente a la hospitalización. .

5. Aprender a olvidar, aunque sea temporalmente, la situación de malestar física en la que se encuentra el sujeto para mantenerse alegre y optimista con su recuperación. Esta labor se realiza comúnmente en colaboración con salud ocupacional a través de diversas actividades que se programan con los pacientes y sus familiares.

6. Permitir la expresión de emociones y sentimientos del paciente y su familia para facilitar la comprensión de la situación y las construcciones de sentido que se asocian a todo este proceso. Aunque en muchas ocasiones no le resulta fácil al paciente compartir su mundo interior cargado de miedos y angustias, estos rápidamente se dan cuenta que es una estrategia efectiva para posibilitar apoyos de otros que son necesarios para sobrellevar las cargas emocionales que les implica sus circunstancias de salud.

7. Ayudar a vislumbrar soluciones a algunas de sus preocupaciones. A través de esta labor se le asiste al paciente para que pueda dimensionar y resolver algunas situaciones críticas de lo que le acontece en su entorno familiar, laboral o social en las que el paciente no ha podido esclarecer recursos de ayuda o encontrar soluciones específicas.

8. Promover la valentía como requerimiento para desarrollar estrategias de afrontamiento para las problemáticas de salud previa a las quemaduras, los procedimientos médicos que se necesitan practicarle al paciente o para lidiar con las consecuencias inevitables que trae el accidente y el proceso de hospitalización. La valentía es, sin duda, uno de los mayores aliados en la intervención en salud. Muchos procesos clínicos no se llevan a cabo por cobardía del paciente, que, por ejemplo, no quiere conocer qué tipo de enfermedad tenía antes de sufrir las quemaduras, o no quiere informar a sus familiares aspectos sensibles de su estado de salud, o no autoriza un procedimiento clínico vital para su recuperación. La promoción de la valentía para los procedimientos médicos se efectúa recordándole al sujeto las ineludibles consecuencias que trae no encarar ciertas decisiones y la responsabilidad que él o ella debe tener consigo mismo y con otras personas implicadas en su vida.

9. Consolidar una red de apoyo que acompañe al paciente durante su periodo de hospitalización compuesta por sujetos con habilidad para reducir los niveles altos de ansiedad, incertidumbre, angustia, impotencia, confusión y tensión que le genera el suceso traumático al paciente hospitalizado.

Alegría, esperanza y tranquilidad son entonces las emociones que se buscan fortalecer en los pacientes quemados, mediante la reafirmación de ciertos hábitos que facilitan la elaboración de la experiencia traumática vivida, entre los que cabe destacar, comunicar, aprender, olvidar, enfrentar y colaborar.

En la siguiente tabla se sintetizan las labores terapéuticas que se adelantan con los pacientes en procura de materializar el objetivo general que tiene la intervención psicológica al paciente quemado, que, como se dijo anteriormente, consiste en ayudarlo a sobrevivir

a la extrema situación de salud en la que se encuentra, en donde el dolor, el riesgo de muerte y las posibles deformaciones físicas son realidades omnipresentes.

Tabla 8. Labores terapéuticas.

LABOR TERAPÉUTICA A REALIZAR CON EL PACIENTE.		PROPÓSITO QUE SE PERSIGUE
1.	DAR INFORMACIÓN	Ofrecer conocimiento objetivo sobre la situación en que se encuentra el paciente quemado para evitar acciones contraproducentes en su bienestar, o que reduzca estados emocionales negativos como la angustia y la depresión, que pueden conducir al empeoramiento del estado de salud del paciente. Ante las situaciones de conflicto con el personal de salud de la unidad o a que se disponga de menores posibilidades de reintegración social y rehabilitación física del paciente.
2.	CREAR ESPERANZAS RAZONABLES	Reducir miedos y estados de ansiedad que pueden originar preocupaciones alrededor de la salud del paciente, su reintegración social, el bienestar futuro de la familia, o las opciones laborales y de ingreso económico de la familia.
3.	PROPICIAR UNA ACTITUD DE APRENDIZAJE VITAL	Evitar que el paciente se enquisté en un profundo estado de depresión que dificulte su proceso de recuperación de salud.
4.	PROMOVER LA VALENTÍA	Encaminarlo a enfrentar lo inevitable, especialmente las pérdidas físicas que van a traer sus quemaduras.
5.	PERMITIR LA EXPRESIÓN DE EMOCIONES Y SENTIMIENTOS	Ayudarlo a modular cambiantes e intensos estados emocionales que se originan con su situación de salud y las consecuencias que su padecimiento trae para su entorno y su vida futura.
6.	CONSOLIDAR RED DE APOYO	Asegurarse de que disponga de un acompañamiento permanente de amigos o familiares que pueden ayudarlo a contener o evitar episodios de crisis emocionales intensos durante su periodo de hospitalización.

LABOR TERAPEÚTICA A REALIZAR CON EL PACIENTE.		PROPÓSITO QUE SE PERSIGUE
7.	EMPODERAR	Promover la activa colaboración del paciente en su proceso de recuperación de salud, en reconocimiento de su voluntad y modo de percibir la vida.
8.	ENSEÑAR A OLVIDAR	Posibilitar la emergencia de estados emocionales positivos como alegría, esperanza, que lo motiven a seguir luchando por su estado de salud a través de actividades que lo distraigan o lo sustraigan mentalmente del entorno en el que se encuentra, aunque sea momentáneamente.
9.	AYUDAR A VISLUMBRAR SOLUCIONES A ALGUNAS DE SUS PREOCUPACIONES	Tranquilizar o reducir las preocupaciones que tiene el paciente en problemáticas de su vida que ameritan una urgente resolución.

Fuente: elaboración propia (2017).

Conclusión.

Los resultados obtenidos en la implementación de este protocolo han mostrado, más allá de cualquier duda, que es absolutamente necesaria realizar una intervención psicológica al paciente quemado, la cual debe proporcionarle al sujeto atendido recursos cognitivos, emocionales y materiales que le conceda capacidad para adaptarse a los cambios y pérdidas que benefician su condición de salud.

Durante la hospitalización el paciente debe hacer frente a experiencias adversas como el dolor físico, el riesgo diario de adquirir infecciones intrahospitalarias, los largos periodos de estancia en un medio que no controla, la pérdida de la independencia y de roles en su hogar, el descuido de sus posesiones o seres queridos. Si el paciente logra salir fortalecido de su periodo de hospitalización, debe enfrentar por fuera del hospital otros efectos que serán permanentes en su

vida, como son los cambios físicos: las probables deformidades, amputaciones o cicatrices que le van a dejar las quemaduras. Sin embargo, muchas personas aprenden a sortear con todas las adversidades que suponen quemaduras extensas en el cuerpo, haciendo gala de una admirable capacidad de adaptación. Este protocolo ha sido diseñado para que esa capacidad para enfrentarse psicológicamente a este trauma físico tan extremo se replique en todas las personas que van a pasar por una unidad de quemados. Esa es la aspiración que se puede sostener firmemente, aunque no siempre se logre, por aspectos relacionados con la personalidad premórbida, el tipo de condiciones de salud o del entorno en que ha vivido el paciente.

El diseño de este protocolo es perfectible por lo que queda abierto para que pueda ser transformado conforme a los análisis y necesidades profesionales de otros psicólogos o a las circunstancias institucionales de otros centros especializados de salud.

Referencias Bibliográficas

- Achuer B. (1993). Atención del paciente Quemado, Manual Moderno, México
- Alencar. R, Leal. P, Sakata. R. (2013): Tratamiento del dolor en quemados. *Rev. Bras Anesthesiol.* 2013; 63(1):149-15. Janeiro
- Allué Blanco, M (2013): Características psicológicas del gran quemado. Trabajo fin de master. Master Universitario en Medicina de Urgencias y Cuidado Crítico. *Universidad de Oviedo*
- Berrocal, M., Guette, M., Rodriguez, P., Rodriguez, G., Salgado, E., (2011). Paciente Quemado: Manejo de Urgencias y Reanimación. *Rev. Cienc.biomed.2 (2):316 – 326.*
- Bluinfield M. y Schoeps M. (1993): Psychological care of the trauma burnand patient. Willians & Wilkins Baltimore
- Bronfennbrenner, U. (1986). The ecology of the family as a context for human development, *Developmental Psychology*, 22, 723-742 págs.
- Cardona. F, Echeverri. L, Forero. J, Garcia. C, Gómez. C, Mahecha. D, Martinez.E, Quintero. G, Castaño. J, González. S (2007). Epidemiología del trauma por quemaduras en la población atendida en un hospital infantil. Manizales 2004-2005. *Rev. Fac. Med., Volumen 55, (2), p. 80-95, Bogotá*
- Celko, A. Grivna, M. Dánová,J. y Barss, P. (2009). Severe childhood burns in the Czech Republic: risk factors and prevention. *Bull World Health Organ*;374–381 Recuperado en agosto 19, 2009 de la base de datos EBSCO (Masterfile) disponible en <http://www.ebsco.com>
- Corry, J. (2010): Posttraumatic stress disorders and pain impact functioning and disability after major burn injury. *J. Burn Care Res*; 31(1):13-25.

Cyrulnik, B. (2009). *Autobiografía de un espantapajaros: testimonios de resiliencia: el retorno a la vida*. Barcelona, Colección: Psicología/ResilienciaGEDISA.

Curso ABIQ: Atención básica inicial del Quemado 2010

Daza,B.; Díaz F. Luna, A.. Cuidado en Enfermería para la persona adulta quemada en etapa aguda. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0029.php>

De los Santos G. Carlos E. (1999) aspectos psicosociales y de reintegración. *En: guía básica para el tratamiento del paciente quemado*. España: libros electrónicos.net. recuperado el 15 de abril de 2008. Disponible en: http://www.indexer.net/quemados/aspectos_psicologicos.htm

Díaz, M., Gutiérrez, A. y Noreña, L. (2013). Apoyo a familiares y pacientes que sufren accidentes por quemaduras. México, D.F. *Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia*

Donker, F. J. (1991): «Evaluación y tratamiento conductual del dolor crónico». *En G. Buela y V. E. Caballo (comps.), Manual de Psicología Clínica aplicada. Madrid, Siglo M.*

Escobar, L. (2006). Alteraciones en la imagen corporal en pacientes hospitalizados en Unidad de Quemados Hospital Universitario del Valle. Tesis de grado presentada como requisito para la titulación de Psicóloga. Universidad de San Buenaventura

Gallach, E., Pérez del Caz, M.D., Vivó-Benlloch, C. (2015). Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas. *Cir. plást. iberolatinoam. 41 (4) Pág. 427-436. España*

García, J.A (2010). Despersonalización en pacientes quemados. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 39(1), Pages 168-177*

Gimeno, A. (1999). *La Familia: el desafío a la diversidad*, Barcelona, Ariel.

Grau, J.A.; Meléndez, E.H. (org) (205) "Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones.". Ed. Univ. Guadalajara – Centro

- de Ciencias de la Salud*, pp. 295-232. México.
- Lega, I.L. (1991): «La terapia racional emotiva: Una conversación con Albert Ellis». En V.E. Caballo (comp.). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de conducta*. Madrid, Siglo XXI.
- Moreno, I. y Delgado, G. (2010). Variables psicológicas y familiares implicadas en las quemaduras infantiles. Una revisión. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 17-21.
- Oramas, C. (2006). Expectativas sobre la calidad de vida en un grupo de pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario del Valle. Tesis de grado presentada como requisito para la titulación como psicóloga. Universidad San Buenaventura.
- Palmu, R., Suominen, K., Jyrki Vuola (2011); J., Isometsa, E.: Mental disorders after burn injury: A prospective study. *Burns*; 37: 601-609.
- Poseck, B., Carbelo Baquero, B. & Vecina Giménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimientos postraumático. *Papeles del psicólogo*, 27 (1): 40-49.
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, IX (17), 69-82.
- Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (1998). Conceptos y dimensiones en el análisis evolutivo-educativo de la familia. En Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (coord.). *Familia y Desarrollo Humano*, 45-70 págs.
- Saavedra, E., & Villalta, M. (2008). Escala de Resiliencia SV-RES para jóvenes y adultos. *Santiago, Chile: Emege*.
- Slaikue, K. (1999). *Intervención en Crisis*. México: Manuel Moderno.
- Zapata, M; Estrada, A (2010): Calidad de Vida relacionada con la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la hospitalización. *Biomédica* 2010; 30 (4):492-501. *Medellin*

3

IMAGEN CORPORAL Y RESILIENCIA EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO

CITA ESTE CAPÍTULO

López Peláez, J. (2020). Imagen corporal y resiliencia en pacientes con trasplante hepático. En Obando Cabezas, L. & Ordoñez, E. (Eds. científicos). *Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud* (pp. 78-111). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

CAPÍTULO III

IMAGEN CORPORAL Y RESILIENCIA EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO¹

Jéssica López Peláez

Universidad Santiago de Cali

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

Introducción

El trasplante de órganos es una alternativa terapéutica para muchos pacientes que padecen enfermedades que afectan gravemente el funcionamiento de un órgano vital, esta intervención les ofrece no solo una mejor calidad de vida, sino un incremento en la expectativa de vida. En este sentido, la medicina ha realizado importantes avances en la investigación de nuevas técnicas para mejorar la supervivencia de los pacientes trasplantados, así como en el desarrollo de fármacos que disminuyan el rechazo del órgano, sin embargo, desde la psicología ha sido un tema poco explorado.

Cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad crónica, irreversible y terminal se genera en su vida una serie de profundos cambios con implicaciones en todas las esferas no solo a nivel personal, sino familiar, laboral y social. Sumado a dicho diagnóstico, se agrega la espera, en aquellos pacientes que deben someterse a un trasplante hasta que aparezca un donante, lo cual representa una carga emocional adicional que se puede dar entre la incertidumbre y el procedimiento (Leite Araujo Borges et al., 2012).

¹ Agradecemos la colaboración de Jesica Daniela Paronik en la elaboración del capítulo

A diferencia de otras intervenciones, el trasplante involucra la participación de tres protagonistas: el donante, el receptor y el órgano/tejido, por lo tanto, este procedimiento genera diversas representaciones y significados en el paciente; por lo que se involucran todas las dimensiones del ser humano, la biológica, la psicológica y la social. Pero cabe aclarar, que el "éxito del trasplante" se aborda principalmente, desde el enfoque médico tradicional, es decir, todo depende exclusivamente de la asimilación adecuada del órgano, dejando de lado los aspectos emocionales, psicológicos, sociales, laborales y familiares del paciente (Fuica y Palacios Espinosa, 2016; Pérez San Gregorio et al, 2013)

Un trasplante implica integrar un nuevo órgano en la imagen que el receptor tiene de sí mismo. El cuerpo solo puede ser percibido a través de su representación mental cuando se producen cambios en el mismo, tales como las cirugías, dichas transformaciones deben ser traducidas en cambios en lo que refiere a la imagen corporal (Freltas Azevedo y Mendoza Lopes, 2010). En esta línea, Raich (2000) define la imagen corporal como la manera en que el sujeto percibe, siente, piensa y actúa en relación a su cuerpo, la cual es saludable si es flexible respecto a que las representaciones del cuerpo, pudiendo cambiar debido a las sensaciones internas, eventos psíquicos y externos como, por ejemplo, una intervención quirúrgica.

El trasplante hepático ha tenido notables avances en los últimos años, tanto en la técnica como en el manejo de los pacientes, lo que lo ha llevado a ser actualmente aceptado como un tratamiento definitivo para la mayoría las enfermedades hepáticas terminales. Sin embargo, pese a dichos avances se considera una situación altamente estresante tanto para el paciente como para la familia (Vetencourt Rivas y Carretta, 2007).

Según datos presentados por el Registro Mundial de Trasplantes, en el año 2014 se realizaron en el mundo 118.127 trasplantes de órganos sólidos, de los cuales 25.050 fueron de hígado. Asimismo, las cifras del Registro Latinoamericano de Trasplantes, los países que son líderes en la región son: Cuba, con una tasa de 13,9 donantes por millón de habitantes seguido de Argentina y Brasil, con 13,6, y Uruguay, con 13,2 (Niño Murcia, 2015).

En Argentina, el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante- INCUCAI (2015) indica en su registro de procuración de órganos que cada año se realizan más de 100.000 trasplantes a nivel mundial y se estima que 250.000 pacientes se encuentran en espera de un trasplante. Asimismo, frente a la situación global dicha entidad refiere que España es el país con mayor número de donantes, contando con 35 donantes por cada millón de habitantes, en Argentina se estima unos 15 donantes por cada millón de habitantes, alcanzando en el año 2012 una tasa de 15,7 que lo posiciona como pionero en la región en materia de donación de órganos.

Pese a este panorama, se evidencia que los escasos estudios en Latinoamérica se centran en analizar la sintomatología psicológica que presentan los pacientes trasplantados. Comparándolos con la población normal, la mayoría de ellos no toman en cuenta la influencia que en dichos síntomas pueden ejercer variables como los episodios de rechazo, el tipo de órgano trasplantado, el apoyo de la familia y del equipo de trasplantes (Pérez San Gregorio, Rodríguez y Galán Rodríguez, 2005).

Desde la psicología, las investigaciones son mínimas y se centran en analizar los efectos patológicos que se pueden producir en las personas que viven este hecho adverso, dejando de lado el impacto que tiene para el individuo en su imagen corporal y en las potencialidades del individuo para sobreponerse a la adversidad y mejorar la percepción de ellos mismos; por lo tanto, el objetivo de esta investigación es identificar la relación entre la imagen corporal y resiliencia en pacientes con trasplante hepático.

Antecedentes y evolución del estudio de la imagen corporal.

Los estudios sobre la percepción del cuerpo, lo que actualmente se conoce como imagen corporal, tuvieron sus orígenes recién en el siglo XX. Fueron los neurólogos interesados en comprender fenómenos tales como el miembro fantasma y la anosognosia, quienes comenzaron a investigar qué ocurría cuando una persona tenía una percepción distorsionada de su cuerpo. El interés estaba puesto en la comprensión de casos clínicos, Henry Head y Paul Schilder fueron los pioneros en el tema en los años 20 (Russo Leite Ribeiro, Consolação Gomes, Cunha Fernández, Tavares y Silva Caetano, 2012). Henry Head, desde la neurología, introdujo el término *esquema corporal* para aludir a que cada individuo construye una imagen de sí mismo, que constituye un modelo con el que se comparan los movimientos del cuerpo (Baile Ayensa, 2003).

Posteriormente, en la década de los 60's, las definiciones en torno a este concepto adquirieron una perspectiva psicológica debido a las investigaciones de la alteración de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria, particularmente en la anorexia nerviosa (Baile Ayensa, 2003).

Por otra parte, Schilder, realizó múltiples contribuciones en este campo, planteando diversas definiciones que fueron evolucionando con el tiempo, algunas de ellas continúan estando vigentes. En el año 1935 propuso un análisis multidimensional sobre imagen corporal, es decir, abordando aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales inherentes a toda experiencia corporal percibida por los individuos, definiéndola como: "la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos" (Baile Ayensa, 2003). Posteriormente, hizo una definición en la que integra los aportes de la neurología y de las ciencias sociales tomando de esta última otros conceptos como la autoestima y el autoconcepto. Mediante estas contribuciones define esquema corporal como "la capacidad de las personas de representarse su cuerpo en las coordenadas del espacio, de una manera tridimensional" (González, 2001).

Por último, a principios de la década de los años 90, González (2001) formuló una definición de este constructo desde la psicología, centrándose en actitudes y sentimientos que cada individuo tiene sobre su propio cuerpo. Así definió la imagen corporal como "la experiencia individual y subjetiva que tienen las personas sobre su cuerpo". Postuló que los individuos se encargan de organizar las sensaciones corporales, siendo estas la primera forma de patrones para interpretar el mundo que le rodea. La percepción del cuerpo es la primera experiencia vivida por el niño y es fundamental para la construcción de la imagen corporal (Russo Leite Ribeiro et al, 2012).

Otro de los investigadores pioneros desde el campo de la psicología es Seymour Fisher (1990). Este autor, se dedicó durante más de treinta años a realizar estudios sobre la imagen corporal desde perspectiva psicodinámica. Toma como base el concepto de conciencia corporal, es decir, la forma en la cual los individuos perciben su cuerpo como un aspecto esencial para la construcción de la imagen corporal. Sus investigaciones giraron en torno a comprender la evolución de la percepción de la imagen corporal (Russo Leite Ribeiro et al, 2012).

Fisher (1990) propone en sus estudios que el funcionamiento de la imagen corporal se puede dividir en cuatro momentos: a) Organización de las fronteras b) Significados asignados a las partes del cuerpo c) Conciencia del cuerpo general y d) Distorsiones en la percepción del cuerpo. Asimismo, propone que durante el desarrollo hay tres momentos críticos en la evolución de la imagen corporal (Russo Leite Ribeiro et al, 2012):

1. El niño en los últimos meses del segundo año de edad comienza a identificar su espacio corporal como la única referencia de sí mismo.
2. Entre los cuatro y cinco años, se produce un avance notable en el desarrollo de la conciencia corporal, una expansión de conocimientos sobre el cuerpo y la capacidad para producir representaciones corporales similares a los de la realidad.

3. Finalmente, a los 9 años aparece la capacidad de desarrollar descripciones de cuerpo real, la percepción de sí mismo parece ser la primera forma de experiencia corporal. A través de la percepción el niño puede comunicarse con el mundo y se tiene una percepción de sí mismo de manera diferente (Russo Leite Ribeiro et al, 2012).

El interés en la investigación del cuerpo desde la perspectiva psicológica ha aumentado en los años recientes, sin embargo, las definiciones que se encuentran al respecto son escasas, dándole mayor importancia a la investigación de la imagen corporal en relación a diferentes contextos, particularmente a los trastornos alimenticios (Kowner, 2002).

Marco Conceptual.

Principales Definiciones de Imagen Corporal.

Las primeras definiciones sobre este concepto se basan en que la imagen corporal del ser humano es tridimensional, es decir, está compuesta por una integración de factores biológicos, psicológicos y sociales (Allport, 1968 en González, 2001) que les permiten a los individuos representar su cuerpo en las coordenadas de espacio y tiempo.

Las definiciones sobre la imagen corporal han variado en función de la perspectiva desde donde se ha estudiado, por lo que dicho concepto ha sido denominado como: esquema corporal, modelo postural, cuerpo percibido, yo corporal, límites del cuerpo y concepto corporal.

Raich (2000) expone dos de las principales definiciones sobre este concepto, desde el punto de vista neurológico es "una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona" (p.45). Asimismo, define a la alteración de imagen corporal como "el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical por ejemplo el miembro fantasma que es el fenómeno psicológico que aparece en las personas a las que se les ha amputado una parte de

su cuerpo por diferentes motivos y que afirman que sienten dolor o molestias en esa parte del cuerpo” (p.47)

Desde los enfoques de la psicología, el psicoanálisis, define este concepto como el límite corporal percibido por cada sujeto. Este enfoque postula que el cuerpo es el único objeto que se percibe y al mismo tiempo forma parte del sujeto, cuya percepción es intensa y diferente implicándose en sus sentimientos todo su yo (González, 2001).

Por otro lado, desde la Teoría de la Gestalt la imagen corporal se define como la representación que se forma mentalmente el individuo de su cuerpo. Este término está relacionado con el de autoconcepto, en el cual hay un parámetro de comparación relacionado con el modelo social (González, 2001).

Asimismo, desde la perspectiva cognitiva, Rosen (1992) define la imagen corporal como la manera en que una persona percibe, imagina, siente y actúa en relación a su propio cuerpo. Esta definición aborda tres aspectos fundamentales: perceptivos, subjetivos–que se vincula con la satisfacción e insatisfacción, y conductuales, que se dividen de la siguiente manera:

a) Perceptivos: referido a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad (Thompson, 1990). Imágenes, valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo (Cash y Pruzinsky, 1990).

b) Subjetivos: relacionado con lo cognitivo- afectivo. Se refiere a las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo (Thompson, 1990). La focalización de la atención en el cuerpo y creencias asociadas al cuerpo y la experiencia corporal, así como también de placer – displacer, satisfacción – insatisfacción y otros aspectos emocionales ligados a la apariencia externa (Cash y Pruzinsky, 1990).

c) Conductuales: son los comportamientos que provocan la percepción del cuerpo acordes a los sentimientos asociados. En la actualidad se encuentran conductas relacionadas con hábitos no saludables tales como: La evitación de situaciones en las que expone

el cuerpo, rituales de aprobación del cuerpo como pesarse muchas veces, mirar continuamente su cuerpo en el espejo, compararse con otras personas, entre otras y hacer ejercicio excesivo. (Thompson, 1990).

La percepción de la imagen corporal es construida y modificada por medio de la experiencia con el mundo exterior, dado que el comportamiento es el reflejo de una cultura que favorece establecer como prioridades una "buena" apariencia, casi "perfecta", y superficialmente sana. La apreciación de la imagen corporal involucra aspectos tales como el atractivo físico, la feminidad/masculinidad y confianza en sí mismo (Freltas Azevedo y Mendoza López, 2010).

Según Raich (2000) la imagen corporal incluye la percepción que tienen los individuos del cuerpo y de cada una de sus partes, así como también los movimientos y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos, valoraciones y comportamientos derivados de las cogniciones-emociones que experimenta cada sujeto. Asimismo, señala que la imagen corporal no es estática, si no que puede modificarse a lo largo de la vida.

La imagen corporal es la representación mental del cuerpo y como esta es experimentada psicológicamente, es decir, las actitudes y sentimientos que generan (Schilder, 1980 en Martins Saur, Pasian y Loureiro, 2010). Se representa la apariencia física, el tamaño y la forma del cuerpo, la cual no es necesariamente igual al aspecto físico real (Azevedo Marques, Legal y Aparecida Höfelmann, 2012).

Las personas que, al evaluar sus dimensiones corporales, muestran juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal (Vaquero Cristóbal, Alacid, Muyor y López Miñarro, 2013). En la sociedad actual se sobrevaloran los cuerpos fuertes y delgados lo cual lleva a sentimientos de insatisfacción corporal definida como la diferencia entre la forma en que la persona percibe su cuerpo, como desearía que fuera y como es realmente (Azevedo Marques et al., 2012).

En las últimas décadas, se ha incrementado el interés en la investigación del cuerpo dentro del área de la psicología salud, es así como el concepto de imagen corporal ha salido de la posición que lo reducía exclusivamente a los trastornos alimenticios (Kowner,

2002); generándose nuevos campos de estudio que incluyen las enfermedades no transmisibles, las cuales tienen un impacto en la imagen corporal como por ejemplo cáncer, diabetes, insuficiencia cardíaca o renal entre otros, los cuales pueden cronificarse llevando al individuo a la necesidad de realizar un trasplante de órganos.

Trasplante y Variables Psicológicas.

El trasplante en sí como procedimiento tiene unas altas implicaciones psicológicas dentro del ámbito social- afectivo, interpersonal y familiar del individuo, tanto en la fase pre-trasplante como post-trasplante (Morana, 2009).

Las personas que se encuentran en la espera de un trasplante presentan elevados niveles de estrés y de ansiedad, lo cual genera síntomas emocionales tales como: alteraciones en el estado de ánimo, frustración y miedo. Adicionalmente, pueden presentar síntomas físicos como: pérdida de peso, encefalopatía, deterioro físico, diabetes, gastritis, alteraciones en los ciclos de sueño. Algunos de estos pacientes consideran que durante el post trasplante estos aspectos desaparecen y vuelven a la normalidad de sus actividades (Burgos Camacho y Ballesteros de Valderrama, 2007) sin embargo, algunos estudios demuestran que, por el contrario, se presentan múltiples dificultades para regresar a la cotidianidad (Pérez, Martín, Gallego y Santamaría, 2000).

En la fase postoperatoria, puede haber manifestaciones de trastornos de adaptación, alteraciones psicopatológicas y falta de adherencia al tratamiento (Morana, 2009).

Se ha evidenciado que algunos pacientes trasplantados tienen dificultades para integrar psicológicamente el órgano del donante, puesto que lo perciben como un cuerpo extraño, lo cual se ha denominado por diversos autores como el 'Síndrome de Frankenstein' (Dubovsky, Metzner y Warner, 1979, citado por Pérez San Gregorio et al., 2005).

Pérez, Martín, Gallego y Santamaría (2000) realizaron un estudio en el cual identificaron los principales trastornos psicológicos que suelen aparecer tras el trasplante de órganos, los cuales se pueden resumir en:

Alteraciones del estado de ánimo: lo más frecuente es la depresión, causada por la aparición de complicaciones médicas, por el temor al rechazo o a una evolución desfavorable del trasplante.

Trastornos de ansiedad.

Disfunciones sexuales: los trasplantados suelen presentar alteraciones del deseo, la excitación y el orgasmo, un alto porcentaje de estos pacientes consideran que no pueden realizar ningún tipo de esfuerzo, por ello se pueden generar temores frente a la muerte durante las relaciones sexuales.

Alteraciones neurológicas.

Problemas de identificación con el donante y sus familiares

Alteraciones de la imagen corporal

Respecto a la imagen corporal y a las variables psicológicas en pacientes trasplantados autores como Pérez San Gregorio y Rodríguez (2002) indican que hay una correlación positiva entre imagen corporal y depresión. Los pacientes con baja imagen corporal experimentan con más frecuencia: tristeza, desánimo respecto al futuro, sentimientos de fracaso, miedo a ser castigado, insatisfacción, culpa, descontento consigo mismo, autocrítica, pérdida de interés por los demás, dificultad para tomar decisiones, preocupación por el aspecto físico, trastornos del sueño y cansancio.

En una investigación similar, estos autores analizaron los problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos, encontrando insatisfacción corporal que algunos pacientes presentan debido a la dificultad de integrar psicológicamente el órgano del donante al propio cuerpo (Pérez San Gregorio, Rodríguez y Galán Rodríguez, 2005). En esta línea, se ha encontrado que los pacientes trasplantados con peor puntuación en la percepción de su imagen corporal puntuaban más alto en las variables "ansiedad estado", depresión, pensamientos depresivos y ansiosos, además sus expectativas hacia la enfermedad eran más negativas (Pérez y Martín, 2002).

Por otra parte, la calidad de vida de pacientes con trasplante hepático también ha sido investigada, por autores como Burgos Camacho y Ballesteros de Valderrama (2007) estos realizaron un estudio con el objetivo de describir y evaluar la calidad de vida de pacientes con trasplante hepático en los últimos 15 años en Colombia. Para tal propósito contaron con la participación voluntaria de 25 trasplantados. Los resultados evidencian que el trasplante de hígado mejora notablemente la calidad de vida de los pacientes en la etapa final de la enfermedad hepática, tanto en el aspecto psicológico como en el físico. También se encontró que la calidad de vida se correlaciona con la independencia y con un incremento de la habilidad para el trabajo y, por consiguiente, con el reintegro a este.

Resiliencia.

El término resiliencia viene del latín *resilio* que significa “volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar” (Becoña, 2006). Si bien, el término es acuñado desde la física como la capacidad que tienen algunos metales de recobrar la forma original luego de ser sometidos a presiones deformadoras (Cuestas, Estamatti y Melillo, 2000), posteriormente, este concepto se acuñó en el campo de la salud mental.

A principios de la década de los años 80 el abordaje en psicología se focalizaba exclusivamente en los efectos patológicos de la vivencia traumática, es decir, en una cultura de la victimización en la cual se asumía una visión pesimista de los seres humanos considerando que: a) El trauma siempre conlleva grave daño b) que el daño siempre refleja la presencia de trauma (Gillham y Seligman, 1999 en Poseck, 2005). Posteriormente, fue Martin Seligman quien, durante los años 90 postuló la necesidad de un cambio de perspectiva en la psicología, donde se considerara que las personas tuvieran la capacidad de adaptarse, de encontrar sentido y crecimiento personal ante experiencias traumáticas, surgiendo así lo que se conoce como la Psicología Positiva. Este nuevo enfoque de la psicología modifica la postura tradicional centrada -exclusivamente- en la enfermedad, poniendo énfasis en los aspectos positivos del ser humano (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Por lo tanto, el estudio de la psicología dentro de esta rama comienza a centrarse en la comprensión de los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano, es decir, la habilidad natural de los individuos para afrontar, resistir, aprender y crecer en las situaciones adversas, lo que se ha denominado como resiliencia, esto se ha definido como la capacidad de las personas que enfrentan una situación traumática de mantener un equilibrio sin que esta afecte su rendimiento y su vida cotidiana (Poseck, 2005).

Este fenómeno inicialmente se consideraba como aislado o propio de personas excepcionales, sin embargo, se demostró que la resiliencia es un rasgo común entre personas que se enfrentan a experiencias adversas que han conseguido seguir desarrollándose, incluso en un nivel superior (Masten, 2001 en Poseck, 2005).

En la actualidad, este término es utilizado y definido en las ciencias humanas como la capacidad de sobreponerse, desarrollarse exitosamente y salir fortalecido de eventos adversos (Garmezy, 1991).

Este concepto en el área de la salud se ha consolidado en las últimas décadas, facilitando el cambio en el enfoque que se centra en la enfermedad a otro en donde se le da importancia de promover el potencial humano buscando comprender cómo las personas son capaces de superar y sobreponerse a las adversidades (Infante, 2001). El énfasis, por lo tanto, se da en las diferencias individuales en relación a cómo las personas reaccionan cuando se enfrentan a situaciones estresantes, las habilidades y actitudes que promueven el proceso de adaptación y transformación exitosa a pesar de las situaciones (Fiorentino, 2008).

Evolución del concepto.

Scoville (1942) fue el primero en utilizar el concepto de resiliencia al describir como los niños que eran expuestos a la guerra fueron capaces de resistir y no desarrollaron ningún tipo de enfermedad. Observó que el factor que tenía mayor incidencia en la vulnerabilidad de estos niños, más que la guerra, era el desarraigo de la familia. Posteriormente, a medida que múltiples investigadores fueron

realizando estudios (Garmezy y Masten, 1985 en Becoña, 2006; Rutter, 1993; Werner, 1989 citado en Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997) en diferentes contextos se encontraron resultados similares a los de Scoville, por lo que este término adquirió un mayor uso.

Las investigaciones en torno a este concepto iniciaron en el campo de la psicopatología, Werner (1989 en Kotliarenco et al., 1997) realizó un estudio con una muestra de 49 jóvenes cuyos padres tenían problemas de alcoholismo, además de conflictos familiares tempranos y vivían en condición de pobreza. Los resultados indicaron que, a los 18 años, el 41% de estos jóvenes había tenido problemas de aprendizaje, sin embargo, el grupo restante se había desarrollado con normalidad. Dicho grupo difería del primero en una serie de características: eran afectivos y receptivos, desarrollaron mayor nivel intelectual, alta autoestima y autocontrol, tenían familias más pequeñas y dentro de ellas había menor incidencia de conflictos. Se atribuyó las diferencias entre los grupos a las características de los jóvenes y el entorno creado por sus cuidadores. Para nombrar esta cualidad de desarrollarse de forma adecuada a pesar de estar expuestos a situaciones de riesgo, inicialmente se empleó el término "invulnerables".

Posteriormente, Rutter (1993) incorpora el término resiliencia al campo de la psiquiatría infanto juvenil, propuso que este concepto se caracteriza principalmente por un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que facilitan al individuo tener una vida sana en un medio adverso. Señala que toda persona que se expone a la adversidad tiene la capacidad de sobreponerse y salir fortalecido de ella, siendo una habilidad dinámica, es decir, la persona puede tener capacidad de resiliencia, según el hecho al que se enfrente. Explica que es inadecuado utilizar el término invulnerable ya que implica:

- a) Una resistencia absoluta a los daños, como si la persona fuera impenetrable.
- b) Que la persona es invulnerable a todas las situaciones de riesgo, es un concepto estático. El concepto de resiliencia implica que este mecanismo va a variar según los factores de riesgo a los que el individuo esté expuesto.
- c) Que es una característica intrínseca de la persona.

- d) Que es una característica inmutable, estable en el sujeto

Las primeras diferencias en la conceptualización de la resiliencia se dieron en torno a si era un rasgo de personalidad o un proceso dinámico.

Las investigaciones han evolucionado a lo largo del tiempo, desde los primeros estudios que se realizaron en niños que vivían situaciones adversas (crianza deficiente, pobreza, falta de vivienda, eventos traumáticos, desastres naturales, violencia, guerra y enfermedad física). Hasta estudios (Herrman, Stewart, Díaz Granados, Berger DPhil, Jackson y Yuen, 2011) que se centraron en las contribuciones de los sistemas familiares y la comunidad como componentes que facilitan la capacidad de resiliencia.

La resiliencia está conformada por diferentes aspectos que ocurren de forma simultánea. En primer lugar, se produce un acontecimiento adverso ya sea interno o externo manifestado a través de la enfermedad, la pobreza o la catástrofe natural. La persona que lo está viviendo es vulnerable, pero a la vez desarrolla estrategias adecuadas para afrontar la situación. Es decir, el individuo sufre el dolor por la adversidad y construye positivamente a partir de ella (Kotliarenco, 2004).

Por lo tanto, este concepto presenta dos características inseparables: la resistencia a un trauma y la evolución posterior satisfactoria y socialmente aceptable (Poseck, 2005).

Cabe destacar, que este concepto ha sido desarrollado principalmente por autores de Francia y Estados Unidos, por lo que se encuentran algunas diferencias en el abordaje del mismo. Los autores franceses entienden la resiliencia como la capacidad, no sólo de salir adelante de una experiencia adversa, sino de aprender de ella y mejorar. Mientras que los autores norteamericanos la definen como el proceso de afrontamiento que ayuda a la persona enfrentada a un suceso adverso a mantenerse intacta (Poseck, 2005).

El concepto de resiliencia ha evolucionado siendo objeto de interés de diversas disciplinas como la psicología, psiquiatría, sociología

y recientemente la biología, buscando determinar cómo algunas personas resisten la adversidad sin presentar resultados negativos en la salud física y mental. En la actualidad, la resiliencia se define como la capacidad de las personas de adaptarse de forma positiva o la capacidad para mantener o recuperar la salud mental, a pesar de experimentar situaciones altamente estresantes (Fiorentino, 2008).

Componentes de la resiliencia:

Herrman et al., (2011) plantea un modelo interactivo de la resiliencia, donde los factores individuales, familiares y comunitarios son considerados determinantes para que se aumente, o reduzca, la capacidad de recuperación de las personas, proceso denominado homeóstasis. Señala que la resiliencia se da en un contexto y tiempo específico; que los diversos factores y sistemas contribuyen como un proceso interactivo, dinámico que aumenta la resistencia a la adversidad. Cada uno de estos factores a su vez está conformado por múltiples elementos que fortalecen la resiliencia en el individuo:

Individuales.

- a) La inteligencia entre media y alta es considerada un factor de protección.
- b) El autocontrol, empatía con las emociones de los otros, tener metas en la vida, tener creencia de que las personas pueden cambiar su medio ambiente y el resultado de los acontecimientos, (locus de control interno). Desde el autocontrol se puede aprender de las experiencias positivas y negativas, ayuda a las personas a ser más resilientes y a tener mayor capacidad de introspección y tolerancia a la frustración.
- c) Ser flexible, es decir, tener la capacidad de adaptarse a las circunstancias de la vida, ser cooperativo, amable y tolerante.
- d) Tener sentido del humor, capacidad para reírse sobre las situaciones de la vida y de uno mismo.
- e) Alta autoestima.
- f) Habilidades comunicativas.

- g) Ser creativo, independiente, responsable.
- h) Tener la capacidad de relacionarse estableciendo lazos afectivos.

Familiares

- a) Apego y apoyo: tener una relación cercana basada en la cohesión y la comunicación, esto genera en el individuo mayor seguridad y estabilidad emocional, la cercanía con un adulto podría ser un factor protector.
- b) Disciplina y monitorización: límites definidos, pero no rígidos, con algún control sobre los hijos sin dejar que pierdan la autonomía.
- c) Calidez y apoyo apropiado.
- d) Preocupación por el bienestar, presencia de apoyo incondicional.
- e) Fomento de creencias religiosas/ espirituales.

Comunitarios:

- a) Adecuada integración en las redes sociales, tener pares y amigos
- b) Vecindario: cohesión en la comunidad, supervisión de los jóvenes por adultos
- c) Participación de grupos u organizaciones en pro de la sociedad.

Siguiendo la misma línea, Rutter (1992; en Prado y Águila, 2003) establece que hay tres fuentes de resiliencia como ambiente social facilitador, fuerza psíquica interna y habilidades sociales en el manejo de situaciones con competencias en resolución de conflictos.

Por otro lado, Kumpfer y Hopkins (1993; en Becoña, 2006) indican que son siete los factores que componen la resiliencia en jóvenes, estos son: optimismo, empatía, insight, competencia intelectual, autoestima, dirección o misión, determinación y perseverancia.

Estos factores estarían asociados con habilidades de afrontamiento específicas que se adquieren a través de la interacción con el ambiente desde niños. Estas habilidades serían de tipo emocional, de manejo, interpersonales, intrapersonales, sociales, académicas, de trabajo, de reestructuración, de planificación, así como habilidades para la vida y para la solución de problemas.

Posteriormente, Vanistendael (1995; en Fiorentino, 2008) señala que la resiliencia tiene dos componentes:

- a) La resistencia frente a los eventos estresantes, es decir, la capacidad de las personas de proteger su propia integridad frente a eventos adversos.
- b) La capacidad de forjar un comportamiento positivo a pesar de las situaciones estresantes. Además, el autor menciona cinco factores que facilitan el desarrollo de la resiliencia.
- c) Redes sociales informales.
- d) Tener un proyecto de vida.
- d) Autoestima positiva: la persona se valora a sí misma, confía en sus capacidades y muestra iniciativa para emprender acciones o relaciones con otras personas, porque se siente valioso y merecedor de atención.
- e) Presencia de aptitudes y destrezas: Desarrollar competencias y confiar en ellas
- f) Sentido del humor: desarrollar habilidades de juego, risa y de disfrutar de sus experiencias (Vanistendael 1997 en Kalawski y Haz, 2003).

Investigaciones en salud.

Contreras y Esguerra (2006) señalan como diversos estudios desde la psicología positiva (Taylor, Kennedy, Reed, Bower & Gruenewald, 2000) coinciden en afirmar que las personas con patologías complejas, crónicas o terminales que tienen una percepción

optimista de la enfermedad tienen una vida más prolongada y una percepción positiva de su calidad de vida que aquellos que asumen su condición de manera pesimista.

Por lo tanto, las personas pesimistas presentan un deterioro mayor en su bienestar y en su estado de salud, mientras que en los optimistas se asocia con resistencia a la enfermedad y resultados más favorables en la evaluación de su salud (Peterson, Maier & Seligman, 1993).

A pesar de que se han realizado diversas investigaciones (Quiceno y Vinaccia, 2011; 2012; Acosta López de Llergo y Sánchez Araiza, 2009) en el campo de salud particularmente con enfermedades crónicas como el cáncer, la insuficiencia renal, VIH, aún no se conoce con exactitud qué implica la dinámica entre los factores de riesgo y el desarrollo de la resiliencia que permite a los sujetos superar las adversidades. En el área de trasplantes hay investigaciones relacionadas con calidad de vida, desarrollo y validación de instrumentos, algunas relacionadas con los donantes, pero falta profundizar en otros aspectos que son los amortiguadores ante la adversidad.

En el área de la salud, se observa que los pacientes son quienes muestran las fortalezas y recursos que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor para salir fortalecido de las adversidades (Cyrulnik, 2002 citado en Acosta y Sánchez, 2009). Por lo tanto, queda mucho por investigar dentro de esta área para poder mejorar la calidad de vida de las personas que se ven –ineludiblemente– expuestas a estas situaciones.

Metodología.

La presente investigación es correlacional- transversal. Se realizó un estudio de tipo descriptivo-exploratorio. La muestra fue elegida siguiendo un muestreo no probabilístico de la cual participaron 31 pacientes con trasplante hepático que acuden al Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Los pacientes debieron cumplir los siguientes criterios de inclusión:

Haber sido trasplantados de hígado como mínimo hace 12 meses, presentar estabilidad de la situación clínica y ausencia de comorbilidad con enfermedades graves, tener de entre 20 a 50 años de edad, aceptar el consentimiento informado.

Asimismo, fueron criterios de exclusión: tener diagnóstico de trastornos psiquiátricos (trastornos del estado del ánimo, entre otros); trastornos de la conducta alimentaria, o con antecedentes, estar en embarazo o periodo de lactancia haberse realizado cirugías estéticas.

Los instrumentos que se utilizaron para el presente estudio son: Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) (versión española por Botella, Ribas y Benito, 2009). Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993; versión argentina: Rodríguez et al., 2009) y Encuesta sociodemográfica.

Esta investigación evaluada y aprobada por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación (CEPI) y por la dirección del Hospital Italiano, quienes facilitaron la obtención de la muestra de los pacientes. Los instrumentos se administraron a pacientes con trasplante hepático dentro del Hospital Italiano. Se entregó a cada participante el consentimiento informado mediante la explicación previa del objetivo de la investigación, así como los protocolos que se le aplicarían.

Resultados.

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos:

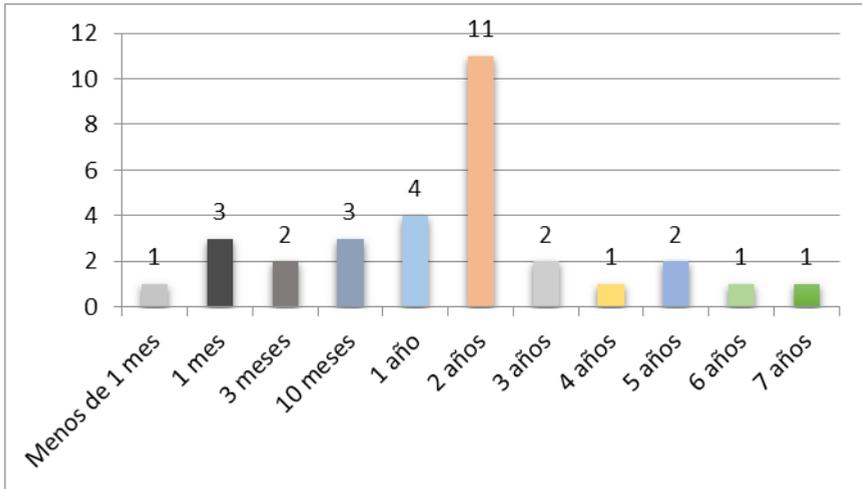
Tabla 9. Características de la muestra de pacientes con trasplante de hígado.

Género		Femenino 58%	Masculino 48%
Variable	N	M	DT
Edad (años)	31	56,03	10,06

Tiempo en lista de espera (meses)	31	23,68	21,33
Tiempo transcurrido tras trasplante (años)	31	8.68	5,16

Fuente: elaboración propia (2017).

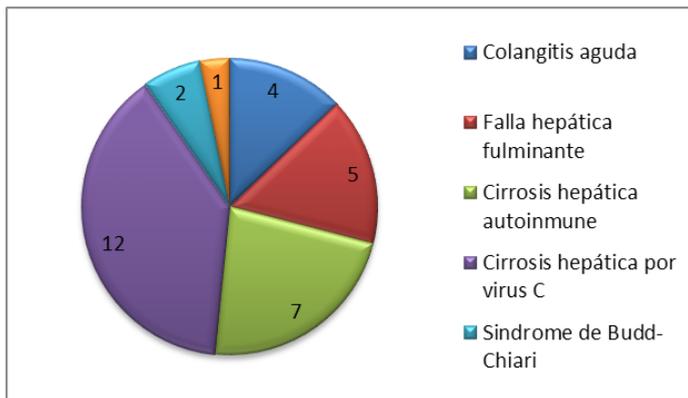
Gráfico 1. Tiempo en la lista de espera.



Fuente: elaboración propia (2017).

Se observa que el tiempo de espera en promedio para la mayoría de los pacientes independiente del género es de 2 años para conseguir un donante.

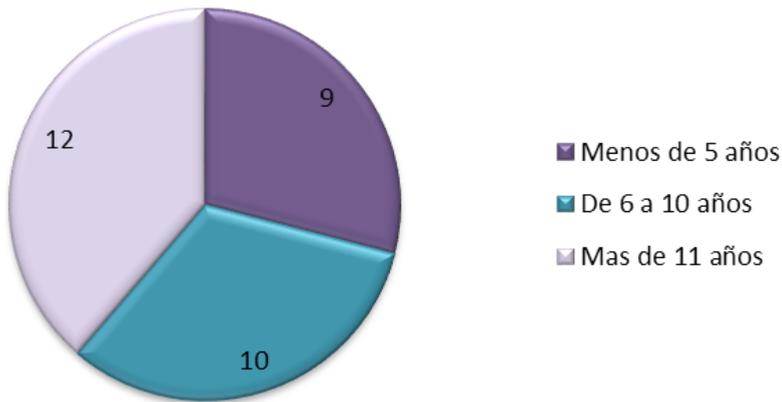
Gráfico 2. Motivo del trasplante.



Fuente: elaboración propia (2017).

Se observa que la principal causa de trasplante es la cirrosis hepática a causa del virus de hepatitis C (39%); seguido de la cirrosis hepática autoinmune (23%); falla hepática fulminante (16%); colangitis aguda (13%) y cirrosis hepática a causa del consumo de alcohol (3%).

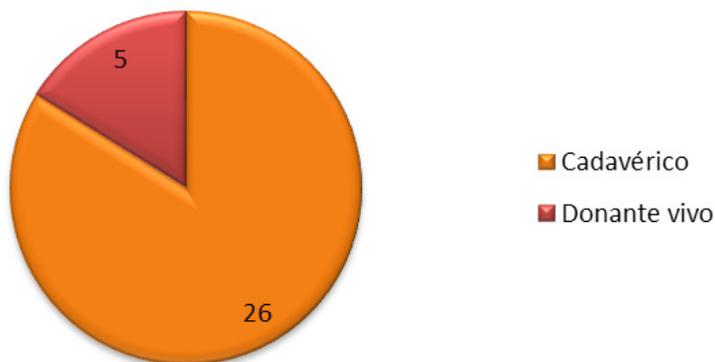
Gráfico 3. Tiempo transcurrido del trasplante.



Fuente: elaboración propia (2017).

Los participantes del estudio presentaban más de 11 años del trasplante un 39%; seguido de 6 a 10 años un 32% y menos de 5 años (29%).

Gráfico 4. Tipo de injerto.

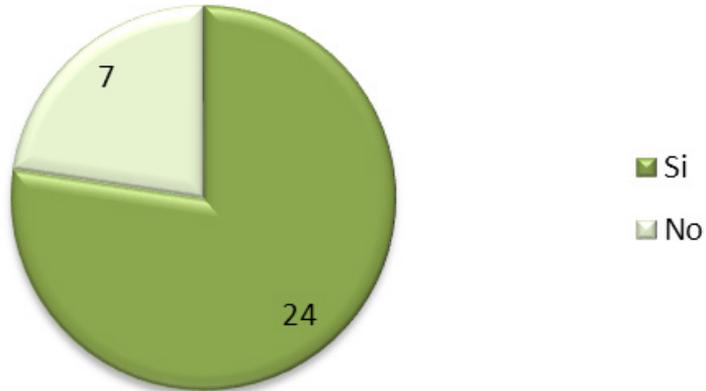


Fuente: elaboración propia (2017).

Se observa que el principal tipo de injerto es cadavérico con un

84% y donante vivo un 16%.

Gráfico 5. Reingresos por complicaciones postrasplante.



Fuente: elaboración propia (2017).

Se encontró que un 77% de los pacientes tuvieron reingresos donde un 44% fue debido a problemas asociados a la medicación, 33% debido a un rechazo del injerto trasplantado. Y solo el 23% de los pacientes no tuvo reingresos.

Puntajes de Imagen Corporal.

Los pacientes con trasplante hepático muestran una moderada importancia subjetiva por la corporeidad, conductas moderadas orientadas a mantener la forma física, moderado cuidado del aspecto físico y un atractivo físico autoevaluado positivo.

Tabla 10. Resúmenes estadísticos de los niveles de imagen corporal.

VARIABLE	N	M	DT	Min.	Max.
Importancia Subjetiva de la Corporeidad	31	57,74	5,12	48	66
Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física	31	18,03	2,63	13	23
Atractivo Físico Autoevaluado	31	13,00	2,64	7	18

Fuente: elaboración propia (2017).

Tabla 11. Resúmenes estadísticos de los niveles de Cuidado del Aspecto Físico.

VARIABLE	N	Md	Min.	Max.
Cuidado del Aspecto Físico	31	11,00	7	17

Fuente: elaboración propia (2017).

Nota: Se calcula mediana ya que la variable no se distribuye de forma normal.

Puntajes de Resiliencia.

Los pacientes con trasplante hepático obtuvieron niveles moderados de resiliencia, que se detalla en cada una de las subescalas como: baja capacidad de autoeficacia, moderada capacidad de propósito y sentido de vida y moderada evitación cognitiva.

Tabla 12. Resúmenes estadísticos de los niveles de Resiliencia.

VARIABLE	N	M	DT	Min.	Max.
Resiliencia Total	31	102,49	7,94	89	125
Capacidad de Autoeficacia	31	24,61	4,348	15	33
Capacidad de Propósito y Sentido de Vida	31	10,41	2,642	5	18
Evitación Cognitiva	31	12,54	3,731	5	19

Fuente: elaboración propia (2017).

Cruce de variables.

Análisis de normalidad.

Se realizó el análisis de la normalidad utilizando la prueba de Shapiro- Wilk para las 4 dimensiones que conforman la Escala de Imagen Corporal: importancia subjetiva de la corporeidad, conductas orientadas a mantener la figura física, atractivo físico autoevaluado y cuidado del aspecto físico; y para las 3 dimensiones que conforman la Escala de Resiliencia: Capacidad de autoeficacia, Capacidad de propósito y sentido de vida y Evitación cognitiva (ver tabla V).

Tabla 13. Prueba de Normalidad.

	Shapiro-Wilk	gl.	p.
Capacidad de Autoeficacia	0,95	31	0,24
Capacidad de Propósito y Sentido de Vida	0,95	31	0,28
Evitación Cognitiva	0,93	31	0,07
Importancia Subjetiva de la Corporalidad	0,95	31	0,23
Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física	0,96	31	0,32
Atractivo Físico Autoevaluado	0,95	31	0,22
Cuidado del Aspecto Físico	0,93	31	0,04

Fuente: elaboración propia (2017).

Todas las dimensiones de las dos variables analizadas se distribuyeron de forma normal a excepción de cuidado del aspecto físico de la variable imagen Corporal.

Análisis de la correlación entre las variables.

Las variables Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física (COMFF) presentó una relación estadísticamente significativa con las variables capacidad de autoeficacia (CA) ($r = -0,37$; $p = 0,05$) y capacidad de propósito y sentido de vida (CPSV) ($r = -0,41$; $p = 0,05$).

En los dos casos las correlaciones negativas indicaron que a mayores Conductas Orientadas a mantener la forma física menores niveles de capacidad de autoeficacia, capacidad de propósito y sentido de vida.

Por otro lado, la variable Importancia Subjetiva a la Corporeidad (ISC) presentó una relación estadísticamente significativa con la variable Evitación Cognitiva (EC) ($r = -0,44$; $p = 0,05$).

Tabla 14. Correlación Imagen Corporal – Resiliencia.

	R	p
Correlación de COMFF – CA	-0,37	0,05
Correlación de COMFF – CPSV	-0,41	0,05
Correlación de ISC – EC	-0,44	0,05

Fuente: elaboración propia (2017).

Niveles de Imagen corporal y Resiliencia en relación a las características sociodemográficas.

Imagen Corporal y características sociodemográficas.

Se realizó un análisis de la relación entre las características sociodemográficas y las dimensiones de la variable imagen corporal. Se encontró que los años transcurridos tras el trasplante correlacionaron con las variables Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física (COMFF) ($r = 0,44$; $p = 0,05$), Importancia Subjetiva de la Corporeidad (ISC) ($r = -0,69$; $p = 0,001$) y Cuidado del Aspecto Físico (CAF) ($r = 0,65$; $p = 0,001$).

En relación a la variable conductas orientadas a mantener la forma física la correlación fue positiva, lo cual indica que a medida que

aumentan los años que pasaron desde que se realizó el trasplante aumenta también las conductas por mantener una forma física.

En relación a la variable importancia subjetiva de la corporeidad la correlación fue negativa, lo cual indica que a medida que aumentan los años que pasaron desde que se realizó el trasplante disminuye la preocupación por el cuerpo.

En relación a la variable cuidado del aspecto físico correlacionó de forma positiva, esto indica que medida que aumentan los años que pasaron desde el trasplante aumenta también el cuidado que el sujeto le da a su aspecto físico, se pudo observar que los participantes que la preocupación por el cuerpo es debido a la preocupación por la salud.

Por otra parte, el tiempo en lista de espera correlacionó con cuidado del Aspecto físico ($r= 0,37$; $p= 0,05$), es decir que mientras más tiempo estuvieron en la lista de espera más cuidan su aspecto físico.

Siguiendo la misma línea, el tiempo de hospitalización tras el trasplante también correlacionó, aunque de forma negativa, con Cuidado del Aspecto Físico ($r= -0,47$; $p= 0,001$), esto evidencia que mientras más tiempo pasaron hospitalizados después del trasplante, menos cuidaban su aspecto físico.

Tabla 15. Correlación Imagen Corporal - características sociodemográficas.

	R	P
Correlación años tras trasplante – COMFF	0,44	0,05
Correlación años tras trasplante – ISC	-0,69	0,001
Correlación años tras trasplante - CAF	0,65	0,001
Correlación tiempo en lista de espera – CAF	0,37	0,05
Correlación tiempo de hospitalización – CAF	-0,47	0,001

Fuente: elaboración propia (2017).

Resiliencia y características sociodemográficas.

Se realizó un análisis de la relación entre las características sociodemográficas y las dimensiones de la variable resiliencia. Se encontró que el tiempo en la lista de espera correlacionó con evitación cognitiva (EC) ($r = -0,41$; $p = 0,05$) y con el puntaje de resiliencia total (R) ($r = 0,37$; $p = 0,05$).

En el caso de evitación cognitiva la correlación fue negativa, esto da cuenta que a medida que aumentó el tiempo en el estuvieron en la lista de espera disminuyó la evitación cognitiva.

Por otra parte, la correlación con resiliencia fue positiva, es decir que las personas que estuvieron más tiempo en lista de espera tenían mayor resiliencia.

Tabla 16. Correlación Resiliencia - características sociodemográficas.

	R	P
Correlación tiempo en lista de espera – EC	-0,41	0,05
Correlación tiempo en lista de espera – R	0,37	0,05

Fuente: elaboración propia (2017).

Discusión.

Los pacientes sometidos a trasplante de hígado sufren un alto impacto en diferentes esferas física, psicológica, emocional y cognitiva, pero particularmente, se puede evidenciar cómo la imagen corporal y la resiliencia son dos factores psicológicos que pueden afectar la evolución del individuo desde el pre hasta el pos trasplante, tal como lo evidenciaron los hallazgos del presente estudio.

Cabe destacar, que debido a que la mayoría de los 26 trasplantes que fueron realizados con donante cadavérico, es más demorado el tiempo de espera, aun cuando se debe resaltar que Argentina es uno de los países pioneros en donación y trasplantes en Latinoamérica. El principal motivo de trasplante encontrado en la población evaluada fue cirrosis hepática a causa del virus de hepatitis C (39% de la muestra), esto es concordante con las investigaciones de Suárez

(2005) quien señala que la hepatitis C es la causa más frecuente de trasplante hepático, representado entre el 30% y el 50 % de las indicaciones de este proceder.

Los resultados obtenidos permitieron confirmar la hipótesis planteada de la investigación acerca de la correlación que existe entre la preocupación por la imagen corporal y la resiliencia. Los hallazgos del presente estudio señalan relaciones estadísticamente significativas con coeficientes de correlación negativos, los cuales indican que a medida que los niveles de preocupación por la imagen corporal disminuyen, concomitantemente van aumentando los de resiliencia. Por lo que se podría plantear que en la medida que el paciente afronte la situación del trasplante como un evento que le permite aprender, resignificar y tener una nueva oportunidad de vivir, asimismo podrá integrar de forma positiva el nuevo órgano a su imagen corporal.

En relación a la variable imagen corporal, se pudo observar que los pacientes con trasplante hepático obtuvieron niveles moderados en las dimensiones importancia subjetiva por la corporeidad, conductas orientadas a mantener la forma física y cuidado del aspecto físico, indicando una actitud promedio en relación a la media, se podría inferir que su preocupación por el físico está más relacionada con restablecer su salud que a mantener una buena imagen.

Por otro lado, se observó un atractivo físico evaluado positivo, es decir, que se sienten bien con su apariencia física después de al menos un año de la intervención. Estos resultados, contradicen con lo planteado por Kaba, Thompson y Burnard (2000, en Pérez San Gregorio, Rodríguez y Galán Rodríguez, 2005) quienes analizaron los problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos y encontraron en los pacientes insatisfacción corporal, lo cual asociaron a la dificultad de integrar psicológicamente el órgano del donante al propio cuerpo.

De acuerdo con la investigación de Burgos Camacho y Ballesteros de Valderrama (2007), se pudo encontrar que después del trasplante de hígado los pacientes pudieron integrar el nuevo órgano a su esquema corporal mejorando el aspecto físico autopercebido. Los resultados muestran que quienes llevaban más tiempo de haber sido trasplantados presentaron menor preocupación por la imagen

corporal, lo cual se puede atribuir a un proceso de mayor aceptación del órgano al obtener mejoría en su bienestar.

La resiliencia como factor protector ha demostrado tener un papel central en la evolución del paciente, ya que incrementa su calidad de vida y facilita la adaptación positiva de la enfermedad. Los resultados evidenciaron que los pacientes obtuvieron puntajes promedio en las dimensiones relacionadas con capacidad de propósito, sentido de vida y evitación cognitiva, lo cual indica que estos pacientes han resignificado de forma positiva la intervención quirúrgica, y se han sobrepuesto exitosamente saliendo fortalecidos del proceso de trasplante, dando un nuevo sentido a su vida tomándolo como una segunda oportunidad. En concordancia con esto y teniendo en cuenta los aportes de Luthar y Cushing (1999; en Salgado 2005) se podría decir que los participantes en este estudio se adaptaron positivamente después de la intervención, tomando como evidencia los puntajes que obtuvieron en las escalas administradas y en la opinión de sus médicos tratantes.

También se realizó el análisis del proceso de resiliencia, la relación entre adversidad y adaptación positiva, dando cuenta de una acomodación satisfactoria. Este resultado coincide con lo planteado en la investigación de Acosta López de Llergo y Sánchez Araiza (2009), donde indican que algunos factores individuales que favorecen la resiliencia son: actitud positiva frente a la enfermedad, autocuidado, deseos de vivir, ser independiente y resolución de crisis pasadas (estrategias de afrontamiento).

Por otro lado, se pudo observar bajos puntajes en capacidad de autoeficacia, esto se puede explicar dados los elevados niveles de ansiedad que experimentan tanto al estar a la espera de un órgano para ser trasplantados, ya que de encontrar un donante depende su vida, como por el riesgo de la intervención y todos los cambios asociados que se producen en su vida después del trasplante tanto a nivel personal como familiar.

En relación a las variables sociodemográficas y en concordancia con otras investigaciones (Fergusson y Lynskey, 1996 en Kotliarenco et al. 1997; Prado y Aguila 2003; Vinaccia y Quiceno, 2012), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en resiliencia e imagen corporal según características sociodemográficas. Por el

contrario, se encontraron diferencias en relación a los años que pasaron desde el trasplante, el tiempo en la lista de espera y de hospitalización.

Se encontró que los años transcurridos tras el tiempo aguardando en la lista de espera, la intervención del trasplante, y la hospitalización, correlacionaron con las dimensiones de imagen corporal, lo cual explicaría, que más que la preocupación por el cuerpo, se asocia a lo que concierne con el detrimento del estado de salud y la realización de las actividades cotidianas. Asimismo, se encontró que el tiempo de hospitalización tras el trasplante también correlacionó, aunque de forma negativa, con el cuidado del aspecto físico ($r = -0,47$; $p = 0,001$), esto evidencia que mientras más tiempo pasaron hospitalizados después del trasplante, menos cuidaban su aspecto físico. Lo cual se puede explicar por la depresión relacionada con las hospitalizaciones prolongadas, que por lo general están asociadas a complicaciones clínicas.

En relación a las dimensiones de la resiliencia, se puede decir que el tiempo en la lista de espera es un factor a la hora de asumir una actitud resiliente. Se observó mayor puntaje en resiliencia en los sujetos que pasaron más tiempo en la espera, esto se podría explicar desde lo propuesto por Melillo et al. (2000) quien plantea que ante un evento traumático se espera que el individuo reduzca sus recursos psicológicos, pero las personas resilientes, al contrario, incrementan sus estrategias logrando mantener el equilibrio sin que interfiera drásticamente en su cotidianidad. La resiliencia surgiría en estos pacientes como una estrategia adaptativa, por lo que para futuras investigaciones se podría indagar en otros aspectos como estrategias de afrontamiento, espiritualidad u otros factores que generan una adaptación positiva ante la espera de un órgano.

Lo anterior, contradice a lo encontrado en otra investigación (Vinaccia y Quiceno, 2012) en las que se halló una relación entre esta característica clínica y una baja resiliencia.

Conclusiones.

La psicología positiva brinda una nueva perspectiva de la psicología donde se considera que las personas tienen la capacidad de adaptarse, de encontrar sentido y crecimiento personal ante experiencias traumáticas. En este estudio se pudo evidenciar en los sujetos que atravesaron por un trasplante hepático, considerada una intervención altamente estresante para el individuo debido a que su vida depende de encontrar un donante, se pudo observar cómo, pese a dicha situación, estos pacientes desarrollaron altos niveles de resiliencia que les permitió transitar la espera del órgano y aceptar su nueva imagen corporal integrando positivamente el trasplante.

La imagen corporal hace parte del autoconcepto y de aquello que nos define como individuos, la cual se construye a partir de la experiencia individual y subjetiva, por lo tanto, es un factor que se debe trabajar desde la intervención psicológica en la etapa pre trasplante, brindando herramientas para que el paciente pueda incorporar de forma positiva el órgano trasplantado logrando mitigar el impacto en este aspecto.

Dado que la salud está compuesta por pilares tanto médicos como psicológicos es indefectible que estos deberían estudiarse y abordarse conjuntamente. Este es un pequeño aporte dentro del campo de la psicología de la salud, pero se espera que sea motivación para continuar investigando desde la psicología positiva sobre otros factores psicológicos y sociales que protegen al individuo en el caso de patologías crónicas y situaciones que ponen en riesgo la vida, lo cual permite generar programas y estrategias que fomenten mejoras en la salud psíquica.

Sería interesante para futuras investigaciones indagar si existen diferencias entre las características evaluadas en este estudio y pacientes que fueron trasplantados con un injerto cadavérico, y quienes fueron por donante vivo, ya que para este documento no se pudo llevar a cabo dicho estudio, dada la poca población entrevistada de pacientes que recibieron donante vivo. Adicionalmente, realizar estudios de resiliencia en los donantes vivos, que, aunque se ha incursionado en este campo ha sido de forma incipiente.

En conclusión, se debe buscar el fomento de estrategias que

promuevan la resiliencia en los pacientes que van a someterse a un trasplante, ya que favorecería la adaptación positiva, resignificaría el evento y provocaría sentimientos positivos en ellos, como lo que refiere a la imagen corporal, lo cual traería múltiples beneficios para la salud psíquica, así como la recuperación física y emocional del paciente.

Referencias Bibliográficas

- Baile Ayensa, Pérez San Gregorio, M. A., Rodríguez A. M. & Galán Rodríguez A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1): 99-114.
- Poseck, B. (2005). Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva, *Revista de Psicología Positiva*. Recuperado el 15 de diciembre del 2012 de: <http://www.psicologia-positiva.com/resistir.pdf>.
- Poseck, B., Carbelo Baquero, B. & Vecina Giménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimientos postraumático. *Papeles del psicólogo*, 27 (1): 40-49.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22 (1): 15-27.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Russo Leite Ribeiro, P., Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares, M. & Silva Caetano, A. (2012). Contribuições de Fisher para a compreensão do desenvolvimento da percepção corporal. *Psico-USF*, 17 (3): 379-386.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of adolescent health*, 14: 626-631.
- Salgado Lévano, A. C. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Liberabit*, 11: 41-48.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Happiness, excellence, and optimal human functioning. *American psychologist*, 55 (1):5-183

- Schilder, P. Kegan, P, Trench T. (1935). *Image and appearance of the human body*. Londres: Inglaterra
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Vaquero Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M. & López Miñarro, P. A. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (1): 27-35.
- Vetencourt Rivas, P. A. & Carretta, M. (2007). Trasplante hepático en Venezuela. *Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología*, 61 (2): 147- 149.
- Vinaccia, S. & Quiceno, J. M. (2011). Resiliencia y calidad de vida relacionado con la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista argentina de clínica psicológica*, 20 (3): 201-211.
- Vinaccia, S. & Quiceno, J. M. (2012) Resiliencia y características sociodemográficas en pacientes crónicos. *Psicología desde el Caribe*, 29 (1): 87-104.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M. & Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud de enfermos crónicos colombianos. *Anales de psicología*, 28 (2): 366- 377.

4 | LA FAMILIA DEL PACIENTE EN ENFERMEDAD CRÓNICA

CITA ESTE CAPÍTULO

Uribe Figueroa, Ana M. (2020). La familia del paciente en enfermedad crónica. En Obando Cabezas, L. & Ordoñez, E. (Eds. científicos). *Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud* (pp. 112-134). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

CAPÍTULO IV

LA FAMILIA DEL PACIENTE EN ENFERMEDAD CRÓNICA

Ana Marcela Uribe Figueroa

Pontificia Universidad Javeriana, Cali

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2768-3433>

Introducción

Los pacientes con alguna enfermedad crónica han tenido un papel protagónico en muchas familias del mundo, en varias de ellas, la enfermedad se ha prolongado por largos periodos de tiempo, en otros casos, es por cortos periodos de tiempo, pero con consecuencias irreparables para la vida del paciente, generando condiciones de discapacidad temporal, permanente e incluso la muerte. También se ha podido evidenciar que más de dos integrantes de una misma familia han tenido que vivir -al mismo tiempo- con una enfermedad crónica. Es claro que la aparición de alguna enfermedad se puede presentar en edades muy tempranas, cuando se es adolescente o en cualquier momento de la adultez. Estos son algunos de los múltiples factores que influyen en la mirada que cada uno de los miembros de una familia tienen antes, durante o al final del curso de la experiencia de compartir con un familiar que padece de una enfermedad crónica.

En este capítulo se pretende generar una mirada a los otros, a quienes asumen el reto de acompañar a la persona que ha sido diagnosticada con alguna enfermedad crónica y que son impactados de diferentes formas durante su vida y que influyen directamente en la construcción de esa nueva realidad dentro del marco estructural que se denomina familia. Por la alta incidencia de casos de cáncer y los múltiples procesos a los que se puede ver enfrentado un paciente con cáncer en sus estadios de su enfermedad, se presentarán de

una forma más profunda los procesos y las implicaciones que esta enfermedad tiene en las familias. Así mismo se retoman aspectos generales de pacientes con enfermedad coronaria, o del sistema circulatorio, las cuales además de su alta incidencia en Colombia (Ministerio de salud y Protección social, 2016), implican una serie de ajustes en sus estilos de vida donde los familiares juegan un papel muy importante.

En Colombia las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad en hombres y en mujeres entre 2005 y 2014, las enfermedades isquémicas del corazón produjeron el 49,30% (293.458) de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio. Las enfermedades cerebrovasculares provocaron el 23,47% (139.690) de las muertes, y las enfermedades hipertensivas causaron el 10,47% (62.297) de las muertes en este grupo. (Ministerio de salud y Protección social, 2016).

Las neoplasias son una de las tres primeras causas de muerte en Colombia. Ente los años 2005 y 2014, los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, causaron el 14,98% (53.310) del total de muertes por neoplasias, en segundo lugar, el grupo de los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas causaron el 14,49% (51.570) de la mortalidad, en tercer lugar, el tumor maligno del estómago causó el 13,02% (46.356) de las muertes por neoplasias (Ministerio de Salud y Protección social, 2016).

Se presentarán dos apartados que permiten entrar al mundo de la enfermedad crónica en familia. En el primero se pretende describir el Impacto y el proceso de adaptación a la nueva integrante de la familia: la enfermedad crónica. En el segundo lugar se pretenden describir los temores, impacto emocional y procesos de preparación cuando la muerte se acerca.

Impacto y Proceso de Adaptación de la Nueva Integrante de la Familia “La Enfermedad Crónica”.

Para entender las implicaciones físicas y emocionales se deben revisar diferentes posturas y definiciones conceptuales de los que se entiende por el término familia. Según Planiol y Ripert (2002), en la familia se genera, se cuida y se desarrolla la vida, dando alta relevancia a la creación, no solo desde la formación del ser humano de forma evolutiva, sino en el desarrollo y formación de aprendizajes transculturales y transmitidos entre generaciones que permiten el establecimiento de un espacio que los protege. Por otro lado, Malde (2012) la define como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se supone duradero lo cual implica que se vean involucrados entre los miembros, fuertes sentimientos de pertenencia que los direccionen a cumplir compromisos y a desarrollar múltiples sentimientos de intimidad, reciprocidad y dependencia (Oliva, 2014).

Y es con algunas definiciones como las descritas anteriormente donde se puede evidenciar que la familia no es únicamente la constitución de un grupo de personas entre quienes existe un parentesco de consanguinidad De Pina, (2005), sino que implica la existencia de vínculos personales afectivamente significativos que participan en la vida familiar.

Dentro de las definiciones de familia, además de los aspectos que resaltan como la unión, la intimidad, la protección, la reciprocidad y el afecto, se podría deducir el resultado emocional que una noticia de un diagnóstico de enfermedad crónica de un ser querido generaría en las personas que han compartido un proyecto de vida y sienten un fuerte vínculo de amor, respeto o de deseo de bienestar por el otro. Las reacciones emocionales en los familiares del paciente con enfermedad crónica pueden variar de acuerdo a múltiples factores que en sí mismos tampoco determinan una forma exclusiva de responder ante determinado suceso, entre estos factores se pueden reconocer:

La edad: Determina el proceso de desarrollo cognoscitivo que permite la comprensión de la situación de forma simple o con niveles

de análisis que le permiten establecer las relaciones causales de la enfermedad y las implicaciones de la misma en otras dimensiones familiares tales como las económicas y recreativas.

Tipo de relación que se tenga con la persona enferma: Se podría establecer, no solo con el parentesco que tengan, como hijo/a, esposo/a, hermano/a o primo/a, sino con la calidad de la relación, esta determina la solidez de su vínculo y el nivel de compromiso subjetivo que asume con la enfermedad de su ser querido.

En este caso una madre sentirá un nivel mucho mayor de responsabilidad frente a las demandas de su hijo enfermo tanto en cuidados, tiempo y entrega de recursos materiales que un primo, quien, a pesar de su dolor por la condición de salud de su pariente, reconoce a otros miembros de su familia con niveles de responsabilidad mayor que los que puede tener él.

Estrategias personales para afrontar una pérdida: Se refiere a la pérdida de la salud de su familiar, lo que conlleva al ajuste de múltiples dinámicas dentro de los hogares, cuando estos cambios se valoran de forma negativa o se interpretan de una manera catastrófica, para toda esa adaptación se complejiza. Por otro lado, cuando la persona se centra en el problema para buscar alternativas de solución, la experiencia de enfermedad en el hogar puede atravesarse sin una carga emocional tan alta y con mayor probabilidad de dar respuesta a las situaciones difíciles que se presenten.

Proyectivo de vida personal, afectivo y profesional: la enfermedad de un ser querido implica un cambio a corto, mediano o largo plazo en alguna de las dimensiones personales de los miembros de la familia y en especial del cuidador primario. Es por esto que, si la persona tiene claramente estructurado un proyecto que le genera alta motivación y debe ser modificado por dificultades en el manejo de tiempo para el cuidado, por crisis económicas o por traslados obligatorios de lugares de residencia, y eso podría impactar negativamente en su bienestar.

En este caso no se vería afectada una persona que trabaja como independiente y puede continuar realizando su actividad laboral y tener al cuidado a su familiar enfermo para seguir con su relación de pareja que vive con sus padres muy cerca de su residencia,

que alguien que vive fuera del país, sus condiciones salariales son buenas y tiene planeado formalizar su relación con su pareja en los próximos meses, pero debe volver a su país de origen y asumir la responsabilidad del cuidado de su padre enfermo, terminando con su relación sentimental. Es importante aclarar que independientemente del proyecto que tenga el familiar, siempre lo va impactar y en lo que se diferenciarían, es en el grado de afectación y en las áreas afectadas.

Conocimiento que se tenga de la enfermedad: Uno de los aspectos que genera una alta carga emocional en los familiares de las personas enfermas es la incertidumbre frente a lo que le va a pasar a su ser querido o -en algunos casos- los temores infundados a partir de la desinformación que pueden tener, en cualquiera de los dos casos se presentan falsas expectativas del diagnóstico o explicaciones erróneas de la sintomatología presentada que conlleva errores en los procedimientos de cuidado tales como omisiones en la medicación, cambios o inclusión de elementos no validados ni prescritos por su médico tratante, los cuales pueden poner en riesgo la vida de su familiar.

Sintomatología presentada: La sintomatología de un paciente con enfermedad cardiovascular podría pasar desapercibida de acuerdo al nivel de afectación en el que se encuentre, así mismo dependiendo del tipo de cáncer y el estadio en el que se encuentre, los síntomas van a variar y es en este caso que las condiciones de cuidado a su familiar se ajustan de acuerdo a las necesidades particulares y condición de discapacidad en la que se encuentre. Aunque el desgaste físico es claramente identificable en los cuidadores, uno de los aspectos que genera mayor carga emocional, es presenciar síntomas dolorosos en los pacientes.

Experiencia de enfermedad en familia: las enfermedades crónicas no solo se asocian con malos hábitos comportamentales ni medioambientales, sino con una carga genética que predispone a la persona al padecimiento y es por esto que en las familias la enfermedad crónica de un ser querido no es la primera experiencia que viven sino la continuidad del cuidado de otro familiar con su misma patología. El conocer ciertos procedimientos, identificar síntomas a tiempo para evitar accidentes o generar hábitos alimenticios que beneficien a toda la familia, podría facilitar la

adaptación a esta nueva experiencia de enfermedad en la familia. Aunque ayuda al manejo de las situaciones que se le presenten, cuando el cuidado de los familiares enfermos se ha dado por largos periodos de tiempo, se incrementa el riesgo de salud física y mental para los cuidadores.

Creencias religiosas o espirituales: independiente de la religión que profesen o el culto que practiquen, se ha evidenciado que la realización de estas actividades se convierte en un factor protector para la salud mental, no solo por las explicaciones que alivian su dolor sino por las redes de apoyo social que comparten.

Condición de discapacidad o deterioro fisiológico: estos dos factores están altamente relacionados con el nivel de responsabilidad que deben adquirir los familiares, lo cual implica la distribución de tareas que generen el bienestar del ser querido. Adicionalmente las reacciones negativas que la persona enferma tiene por la frustración de no poder realizar tareas sencillas y de cuidado, impactan directamente a su familiar, que busca dar respuesta a sus necesidades básicas, y a la vez sufre por el deterioro físico y, en algunos casos, cognoscitivo de su familiar, como por ejemplo las afectaciones fisiológicas de los adultos mayores con alguna enfermedad que afecte su sistema nervioso y genere alteraciones en la atención y la concentración, disminución de la capacidad sensorial tanto auditiva como visual, disminución de los reflejos, falta de coordinación y equilibrio, disminución en la velocidad de las reacciones, lentitud en la formación y consolidación de los reflejos, prolongación del procesamiento del lenguaje, irritabilidad, inestabilidad emocional (Popa, 2017), obligando a la persona a adquirir estrategias para manejar todas las reacciones que el paciente pueda tener.

Pronóstico de la enfermedad: El afecto que se siente por el familiar direcciona al deseo de su bienestar, y es por esto que si el diagnóstico se da en un momento donde existen propuestas farmacoterapéuticas para controlar la enfermedad, la reacción no va a ser la misma si el grado de afectación en el cuerpo incrementa la probabilidad de muerte. De acuerdo al pronóstico que tenga, las propuestas de bienestar por su familiar cambian, ya que en el primer caso se centran en buscar su mejoría y en el segundo en acompañarlo sus últimos días.

Redes de apoyo: uno de los factores más importantes para pronosticar el manejo que los miembros de la familia tendrán ante la enfermedad de un ser querido. Estas redes no deben ser únicamente familiares donde se apoyen unos a otros. Se espera que cada uno de ellos cuente con una red sólida con la que pueda expresar sus más íntimos miedos y sentimientos. También se espera que cada uno tenga un espacio de esparcimiento con otros donde continúe con su proyecto de vida y viva experiencias placenteras que los fortalezcan para afrontar los momentos difíciles que enfrentan con su familiar enfermo.

Cada uno de estos factores debe ser tenido en cuenta para lograr entender las diferentes reacciones que los familiares pueden tener desde el momento de enterarse de la enfermedad, hasta cuando se preparan para el final de los días de su familiar.

La noticia.

Es importante aclarar que cada enfermedad crónica viene con una historia, con expectativas, temores y retos a los que se ven enfrentados los pacientes y sus familias. No es lo mismo recibir la noticia de una enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes u otro tipo de enfermedad trasmisible, que adicional a la sintomatología que puede generar, se acompaña con prejuicios y rechazos que incrementan la comorbilidad con otro tipo de afecciones de origen psicológico. Las personas que se enteran de su diagnóstico de enfermedad crónica han acudido al médico por controles periódicos y en algunos casos no presentan ninguna sintomatología que los inquiete, en otros casos, asisten por la búsqueda de explicaciones ante síntomas que, inclusive, en algunos casos consideran superficiales o de poca relevancia.

En algunos casos, las personas que reciben la noticia de su condición de salud describen este momento como la confirmación de sus temores pues por antecedentes familiares, conocimientos médicos, o por síntomas claramente identificables, ya sabían o suponían lo que su médico tratante les informaría. Cualquiera que sea la razón por la que acuden, en el momento de recibir la noticia de padecer una

enfermedad crónica, se genera un antes y un después en sus vidas y es en ese momento donde el paciente debe decidir si involucra o no a su familia, para iniciar esta importante etapa de la vida.

La noticia de una enfermedad crónica determina el inicio para el paciente, de un nuevo proyecto de vida donde se parte con un esclarecimiento crudo y subjetivo del significado de las manifestaciones de su cuerpo en el caso de presentar sintomatología o de la atribución de explicaciones internas y externas que buscan responder al origen de su condición actual. Se sufre un duelo por la pérdida de salud y por lo que va a perder en el futuro, e inicia el reto de la familia por acompañarlo y brindarle tranquilidad a partir de múltiples promesas de solidaridad, expresiones de afecto y propuestas que alivien sus preocupaciones.

En ese momento de valentía superficial y en algunos casos positivismo falso, el familiar sufre el duelo de la pérdida de salud del otro, pero lo acompaña en su duelo que -a la vez- es alimentado por el propio en el cual pierde el derecho de expresar sus emociones negativas, porque se convierte en la fuente de energía que el enfermo necesita para salir adelante, victorioso de la guerra que debe enfrentar.

El recibir la noticia de la enfermedad crónica en la familia es recibida con un nivel de negación que a partir de múltiples factores puede generar las siguientes reacciones:

Subestimación de la condición de salud: en el caso de la enfermedad coronaria, como en la diabetes o en el cáncer, el subestimar el diagnóstico trae consecuencias muy negativas pues al no asumir las recomendaciones médicas tales como controles periódicos, realización de exámenes diagnósticos especializados, cambios de hábitos alimenticios o comportamentales como dejar fumar, o consumir alcohol, pueden acelerar la condición de enfermedad y agudizar los síntomas. Por ejemplo, para una madre no es fácil admitir que su hijo diagnosticado con diabetes no puede comer de su torta y de las golosinas que hay en su noveno cumpleaños, por lo que le da la libertad de comer lo que quiera ese día, lo cual los direcciona horas después a un hospital por un coma diabético. O el caso de un hombre que decide prolongar su primer ciclo de quimioterapia pues debe viajar por asuntos laborales y considera que al no tener síntomas que afecten considerablemente su desempeño,

puede esperar un poco más, y dos meses después, cuando hace los siguientes exámenes de control para iniciar tratamiento, recibe la noticia del incremento de volumen tumoral que modifica su pronóstico inicial.

Distanciamiento de su familiar: una de las quejas más comunes de los pacientes crónicos es la pérdida de amigos y de familiares. Esta descripción subjetiva de los pacientes puede ser real o puede deberse al distanciamiento temporal de algunos de ellos quienes, por su dificultad de afrontar el dolor de ver el sufrimiento del otro, deciden tomar distancia. En otros casos el reconocimiento de la carga tanto económica, como de responsabilidades a adquirir, direcciona a los familiares a generar nuevas actividades que dificultan la posibilidad de estar cerca e involucrados.

Empoderamiento de la situación de salud: Desde el momento del diagnóstico los miembros de la familia aceptan la situación y buscan las medidas necesarias para dar respuesta a todas las situaciones que se presentan y canalizan sus energías para la asignación de responsabilidades a los miembros de la familia de acuerdo a la edad, tiempo disponible, condiciones económicas y -lo más importante-, el interés por ser parte del proceso de enfermedad de su familiar.

Adaptación a la enfermedad crónica en la familia:

Como se mencionó anteriormente, los factores que determinan las alteraciones que se pueden presentar en la familia y en el proceso de enfermedad, que empiezan a generar los aprendizajes necesarios para dar respuesta a cada situación que se presente dependen de la sintomatología de cada enfermedad o del grado de funcionalidad que el familiar enfermo tenga.

Según la Organización Panamericana de la Salud, el 80% de las que cuidan a un paciente con enfermedad crónica o en estado terminal son familiares mujeres; el 70% es el esposo o esposa, el 20% es un hijo o hija y el 10% es un amigo o amiga. Según Chávez, (2005), el 20% de los cuidadores dejan su trabajo y el 30% consume todos sus ahorros en la fase final de la vida del ser querido. Y son los hombres cuidadores quienes sufren más estrés, ansiedad y depresión (.Araya, Guamán y Godoy 2006). El nuevo rol que deben asumir los cuidadores

primarios debe generar un ajuste en sus vidas que conlleva a la distribución de su energía en asumir sus responsabilidades adquiridas con su ser querido, renunciando -en algunos casos- a sus proyectos o a actividades que le generaban bienestar. Es por esto que, si no existe la colaboración de otros miembros de la familia, las alteraciones en su proyecto de vida pueden generar condiciones físicas y psicológicas que afectan la ejecución de sus actividades.

En su investigación, Vargas, Ricárdez y Elizarraras, (2012) encontraron que de 17 cuidadores primarios de un familiar con demencia, el 53% reportaron niveles altos de estrés, 30% presentaron reacciones depresivas y 20% presentaron reacciones de ansiedad, afectándolos considerablemente a ellos y al familiar que tienen a cargo, quien a pesar de su condición de salud y/o alteraciones neurológicas, podía evidenciar diferentes síntomas en su cuidador, preocupándose, culpabilizándose y en muchos casos afectando su interacción a tal punto de evitar informarle de sus necesidades básicas.

En el Servicio de Oncología Médica del *Hospital Universitario 12 de octubre de Madrid* se realizó una investigación con pacientes y familiares e la cual se pudo constatar que la ansiedad del familiar era significativamente mayor a la del paciente. (Cortés, Abian y Cortes, 2003). Con este hallazgo, se puede reafirmar el riesgo de la afectación de la salud mental del familiar que tiene a cargo a un ser querido hospitalizado por alguna condición de enfermedad.

Con respecto a la salud de las personas que realizan los cuidados según datos del Ministerio de Salud de Colombia (2015) se pudo establecer que dos terceras partes de los cuidadores realizan las labores correspondientes al cuidado de su familiar por iniciativa propia y expresaron que el tiempo de las actividades de cuidado diarias oscila entre una y 24 horas. El 87% de los cuidadores encuestados realizan las labores de cuidado todos los días, evidenciándose la dificultad de realizar actividades de ocio o acceder a tiempo libre para sus actividades personales.

También se evidenció que la tercera parte de los cuidadores encuestados, sufrían o haber sufrido síntomas como malestar o dolor articular, dolor de espalda, cansancio o debilidad, dificultad para dormir, desaliento y pérdida de la memoria (Ministerio de Salud, 2015). Confirmando lo que muchos familiares que acompañan el

proceso de enfermedad crónica viven, y que en muchos casos solo se busca intervenir muchos años después, o cuando ha superado los límites del manejo de su condición tiene en cuenta y se busca dar solución.

Cada una de las familias en el mundo es enriquecida por particularidades que las hace únicas e irrepetibles y es por esta razón que antes de pensar en acompañar el proceso de adaptación de una familia ante la enfermedad crónica, deben establecerse con claridad las características que los protegerán ante las múltiples experiencias a las que se verán enfrentados o, por lo contrario, influirán en un mal manejo de las situaciones que se presenten.

Muñoz, Espinosa, Portillo y Benítez, (2002) nombran algunos aspectos que deben ser fomentados en las familias de personas con enfermedad crónica que traerían, no solo ventajas para el enfermo, sino para ellos mismos y que en este apartado se pretenden explicar y relacionarlos con casos que permitan la visualización en situaciones o con personas que tengan características particulares.

La comunicación efectiva intrafamiliar permite que cada uno de los miembros pueda, no solo expresar sus preocupaciones, inquietudes y propuestas frente a la enfermedad. Tener la posibilidad de expresarse abiertamente, los protege de falsas creencias que se puedan generar a raíz de la enfermedad y reconocer claramente las implicaciones que la situación de salud genera en cada uno para buscar estrategias que los beneficien a todos.

La transición progresiva hacia los nuevos roles y a la distribución de las tareas es un proceso que debe manejarse con prudencia, en especial cuando hay niños y adolescentes. Al tener claridad de las implicaciones de la enfermedad para todos, se puede iniciar con la distribución de actividades de acuerdo a sus capacidades. En algunos casos, como por ejemplo, cuando a partir de un accidente cerebro vascular, el paciente sufre pérdida de movilidad, esta transición no es progresiva y debe ser asimilada en la menor brevedad posible para dar respuesta a las necesidades del paciente, en otros casos la distribución de tareas de los familiares no tiene el pleno consentimiento del familiar y genera ajustes significativos en sus actividades placenteras lo cual genera inconformidad.

En el caso de una persona que progresivamente va iniciando su deterioro físico o cognitivo, es importante anticiparse a las demandas que se van a presentar y tener una comunicación familiar que les permita planear a corto, mediano o largo plazo sus propuestas que den respuesta a la situación.

El apoyar en las actividades diarias de una persona que padece una enfermedad crónica que ha afectado su desempeño físico debe darse con suficiente cuidado con el fin de no anular sus capacidades. En el caso de algunos pacientes con enfermedad coronaria que deben evitar ciertas actividades que eran cotidianas para ellos y que no generaban niveles altos de dificultad se puede presentar altos niveles de frustración. Por lo tanto, en la medida que el paciente pueda continuar realizando algunas actividades que no impliquen riesgo para su salud, los familiares deben darle la oportunidad de realizarlas, así -en muchos casos- implique mayor tiempo de espera para su culminación.

Otro tipo de actividades que se ven impactadas en la familia están relacionadas con las recomendaciones médicas que aportan a los tratamientos farmacológicos tales como rutinas de ejercicio, alimentación y manejo de situaciones estresantes entre otras. La necesidad de hábitos saludables debe valorarse e indicarse, no solo para la persona enferma sino para todos los integrantes de la familia. En este se incrementa la probabilidad de adherencia al tratamiento del paciente y permite el autocuidado de cada uno de los responsables que -en algunas ocasiones- pueden descuidarse por la atención continua a su cuidador.

Cuando un familiar asume la responsabilidad de cuidar a un enfermo crónico debe favorecer su autocuidado en la medida que la particularidad de la enfermedad lo permita y -en especial- cuando es únicamente el familiar quien está a cargo de todo. Si se promueve no solo el autocuidado, sino el cuidado del otro en la dinámica familiar, el cuidar generará menos consecuencias para la salud de los que asumen la responsabilidad del enfermo crónico. En este caso la distribución de tareas donde se incluya el cuidar de sí mismo podría darse más naturalmente si cuento con una red de apoyo que lo recuerde o mejor aún, que lo facilite.

En esta misma línea, cuando se brinda el reconocimiento de la importancia del cuidador familiar primario, no como el único responsable del proceso sino como el líder y elemento valioso para la ejecución de las actividades que se deben tener en cuenta, permite el empoderamiento del mismo y motivación de continuar con las tareas que se le asignen. Si sucediera lo contrario, y este cuidador fuera criticado por la forma como actúa o responde ante las demandas de su familiar enfermo, generaría tal malestar que podría desencadenar hasta la renuncia parcial o total de su colaboración.

Aunque se dan múltiples modificaciones en las rutinas familiares frente a la presencia de la enfermedad crónica, es importante buscar la forma de mantener ciertas tradiciones o actividades que generen un clima agradable y que puedan ser realizadas ya sea en compañía de la persona enferma o en momentos donde el familiar descanse y el y los cuidadores tengan un espacio libre que les permita centrar su atención en algo diferente a sus responsabilidades de cuidado. En el caso de los niños, los cambios bruscos de rutina pueden generar síntomas emocionales negativos y en ocasiones rabia con la persona enferma a quien culpan por sus desajustes.

Por último, no se debe olvidar la importancia del apoyo social interno y externo para los familiares del enfermo, el poder contar con alguien que escuche su dolor, sus preocupaciones y que le brinde la posibilidad de compartir momentos donde puedan hablar de temas que no estén relacionados con la situación de enfermedad se convierte en un factor protector que disminuye el riesgo de desencadenar síntomas psicológicos.

Temores, impacto emocional y procesos de preparación cuando la muerte se acerca.

Ninguna familia que haya tenido que convivir con una enfermedad fatal sale ilesa de esa experiencia, pues debe enfrentarse permanentemente a desgastes, exigencias y cambios, el último es la muerte del ser querido y, cuando esto ocurre, cada miembro es diferente de lo que era cuando aquel gozaba de salud.

(Gómez, 2002).

Uno de los temores primordiales que se presenta cuando se enteran de la existencia de un padecimiento crónico en la familia, es la probabilidad cercana a la muerte pues, aunque en algunos casos los pacientes pueden vivir más de una década después de su diagnóstico, otros viven periodos de tiempo muy cortos posterior a la noticia. Esta preocupación se reafirma cuando esa idea de la terminalidad de la vida es confirmada por parte de un médico tratante. El proceso de aceptación a esta probabilidad varía de acuerdo a muchos factores, entre ellos el grado de afectación, así como la enfermedad diagnosticada.

Por ejemplo, según el informe mundial entregado en el año 2016 por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es una enfermedad considerada como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo así. Se plantea que la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre los años 2007 y 2030, y pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones debido al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población, y la hipertensión arterial al ser uno de los factores de riesgo más importantes en las enfermedades cardiovasculares, también por la facilidad con la que empezarán a aparecer accidentes cardiovasculares a medio y largo plazo, infartos y hemorragias cerebrales que generarán un alto número de muertes a nivel mundial.

Los roles y responsabilidades de cuidado del familiar ante una enfermedad terminal.

Independientemente de las dinámicas que cada familia tenga, en presencia de un miembro con enfermedad terminal se asumen voluntaria o involuntariamente responsabilidades que impactan en su vida cotidiana, cada uno de los miembros empieza a adquirir un rol particular, en algunos casos un mismo familiar asume varios roles y en otras familias no se cuenta con alguien que se pueda asignar ciertas tareas necesarias para dar respuesta a las demandas que la enfermedad implican. A continuación, se presentan algunas de ellas con el fin de reconocer la importancia para los ajustes que se deben presentar en beneficio de la persona enferma.

El primer rol que -en la mayoría de los casos- es el que está claramente establecido es el del cuidador primario, se espera que las responsabilidades no sean la totalidad de las necesidades del familiar ya que generaría un alto nivel de sobrecarga que desencadenaría múltiples consecuencias negativas para sí mismo, se busca que este cuidador asuma con liderazgo ciertas actividades que pueda cumplir, de acuerdo a su posibilidad de tiempo y distribuya, entre los demás, otras tareas importantes. En la actualidad, a partir de las investigaciones que evidencian el riesgo al que se ven expuestos a nivel físico y psicológico, se busca que las responsabilidades estén distribuidas de tal forma que las demandas no recaigan en una sola persona.

Por otro lado, el hecho de acercarse a la muerte genera reflexiones existenciales que pueden estar direccionadas a partir de sus creencias religiosas y es en este factor donde algunos miembros de la familia pueden acompañar a los enfermos en la continuidad de los rituales que les generen tranquilidad. En este caso el rol de la persona que lo acompaña desde la espiritualidad brinda bienestar emocional no solo al enfermo, sino a toda la familia.

Otro de los roles que en la actualidad se convierte en prioritario se puede identificar como el tramitador de documentación y procesos. En algunos casos, el sistema de salud obliga a los familiares a la realización de diligencias de autorizaciones médicas y de procedimientos que -en algunos casos- implican tiempo y desgaste energético.

En algunas familias, la persona que está ante una enfermedad terminal podría necesitar menos cuidados que otros miembros tales como niños o personas con alguna condición de discapacidad y es en ese momento donde uno de los familiares asume esta nueva responsabilidad con el fin de dar continuidad a rutinas como horas de comidas, salidas a jugar y horas de dormir. Un cuidador genera descanso y descarga de responsabilidades, tanto al sea al cuidador principal, como al mismo familiar enfermo.

Por último, se debe tener en cuenta que uno de los roles que en algunas familias se hace presente, es el benefactor económico quien en ocasiones no tiene una presencia continua, pero genera ingresos para aspectos de salud que en ocasiones, los planes médicos no

cubren, así como para gastos de alimentación o transporte para él o los que cuidan durante los momentos de hospitalizaciones o terapias o controles médicos.

Cualquiera de los roles que se asuman trae consigo ciertos temores frente a los retos que se tienen a cargo y que se espera se cumplan de forma efectiva ante todas las situaciones que cada etapa de la enfermedad conlleva. Uno de los temores que más se presenta es el de no cuidar de la mejor forma el cuerpo de la persona enferma o hacerle daño físico sin la intención a causa de la falta de experiencia lo cual trae consigo una serie de percepciones de incompetencia y un aumento en la dependencia al personal de salud para realizar actividades sencillas y -en esa misma línea-, se encuentra el malestar que siente por la probabilidad de ser juzgado por sus actos o por las consecuencias que se puedan desencadenar de un error en sus cuidados por parte del personal de salud o por alguno de sus familiares.

Otro de los factores que genera una alta demanda emocional en los familiares es cuando en el proceso de la enfermedad terminal de su ser querido está la presencia del dolor crónico. Cuando este malestar físico se incrementa cada vez más y requiere de diferentes métodos para su control, la adaptación que el cuidador requiere ante esta situación implica un alto nivel de competencias personales para afrontarlo, ya que esta situación genera sentimientos de desesperanza, a raíz de la falta de control que percibe en esa situación.

Novellas y Pajuelo sugieren un plan para que los familiares que tienen a su cargo enfermos terminales lo puedan manejar de la mejor forma. En primer lugar, proponen que los familiares participen de los cuidados mientras el enfermo sigue hospitalizado, pues de esa forma pueden reconocer diferentes técnicas que utiliza el personal de salud que pueden brindar en los cuidadores mayor autoeficacia en el momento de hacerlo en casa. Así mismo, se invita al cuidador a que valore los espacios de tiempo que tiene junto a su familiar con el fin de fortalecer su vínculo, a partir de la manifestación honesta y espontánea de los sentimientos.

Uno de los aspectos más importantes se relaciona con la distribución de actividades en varios miembros de la familia quienes, de acuerdo

a sus conocimientos en salud, su capacidades físicas y energía disponible realizan actividades que favorecen a su familiar y no generan consecuencias negativas significativas ni sobrecarga en uno solo de sus miembros y reconocer en cada uno los aprendizajes y habilidades aprendidas frente al cuidado e incremento de seguridad personal en las tareas asignadas, así como la identificación de las dificultades en las tareas asignadas para fortalecer el entrenamiento o en caso que sea necesarios una nueva distribución de tareas.

Manejo de los niños y adolescentes familiares de pacientes en enfermedad terminal.

Cuando la atención se centra en el enfermo terminal y se subestima la emoción que los niños y adolescentes pueden sentir por ver a su familiar en un proceso de deterioro puede implicar el riesgo de la aparición de otro tipo de problemas durante -o posterior- al proceso de enfermedad que se lleve en familia. Novellas y Pajuelo plantean ciertos aspectos que se deben tener en cuenta para acompañar a esta población en el proceso de adaptación y aceptación a la condición de salud de su familiar y a los ajustes en sus contextos familiares.

Este acompañamiento implica cierta sensibilidad para entender, no solo las emociones de los menores, sino las manifestaciones comportamentales que se generan y, que en sí mismas son manifestaciones emocionales. Así mismo, se sugiere que la información respecto a la situación de salud de sus familiares, se les presente a los niños y jóvenes de forma gradual con el fin de que ellos puedan incorporar la nueva información, lograr la comprensión suficiente para entender las consecuencias de la misma y de esa forma ir adaptando a su repertorio la existencia de la enfermedad progresivamente en su hogar, reconociendo el dolor físico y emocional de los otros. En el momento de hablar acerca de la enfermedad de su ser querido, se sugiere tener en cuenta que el espacio y momento sea el adecuado para dar plena atención y no ser interrumpido por terceros o que se encuentren en un lugar donde se afecte la posibilidad de manifestaciones tales como el llanto cuando sienta dolor.

En la medida que se pueda, se espera que sean los miembros de la familia con los que mayor afinidad tenga el menor quien brinde la información referente al estado del familiar pues, de esa forma, la expresión de sentimientos se facilitará y la comprensión de los ajustes que se debe realizar será mayor.

En muchos casos, los familiares de los niños evitan hablar de la situación con ellos y consideran que no es importante explicarles lo que está sucediendo pero se ha demostrado que es más riesgoso a nivel emocional para ellos no hacerlos partícipes y negarles la posibilidad de entender las posibles eventualidades que se generan a partir de la enfermedad, que acompañarlos en el proceso de aceptación de la enfermedad y darles la oportunidad de llevar su duelo por la pérdida de la enfermedad o muerte de su ser querido.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta cuando hay niños en la familia con enfermedad terminal es el buscar la posibilidad de dar espacios recreativos para el menor. Por obvias razones las nuevas dinámicas pueden afectar la realización de dichas actividades, pero se sugiere no eliminarlas del todo y en especial las que están relacionadas con actividad física lo que conlleva a hábitos que promuevan la salud, la relajación y facilitan por ejemplo procesos que los beneficien como por ejemplo conciliar el sueño fácilmente.

Es imprescindible que la familia prepare a los niños para la muerte de sus seres queridos y entre más temprano, mucho mejor y de una forma sencilla, sin explicaciones científicas y confusas, asegúreles que no serán abandonados, que serán cuidados y protegido ya que el miedo de perder a alguien que los ha protegido puede alimentarse con la falsa creencia que ya nadie lo hará en el momento que él o ella falten, así mismo acláreles que no todos los que quieren van a morir pronto. Infórmeles que no tuvieron ninguna culpa pues en ocasiones ellos se sienten culpables por algún comportamiento inadecuado o por alguna tarea que dejaron de hacer asociándolos con la enfermedad o muerte de su familiar, cuídese usted mismo ya que sigue siendo el modelo con el que cuentan ya que permitirá que no realicen conductas que afecten su salud en el momento de sentir dolor, prepárelos para cambios de rutina pues la situación conlleva ciertos ajustes en la dinámicas que deben conocer, Respóndales a las preguntas que realicen de

acuerdo a su nivel de comprensión, permítales que expresen sus sentimientos y emociones, acompáñelos de forma afectiva en el momento de esa manifestación, no los juzgue ni mucho menos les designe responsabilidades que sobrepasen su capacidad de respuesta física o cognoscitiva en relación a su edad. Uno de los ejemplos más comunes se presenta en contextos familiares donde se le indica a un niño menos de 14 años lo siguiente "debes ser fuerte pues cuando muera tu padre te conviertes en el hombre de la familia y debes cuidar a tu mamá y a tus hermanos".

Por último, se sugiere respetar el deseo del niño de poder compartir tiempos y espacios con su familiar enfermo ya que de acuerdo a múltiples características personales es quien determina si quiere verlo por mucho o poco tiempo o si verlo enfermo le afecta tanto que prefiere no hacerlo y en ese momento se procura buscar la compañía de por un familiar adulto que pueda mostrar calma, transmitir seguridad y afecto.

En el caso que sea un adolescente quien vive la experiencia de la enfermedad de un familiar se debe explicar claramente lo que quiera saber de la enfermedad y animarlo a hacer preguntas de lo que está viendo y oyendo desde que se inició con la situación en el hogar, comparta sus sentimientos para que él comprenda que no es malo sentir dolor o preocupación y exprésele y explíquele que sus emociones son normales.

Cuando la muerte del familiar se acerca.

En la medida en que el enfermo terminal va perdiendo su autonomía y aumentando su dependencia, la situación se vuelve más compleja y determinar los límites entre la responsabilidad de los profesionales en salud y la responsabilidad de la familia se vuelve más confusa. Las demandas del paciente son permanentes y el riesgo de cometer un error en el proceso de cuidado son cada vez mayores o al menos así lo perciben los familiares quienes muy temerosos, manifiestan su sentimiento de incapacidad y utilizan argumentos para evitar la realización de diversas tareas las cuales designan al personal de atención.

En algunos casos los miembros de la familia acceden a que el paciente sea llevado al hogar mientras que otros prefieren que continúe al cuidado del personal de salud hasta el final de sus días. Esta decisión genera puntos de vista diferentes entre los miembros de la misma familia, provocando discusiones en la búsqueda de lo mejor para su familiar. Según Gómez (2012) frente a este proceso, no existe una fórmula mágica sobre el "qué hacer", pues todo dependerá de la historia familiar y de las particularidades que tengan para determinar el direccionamiento que le darán a este momento que marca a cada familiar que vive la experiencia.

Cuando se llega al momento de la muerte de un familiar, no se cambiarán emociones, afectos o actos previos si en vida no se trabajó para ello; por lo que en todos aquellos momentos en los cuales el ser querido le permita acercarse y expresar sus emociones, aprovéchelos ya que son una oportunidad única para establecer un lazo de amor sin apegos que permitirán que tanto quien muere como quien acompaña tengan la sensación interna de que pueden despedirse y aceptar el dejarse de sentir físicamente sin remordimientos.

Otro factor que se debe tener en cuenta es que quien está en proceso de morir escoge al que lo acompaña en el momento de cese de sus funciones corporales, algunos lo hacen muy rodeados, otros incluso solos por lo que no se desgaste buscando estar todo el tiempo con su familiar ni se sienta mal si no fallece en su presencia, simplemente esté al lado, y cuando lo haga, entregue todo su amor. Simplemente siga su corazón, si quiere elevar una plegaria, colocar música, callar, no se cohíba.

No se desgaste tomando decisiones médicas en este punto, hable con su médico o el coordinador del grupo de apoyo desde antes para prever las situaciones por venir y enfóquese en acompañar.

Si lo desea, no tema en pedir apoyo espiritual, sin importar su credo, pero no imponga sus creencias a quien muere si en vida no las compartieron, permita que sea quien parte el que elija su espiritualidad.

Por último, Gómez, (2002) plantea que es el momento más apropiado para despedirse sin dejar heridas entre ambos, o sin esperar nada a cambio, más que la sensación interna de crecimiento.

Referencias Bibliográficas

- Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer. IARC. (2016). Cáncer en Latinoamérica, nuevo informe. *Medscape*.
- Araya. C. (2006). Estrés del cuidador de un enfermo terminal. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: salud Familiar y Comunitaria y promoción. La Serena.
- Cortés. F., Abian. L y Cortes. H. (2003). Adaptación psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. *Psicooncología*; 0 (1): 83-92.
- De Pina. R. (2005). *Diccionario de Derecho*. Editorial Porrúa: México.
- Gómez. J (2002). La familia y la enfermedad en fase terminal. Asociación Antioqueña de Cuidados Paliativos (AACPASIS): Medellín.
- Ministerio de Salud (2015). Encuesta de Salud, Bienestar y envejecimiento. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Encuesta-SABE-sera-base-para-formular-politica-de-envejecimiento-y-vejez-en-Colombia.aspx>
- Ministerio de salud y Protección social (2016). *Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Novellas. A y Pajuelo. M (SF). Cuidados paliativos. La familia de la persona enferma. SECPAL. Guías médicas.
- Muñoz. J.M., Espinosa. J., Portillo M.A. y Benítez. M. A. (2002). Atención a la familia. Serie Cuidados paliativos. *Aten Primaria* 2002. 30 (9): 576-680
- Oliva. E. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*. ISSN 1692-8571, Vol. 10 No 1. Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1a02.pdf>

Popa R., G. (2017). *Alternativa evaluativa de las capacidades físicas de los adultos mayores en la comunidad* (Master's thesis, Facultad de Cultura Física).

Vargas. J.E., Ricardez. V y Elizarras. J. (2012). Condición emocional del cuidador primario de un familiar con demencia senil: la necesidad del apoyo mediante un servicio de salud de cuidados paliativos. Centro Regional de Investigación en Psicología. Volumen 6. Número 1, pag 43-49. Recuperado en:

http://www.conductitlan.net/centro_cenregional_investigacion_psicologia/76_demencia_senil_cuidadospaliativos_familiares.pdf

5

EXPERIENCIAS DE UN MODELO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD CON JÓVENES PARTÍCIPES EN LA DINÁMICA DE VIOLENCIA URBANA

CITA ESTE CAPÍTULO

Torres, Juan C. & Salcedo, Marco A. (2020). Experiencias de un modelo de atención psicosocial en salud con jóvenes partícipes en la dinámica de violencia urbana. En Obando Cabezas, L. & Ordoñez, E. (Eds. científicos). *Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud* (pp. 136-160). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

CAPÍTULO V

EXPERIENCIAS DE UN MODELO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD CON JÓVENES PARTICÍPES EN LA DINÁMICA DE VIOLENCIA URBANA

Juan Carlos Torres

Universidad del Valle

Orcid: <https://orcid.org./0000-002-7655-2253>

Marco Alexis Salcedo

Universidad Nacional de Colombia, Sede Palmira

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0444-703X>

Hay que dejar atrás todo el drama de la ira y el perdón para forjar actitudes que en verdad sustenten la confianza y la reconciliación... El amor ciertamente supone nunca pedir perdón... se caracteriza mejor por su generosidad

Martha Nussbaum

Introducción

En el siguiente texto se exponen las características y algunos de los logros obtenidos en un programa de intervención psicosocial realizado por un grupo de psicólogos integrantes de un equipo interdisciplinar en salud de una ONG internacional. Este programa fue un proyecto de rehabilitación integral y prevención de la violencia compuesto por psicólogos, trabajadores

sociales, enfermeras, fisioterapeutas y educadores en salud que estaba dirigido a la atención de personas lesionadas en hechos de violencia urbana, fundamentalmente jóvenes habitantes de un sector popular de Cali, Colombia.

En el texto se destaca la importancia de implementar procesos de intervención en salud pública desde una perspectiva psicosocial y por fuera de las instituciones hospitalarias, preferiblemente en las zonas donde habitan las personas a intervenir, como estrategia para transformar las realidades sociales que están ocasionando la problemática en salud y como medio para desarrollar intervenciones individuales más pertinentes y efectivas.

El Profesional de la Salud en Misiones Comunitarias.

Según lo plantea Michel Foucault en 'El nacimiento de la clínica' la medicina moderna ha fijado su fecha de nacimiento hacia los últimos años del siglo XVIII (Foucault, 1985). Es el momento en que nace la medicina como una ciencia positiva, resuelta a abandonar las quimeras que produce la imaginación y la especulación para empezar ahora a escuchar a la razón y a los hechos. A partir de esa fecha, la medicina sólo accede a la experiencia de la enfermedad desde el conocimiento fisiológico y al interior de las instituciones hospitalarias recién creadas. El prestigio que adquiere la medicina en el siglo XIX entre las ciencias de la vida le permite constituirse en el modelo disciplinario paradigmático de todas las nuevas profesiones en salud que surgen en ese siglo y en el posterior. La psicología, la enfermería y la fisioterapia, inician su quehacer profesional desarrollando sus intervenciones clínicas entre los laboratorios y los consultorios que se encuentran adscritos a un hospital, tal cual como en la fecha lo hacía la medicina. En los hospitales, decía Vicq d'Azyr en un artículo de 1805 titulado "Abus du dictionnaire de Medecine" (Citado por Foucault, 1985), las enfermedades y la muerte ofrecen sus grandes lecciones. En los hospitales se escribe la historia de los males que afectan a tantas víctimas, se enseña el arte de observar y de tratar las enfermedades y se fundan las cátedras de medicina clínica.

Los progresos obtenidos por las ciencias médicas a fecha de hoy -sin duda-, tienen relación con esa concentración de recursos humanos, físicos y de conocimientos que propició la institución hospitalaria, pero tal logro implicó recusar la inédita conciencia política que la medicina había comenzado a consolidar en las décadas anteriores al nacimiento de la clínica moderna. Antes de que las prácticas profesionales en salud se convirtieran en un ejercicio clínico ordinariamente desarrollado al interior de un hospital, existió, según Foucault (1985), una medicina de las epidemias cuyo análisis clínico no se imponía como tarea reconocer la forma general de la enfermedad, situándola en el espacio abstracto de la nosología, sino reconocer el proceso singular, en este momento de tiempo, en este lugar del espacio, que la forma mórbida tejía y que la diferenciaba de otras epidemias. Dice Foucault:

[En la medicina de las epidemias], el espacio médico puede coincidir con el espacio social, o más bien atravesarlo y penetrarlo enteramente... [En tal sentido], no habría medicina de las epidemias, sino reforzada por una policía: vigilar el emplazamiento de las minas y de los cementerios, controlar el comercio del pan, del vino, de la carne; sería menester que después de un estudio detallado de todo el territorio, se estableciera, para cada provincia, un reglamento de salud para leerse en el sermón o en la misa, todos los domingos y fiestas, y que hiciera referencia a la manera de alimentarse, de vestirse, de evitar enfermedades, de prevenir, de curar... (Foucault, 1985, p. 48).

La medicina de las epidemias enseñó que tales males tienen una individualidad histórica que debe ser incluido en el análisis clínico y al que infortunadamente la clínica institucionalizada accede a ella de manera muy parcializada. En el hospital, las ciencias de la salud escuchan preferentemente al homo natural que revela cualquier cadáver humano, no al homo social que vive en un entorno comunitario.

En el mundo hospitalario el sujeto enfermo es un paciente, no un ciudadano que vive en condiciones materiales concretas posibilitadas por un orden social específico. En cambio, en la medicina de las epidemias:

El lugar en el cual se forma el saber no es este jardín patológico en el cual Dios había distribuido las especies, es una conciencia médica generalizada, difusa en el espacio y en tiempo, abierta e inmóvil, ligada a cada existencia individual, pero, asimismo, a la vida colectiva de la nación (Foucault, 1985, p. 56).

Estas lecciones, estudiadas desde hace más de dos siglos, han dado origen en las últimas décadas a diversas propuestas al interior de las disciplinas de la salud que propugnan por realizar intervenciones profesionales por fuera de los tradicionales lugares de confinamiento en que se venían dando. Según lo relata Sánchez y Fuentes (2016), pese a que el desarrollo histórico de las ciencias de la salud ha estado ligado a las instituciones hospitalarias, en la actualidad existen varios modelos de atención externa que buscan solventar las dificultades derivadas de la sobreocupación hospitalaria, los riesgos que supone el internamiento hospitalario y el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas. Entre las propuestas de atención externa que cabe destacar se encuentran las misiones sanitarias temporales en el barrio, en zonas rurales o en territorios marginados, programas de hospitalización domiciliaria, proyectos comunitarios de atención en problemáticas específicas de salud y programas de atención en casa como Home Care. En efecto, Sánchez y Fuentes (2016) señalan que limitaciones como la pobre capacidad de atención en salud en las áreas rurales, la alta derivación de los usuarios pertenecientes a zonas urbanas marginadas a instituciones de salud centrales en la ciudad para la prestación adecuada de servicios, la reducción dramática de camas hospitalarias en el mundo, por ejemplo en Europa, en donde se pasó de contar con 7.5 camas por 1000 habitantes a mediados de los años 90 a 2.5-3 camas por 1000 habitantes en mediciones realizadas en el año 2005 (Sánchez y Fuentes, 2016), o el colapso de las salas de urgencias y la remisión de usuarios a instituciones de mayor nivel de complejidad para la resolución de patologías por profesionales especializados, todos estos factores han llevado al retorno de la asistencia sanitaria externa del paciente, tal como se daba en el tiempo preexistente a la institución hospitalaria.

El punto por destacar sobre este retorno de la atención por fuera del hospital es que las mismas intervenciones en salud implican una comprensión distinta de las problemáticas de las personas,

precisamente porque demandan la adquisición de la conciencia política que indicó Foucault era característica de la medicina intrahospitalaria. En el caso particular de la psicología, la búsqueda de diversas estrategias en salud pública para la transformación de las problemáticas sanitarias que enfrentan muchas comunidades ha llevado a muchos profesionales de la psicología a adoptar modelos psicosociales en sus propuestas de intervención.

En la abundante literatura que hay al respecto (Estrada, Ripoll, & Rodríguez, 2010; Lira, 2010; Moreno y Díaz, 2016, Estrada, Ibarra & Sarmiento, 2003) se afirma que los modelos biopsicosociales de intervención buscan potenciar las tres esferas que enmarcan la actividad humana: La física, psicológica y social (Organización Mundial de la Salud, 2013), reconociendo así las necesidades de la población, al igual que los recursos y formas de afrontamiento que adopta la comunidad para resolver sus dificultades.

Desde este modelo se reconoce la importancia del acompañamiento interdisciplinar (Estrada, Ripoll & Rodríguez, 2010) en la cual cada una de las profesiones participantes deben generar herramientas que permitan la atención integral de todo sujeto con padecimientos orgánicos vinculados a problemáticas sociales. Sería ese un modelo de atención con enfoque diferencial, que propicia la caracterización de las particularidades subjetivas del individuo que participa en la intervención considerando su ciclo vital, género, pertenencia a grupos étnicos, discapacidad, tipo de lesión orgánica y procedencia geográfica.

Este sería un modelo de atención que se propone como alternativa de intervención para las instituciones y organizaciones que abordan problemáticas de salud pública, usualmente conducidas en sus praxis profesionales por discursos en salud que desconocen la dimensión social, jurídica y política en que se inscribe la vida humana. Varias ONG internacionales han desarrollado proyectos de ayuda social a países afectados por problemáticas sociales con modelos de atención en salud pública que cuestionan los procesos de intervención individualizante cuyo fin último es procurar la cura y rehabilitación de las enfermedades físicas, sin posibilitar la elaboración psicológica o social de los antagonismos sociales que las han causado.

Dichas organizaciones no gubernamentales usualmente operan por fuera del contexto hospitalario, pues son conscientes de las limitaciones que tienen los modelos de comprensión biomédicos que se cultivan al interior de los hospitales, los cuales afianzan una lectura privada del padecimiento de los sujetos, en contraste con el potencial que poseen los modelos de intervención externos, por definición psicosociales, en los que las heridas, los padecimientos y lesiones físicas de un individuo no son discernidas solo como afectaciones de su tejido corporal sino también como símbolos, mensajes y memorias de las lógicas de relación que operan en la sociedad (Obando, Salcedo y Correa, 2017).

Un error común de la medicina intrahospitalaria ha sido creer que la evolución orgánica de un padecimiento fisiológico no revela la historia psicológica o la situación del hombre en el mundo. La visión psicosocial da crédito al hombre mismo, y no a las abstracciones sobre la enfermedad, analizando las formas concretas que puede tomar la experiencia de un padecimiento orgánico en la vida psicológica de un individuo. La forma en que un sujeto acepta o rechaza su enfermedad, la forma en que la interpreta y da sentido a sus formas más absurdas revela conflictos y contradicciones con el entorno en que vive el sujeto. Una enfermedad no supone meras alteraciones fisiológicas que afectan a un individuo; sus manifestaciones generan reacciones conflictivas con su hábitat que ponen al descubierto las estructuras de exclusión social que se cierne sobre la sociedad actual.

De esta manera, por fuera del contexto hospitalario, resulta obvio para los profesionales de la salud que las afecciones orgánicas no son meras entidades naturales incrustadas en las personas; son realidades sociales, reivindicaciones políticas, injusticias y modos inadecuados de tramitar conflictos sociales, que requieren intervenciones psicosociales aptas para la construcción de tejido social y el fortalecimiento de la identidad colectiva como mecanismos de contingencia que refuerzan la integración social, desde la pretensión de minimizar los impactos negativos, los factores de exclusión y la revictimización de sujetos en situación de vulnerabilidad física, social o psicológica (Beristain 2008).

La Violencia como Problemática de Salud Pública.

La violencia es -sin duda- un problema de salud pública (Ramírez, 2006; Franco y Forero, 2002; Franco, 1997; Camacho y Guzmán, 1990; Concha, 2002; Ibáñez-Rojo, Díaz del Peral, y Moreno 2004; Barney y Guizado, 1990), que en el contexto social urbano actual en Latinoamérica representa una situación compleja y desconcertante tanto político como socialmente (González, 2013), al haberse convertido en un mal cotidiano presente en casi todas las sociedades latinoamericanas contemporáneas" (Cruz, 1999).

La violencia no es sólo un hecho inmediatamente observable y generalmente trágico; es, como lo había señalado años atrás la organización panamericana de salud, todo el conjunto de condiciones que la hacen posible, de formas de manifestarse, de hechos en los cuales se concretiza, de consecuencias directas e indirectas y que implican tanto a los agentes como a las víctimas. Es decir, la violencia es un proceso y no un hecho aislado, existiendo, en consecuencia, diversos tipos, momentos, formas e intensidades de violencia (Organización panamericana de Salud, 1990).

Malvezzi había subrayado años atrás (2004) que la acción humana es producto de la estructura de condiciones que la interacción social crea como contexto para un individuo. La lógica de una acción se revela al reconocerse en la dimensión social un campo de fuerzas en el cual actúan expectativas colectivas, intenciones e intereses individuales, cosmovisiones culturales, papeles e identidades posibles para los sujetos. Esta comprensión de la acción humana nos permite afirmar que la violencia es un producto histórico, complejo, contradictorio e inacabado que tiene como finalidad reproducir un orden social específico, por lo que su concreción es tanto material como simbólica (Luna, 2013).

En el caso puntual de la violencia urbana, más que obedecer a propósitos particulares de los individuos o a formas disruptivas de reaccionar ante el conflicto, responde a un origen social general, vinculada, según lo menciona Camacho y Guzmán (1990), al proceso de construcción de las urbes modernas. Dicho origen

otorga al Estado un nivel importante de responsabilidad en la problemática. En la forma como se concreta el estado en las comunidades existentes en Colombia se podría entonces identificar las causas de la violencia urbana, sus diferentes modalidades, sus formas concretas de expresión, sus agentes y sus víctimas, sus consecuencias e implicaciones (Camacho y Guzmán, 1990).

La violencia en contextos urbanos se desarrolla con una alta participación de jóvenes en prácticas de agresión con armas letales. Ciertamente, estas prácticas son más frecuentes en contextos donde los jóvenes obtienen del Estado pocas garantías de bienestar social, lo que hace de la violencia un modo efectivo de lograr ascenso social y acceder a los bienes de consumo que en el sistema capitalista se promueven masivamente como los deseables. Sin embargo, también es una alternativa en otros escenarios donde las enemistades son un componente importante del prestigio social (Arévalo, 2010), por lo que la violencia es igualmente un modo de lograr respeto ante los demás, de resolver los conflictos que tienen en su vida diaria, y de organizar los vínculos sociales.

La violencia implica una modalidad de ser establecida por factores sociales que no hacen de los sujetos pertenecientes a los sectores más pobres los más expuestos y dispuestos a este tipo de relación. La violencia se puede considerar una institución cultural, una cosmovisión con sus características propias, en la cual son socializados un grupo amplio de personas, que habitan en diferentes escenarios urbanos, que van desde las zonas más marginadas de la ciudad hasta los sectores que acumulan mayor riqueza económica.

En este mundo de la violencia, por definición amorfo y sin localización urbana específica, se toman decisiones de acuerdo con ciertos reglamentos que son constitutivos de esta variedad cultural. Este mundo contiene estrategias, discursos implícitos, en ocasiones no claramente formulados, astucias que en últimas no son de nadie pero que son vividas por muchos y aseguran el funcionamiento y permanencia de sus mecanismos. Estar ahí para agredirse mutuamente parece constituirse en una forma de vínculo social de muchos, determinando las posiciones psicológicas que van asumir, desde la elaboración del sentido de pertenencia a un grupo de amigos y la defensa consecuente de su proceso identitario, como

un modo de encontrarle gusto por la vida en el riesgo que corren todos los días por sobrevivir.

La violencia que se ha enquistado en las zonas urbanas latinoamericanas la viven y la ejecutan especialmente jóvenes pertenecientes a un entorno comunitario marginal que ha hecho de la violencia un componente estructurante del reconocimiento social. En su entorno marginal están claramente definidas todas las dimensiones posibles de la problemática: Las prácticas de violencia que son aceptables y aquellas que no lo son; los discursos que las personas pueden articular alrededor del hecho de violencia, es decir, qué pasó, por qué pasó, quién lo hizo; y las formas de enfrentar sus consecuencias y los daños sufridos.

Ahora bien, los procesos de intervención psicosocial que se adoptan con la población directamente afectada por la violencia urbana adoptan una estructura de percepción que reconoce las consecuencias de este problema social como suscitadas por un orden colectivo que torna a todos víctimas y responsables de lo que acontece. Víctimas en tanto se convive en un contexto en el que no resulta fácil sostener la creencia de que la sociedad en que se vive se dan ciertas seguridades garantizadas por medios distintos a la violencia. Y responsable porque se integra una sociedad en la que pocos dialectizan un orden social general que ve en la violencia una práctica aceptable y que explicaría, por qué en el caso colombiano, nuestro país haya estado ostentando las tasas de homicidio más altas y persistentes del continente americano desde finales del siglo XX.

Finalmente, cabe señalar que la intervención psicosocial demanda una perspectiva de la resiliencia psicológica (Colmenares, 2002), que enfatiza en la capacidad subjetiva de sobrevivir y sobrellevar las adversidades y desarrollar las competencias necesarias para responder asertivamente a una situación problema, siendo agente activo de su propio proceso de cambio y adaptación y a pesar de las experiencias atroces que pueda haber vivido el sujeto (Iglesias, 2010; Estrada, Ripoll & Rodríguez, 2010; Obando, Salcedo y Correa, 2017). Implica reconocer a los sujetos un estatuto de sobreviviente que le permita pasar de narrativas de odio y de victimización a las de historias con mejor forma, en las que ha resultado viable la construcción

de nuevas redes sociales que facilitan el empoderamiento de los recursos debilitados o nunca adquiridos en el proceso socialización en la cultura de la violencia.

Todo lo anterior son coordenadas que se consideran centrales para el desarrollo de una la intervención psicosocial a personas que han vivido en entornos con problemáticas sociales de violencia.

Descripción del Contexto y del Modelo de Intervención.

Cali ha sido una ciudad gravemente afectada en las últimas cuatro décadas por problemas de violencia urbana, especialmente en el sector conocido como Distrito de Aguablanca (DAB). Esta zona administrativa de Cali cuenta con una población de más de 800.000 habitantes que representan más de la cuarta parte de la ciudad. Los estratos socioeconómicos son 0, 1, 2 y 3, es decir, un amplio espectro de condiciones económicas que agrupan desde personas que viven en las calles, pasando por los habitantes de invasiones con construcciones en madera, sobre pilares típicos del Litoral Pacífico, y viviendas subnormales hechas con esterilla y barro, hasta casas en ladrillo sin repellar y otras, completamente terminadas.

Aproximadamente el 50% de la población es de clase económica baja, un 20% vive en la pobreza absoluta y el resto son de clase media-baja; su composición étnica es plural: inmigrantes de la Costa Pacífica, del sur o del interior del país, quienes llegaron a la ciudad en busca de una vida mejor (Cfr. Salcedo, 2010; Cuenca, 2016). El índice de desempleo durante el tiempo en que se realizó la intervención 2005-2010 era del 17% al 20%, uno de los más altos de la ciudad. El 65% son trabajadores independientes, el 27.97% son empleados y el resto son desempleados; la mayor parte de la población trabajadora se dedica a labores independientes como el comercio, el servicio doméstico y la economía informal o el rebusque.

El ingreso económico promedio de los hogares es bastante bajo, limitando fuertemente sus posibilidades de mejora de la calidad

de vida, lo cual, al relacionarlo con la alta tasa de desempleo, los convierte en un grupo poblacional marginal cuya única opción de supervivencia la encuentran en la realización de actividades informales o ilícitas. Para dicha población, en especial la juvenil, conseguir empleo es una aspiración inasequible ya que son estigmatizados por el sector en que viven al considerárseles delincuentes o amigos de personas que realizan actividades delictivas.

Con el objetivo de dar una respuesta cercana a dicha problemática, se construyó e implementó una propuesta de intervención comunitaria desde una ONG médica internacional. Este programa inició su funcionamiento en junio de 1998 y fue transferido de la ONG a Secretaría de Salud Pública Municipal en junio del año 2004. Una parte del personal creador del programa permaneció en el servicio. La ONG promovía la ayuda humanitaria y desarrolla programas en 100 países, basando su trabajo en la intervención sobre la población afectada por desastres naturales y los provocados por sociedad civil. En Colombia había trabajado hasta el momento en 10 departamentos, favoreciendo el acceso a la salud a poblaciones vulnerables.

En Cali la organización implementó desde 1998 un programa de rehabilitación integral y prevención de la violencia con un enfoque psicosocial dirigido a la atención de personas lesionadas en hechos de violencia urbana, desarrollado en una sede ubicada en un barrio del distrito de Aguablanca. El servicio contemplaba trabajo social, fisioterapia, enfermería y psicología, contando también con promotoras en salud mental y promotoras comunitarias inscritas en un voluntariado acompañado por la ONG, los cuales en su gran mayoría realizaban sus intervenciones en la sede de la organización, pero en ocasiones, estas eran hechas en el domicilio de la persona atendida. El modelo era parte de una intervención transdisciplinaria en la que todos los funcionarios eran continuamente formados en el enfoque de la problemática, los principios básicos de la organización y la manera particular de relación e intervención con la población yendo mucho más allá de cada disciplina. Esto resultó ser uno de los elementos principales para poder acercarse a jóvenes que participaban en dinámicas de violencia urbana ya que permitió que el espacio institucional fuera reconocido como neutral para la

comunidad en general y para los jóvenes en particular, cuestión absolutamente central dado que, por lo general, estos continuaban las agresiones contra un joven de otro grupo al interior de los centros de salud.

Durante los seis años del programa se realizaron 33.910 consultas con 2964 usuarios. De estos el 89% fueron hombres y el 47% de la población estaba entre los 16 y 25 años. El programa centró sus actividades en las comunas 13, 14, 15 y 21 de Cali. Dichas personas habían resultado lesionadas en hechos de violencia en las calles del distrito de Aguablanca ingresando al programa, al principio por necesidad de atención en salud y luego por interés en los procesos institucionales de intervención psicosocial.

En el programa se incluyeron tanto las personas no involucradas activamente en las dinámicas de violencia urbana, como aquellas que desarrollan prácticas relacionadas con la violencia y que han sido lesionados por grupos rivales o en la consecución de actividades ilícitas. Esta distinción también recibiría el nombre de población activa para nominar a los victimarios, es decir, agentes partícipes en dinámicas de violencia urbana y población pasiva para nominar a las víctimas, o sea las personas que resultaron heridas al ser atracasadas o por balas perdidas, y que el hecho no lo implique como agente involucrado en dinámicas de violencia urbana.

Vale la pena resaltar que al interior del programa no se hicieron tales distinciones, obedeciendo al principio de neutralidad el cual buscaba favorecer la no estigmatización de la población. La captación de esta población en el programa de rehabilitación se realizaba de dos maneras. Primero, mediante visita de una promotora a los hospitales de nivel uno de atención como el Hospital Carlos Holmes Trujillo ubicado en el distrito de Aguablanca, de nivel dos como el san Juan de dios, Carlos Carmona y los Chorros y de nivel tres como el hospital universitario del Valle; y Segundo, mediante referencia por demanda espontánea o bien porque conocen el programa (ya han sido usuarios) o porque conocían a alguien que había recibido estos servicios.

Al ingreso eran valorados por los cuatro servicios: trabajo social psicología, fisioterapia y enfermería y posteriormente se les asignaba un horario de atención de acuerdo al proceso terapéutico

que requerían. La trabajadora social elaboraba la historia de vida y realizaba con el grupo una charla de derechos y deberes con el objetivo de plantearle aspectos básicos de la relación con la institución en términos de posibilidades, límites de acción y atención tanto de la población como de los funcionarios de salud. El taller de derechos y deberes buscaba ubicar al paciente y a sus familiares con respecto a la ONG y el proceso y su participación en la rehabilitación dentro del programa. En dicho taller se planteaban los principios de la organización que determinan los parámetros institucionales que rigen la acción humanitaria. Estos principios eran: humanidad, que asegura un trato digno, independencia de pensamiento, como condición necesaria para una acción humanitaria libre de cualquier presión política, económica y religiosa; imparcialidad, es decir no había discriminación en la atención prestada; neutralidad, no se toma partido por ninguna de las partes enfrentadas en el conflicto; proximidad, desarrollar nuestras actividades en contacto directo con la población, mediante la presencia del programa en las comunidades de intervención.

Posteriormente eran valorados por una enfermera y fisioterapeuta que determinaban el procedimiento curativo y educativo frente al tratamiento que se requería, esquematizando el plan de trabajo a seguir (protocolo de intervención: tipo de tratamiento, tiempos y horarios terapéuticos). La fisioterapeuta realizaba un diagnóstico de la lesión que era de dos tipos: lesión menor o lesión mayor. Las lesiones menores eran aquellas lesiones que no generaban discapacidad, es decir que no dejaban una lesión permanente. Este tipo de lesiones se presentan en el 81% de los usuarios del programa. Las lesiones mayores eran lesiones que generan una discapacidad tales como trauma raquímedular, trauma craneo encefálico, amputación y pérdida funcional permanente (corte de nervios periféricos). Este tipo de lesiones se presentan en el 19% de los usuarios del programa.

En psicología se aplicaba un protocolo teniendo en cuenta también el tipo de lesión antes mencionado; para las lesiones menores una sesión individual, se convocan a grupo psicosocial y, si ellos durante el proceso o posterior al mismo solicitan, una intervención individual de tres o cuatro sesiones. Con los lesionados mayores una o dos sesiones individuales, un proceso de inducción al paciente y/o

los familiares, charlas educativas, salida institucional y proceso de grupo llamado de apoyo, que tenía una duración de siete sesiones, según el protocolo de atención.

La intervención en psicología distaba un poco de la posición clásica; se consideró que, en el trabajo con jóvenes en alto riesgo, vale decir, jóvenes que carecen de soportes sociales, familiares y además que participan en pandillaje, delincuencia, sicariato, etc, el rol del facilitador o terapeuta no debía implicar una figura que ejerciera una autoridad estricta desde el supuesto equivocado que estos jóvenes carecían de normas. De este modo, para no entrar a trabajar desde un dispositivo grupal muy estructurado y normativo, que supliera las falencias que estos muchachos tuvieron en sus familias de origen, dio resultado formular con los jóvenes acuerdos grupales, los cuales, por un lado, surgían de las necesidades de ellos mismos, y por otro, permitían que cada uno los asumiera sin tener que rendirle cuentas a una autoridad externa. Esta estrategia resultó muy efectiva, ya que permitió que en los grupos se trabajara en un ambiente respetuoso, con posibilidades de asumir una forma particular de convivencia en la que los jóvenes de distintos barrios, grupos o pandillas se podían encontrar sin que ello derivara en enfrentamientos.

Resultó importante partir de sus propias vivencias para acompañarlos en sus procesos de reconstrucción vital y no tener respuestas previamente elaboradas, ni adoctrinamientos. Esto permitió que los jóvenes reconocieran las dificultades, posibilidades y responsabilidades presentes en ellos para hacerle frente a sus desafíos existenciales (Jiménez, Rubio y García 1987). Esto fue importante ya que el propio sujeto, a su vez que enunciaba su forma particular de comprender su vivencia de los hechos de violencia urbana, lograba dar respuestas adaptativas que le permitían, a su modo y ritmo, reponerse y volver a su vida cotidiana; respuestas relacionadas también con sus propias necesidades vitales. La clave del trabajo terapéutico fue entonces trabajar desde el reconocimiento de las propias capacidades de los jóvenes, el respeto por las experiencias y los conocimientos que ellos tienen y comprender sus prácticas cotidianas. En ese sentido, la escucha de las quejas y manifestaciones emocionales permitieron que las personas hicieran una "denuncia" privada de las diferentes circunstancias de las que han sido víctimas

y de los diversos actores sociales que los han colocado en una condición de mayor vulnerabilidad social. Igualmente, mostró que a pesar de condiciones sociales muy adversas se dan expresiones de resiliencia comunitaria frente a los fenómenos de violencia urbana, la cual es de gran importancia, dado que se constituye en un recurso colectivo de afrontamiento ante situaciones adversas (Hernández, Meneses y Moreno, 2016).

El rol como psicólogo de un programa con un enfoque psicosocial demandó que hubiera diálogo de saberes, discusiones, reconocimiento de conflictos entre los participantes para que, a partir de esa dinámica, pudieran confrontar sus experiencias y puntos de vista. Debido a las características tan heterogéneas de los grupos en cuanto a escolaridad y capacidades intelectuales, desde el principio se observó que metodologías que implicaran escritura o lectura no eran las apropiadas. Los mejores resultados se vislumbraban con actividades que implicaran representaciones hechas a través del dibujo, de gráficas, de fotos o dramatizados.

Desde este encuadre clínico y contexto institucional se realizaron las intervenciones psicológicas, que bien se ejemplifican con los siguientes dos casos que a continuación se presentan.

Presentación de Casos; Procesos, Conflictos Y Resoluciones.

Caso 1.

En una ocasión un joven a quien se llamará Jorge llegó al consultorio bastante angustiado, seis meses después de haber egresado del programa; este joven ingresó al programa con un trauma raquimedular producto de un enfrentamiento con una "Liebre", término empleado para referirse al enemigo y cumplió con todas las sesiones del protocolo de atención para lesionados mayores. En el primer periodo de tratamiento él no se había cuestionado su particular modo de relacionarse con los otros, tan solo hablaba de su mujer y de su deseo para que se le ayudara a quitarle el vicio (marihuana). Ella entre tanto denunciaba a otros profesionales del

programa el tipo de trato que le daba su marido. Dicho joven me dijo, al solicitar su reingreso al programa, que necesitaba hablar conmigo; empezó el relato diciendo "yo como que soy violento oís. vengo porque la violencia me quita lo que más quiero, primero mis piernas, ahora a mi mujer...". Comienza así a hablar de su condición relacional, aludiendo a ella en términos de referentes familiares y del contexto barrio, marcados por la fuerza y el maltrato como forma de la relación hombre-mujer: "Es que yo desde niño he visto que así se tratan a las mujeres, mi papá lo hacía con mi mamá, los pelaos del barrio con las hembras". Manifiesta a su vez no saber de qué otro modo tratarlas, aunque comienza a decir que con las mujeres del programa (funcionarias) es distinto y que él se quedaba impresionado de ver como se relacionaban hombres y mujeres en la institución.

Posteriormente en otra sesión, unas semanas después, viene a decir que va a matar a su mujer, palabras que muy posiblemente enunciaban la posibilidad de un acto. Se le dice a manera de interrogar su enunciado "¿que le quieres decir?". Él comienza a descargar en detalle una serie de reclamos y quejas sobre la posible infidelidad de ella con él. Se tomó media hora para decir lo que tenía por decir. Cuando él guarda silencio se continúa diciéndole: "¿y cómo se lo vas a decir?" ... Él responde con una gran carga de angustia: "no se mano... ayúdeme", ante lo cual se le dice "qué se te ocurre"; Jorge responde: "no sé... una carta... ¿o qué?, ¿vos qué decís?". En el acto a Jorge se le pasa papel y lápiz y comienza a tratar de escribir, experimentando muchas dificultades, dando vueltas sin poder concretar. Cada vez que mostraba la carta la leía, y se le indicaba que aún no estaba todo lo que había dicho en consulta. Al final, logra verter todo el contenido de lo que había dicho verbalmente en su escrito, notándose mucho menos agresivo que al principio, aunque inquieto por el posible efecto que esta carta podía traer.

En la sesión siguiente inicia contando que la ha embarrado. Explica que lo que le habían dicho sobre su mujer había resultado mentiras, le habían informado mal, pero que él ya le había entregado la carta. Como devolución se le dijo: "bueno, te equivocaste con una carta". A lo que él contesta: "uy si, que tal que la hubiera matado".

En los siguientes días narra con detalle los eventos en que terminó herido en la columna, detalles que no había manifestado anteriormente. Cuenta que, por defenderse del agresor, "la liebre", disparó matando a una señora del frente. Luego, en una sesión de grupo de apoyo, conoce a un señor con una situación similar, que tuvo un trauma raquímedular al haber resultado herido por una bala perdida. Tras escuchar la historia de este señor comenta visiblemente conmovido ante el grupo: "Uy mano, uno de pelao (joven) no piensa en lo que hace y va disparando sin ver que pueden quedar heridas personas que no tienen que ver en el asunto". En las sesiones individuales finales comenta que en días previos le dijo en tono de autoridad a unas chingas (preadolescentes a portas de entrar a pandillas), que se encontraban peleando con cuchillo, sobre las nefastas consecuencias de la violencia en el cuerpo al hablar de su propia historia; así, les dice "miren cómo terminan si creen que con violencia resuelven la pelea". La última vez que fue visto Jorge en el programa declaró estar en un proceso de cambio, cuyas transformaciones no se pudieron luego contrastar.

Caso 2

El segundo caso es el de otro joven a quien se le llamara Luis. Dicho joven ingresó al programa por una herida en su pierna ocasionada por un arma de fuego, sufriendo una fractura en la tibia y el peroné. Tuvo que utilizar unos tutores externos. Su apariencia física era la de una persona que vive en la calle, con un pasado de conductas delincuenciales. El modo de relación de este joven con el otro era el de "quitarle algo"; zapatillas, gorras, dinero, la vida misma, entre otras. El escenario terapéutico transdisciplinar se plantea como objetivo cuestionar tal modo de relación mostrándole que puede pasar a "pedir algo al otro" para obtener lo que necesita -a la enfermera gasas, al fisioterapeuta atención terapéutica y al psicólogo escucha-, en vez de tener que quitarlo.

Al principio de la intervención él le contaba a la enfermera detalles de su relación amorosa y los desatinos que pasaba, pues ambos eran consumidores de sustancias psicoactivas. Durante un largo periodo asiste durante varias sesiones a los dos tipos de grupo, el de lesionados menores y al de lesionados mayores. En uno de ellos

el grupo le confrontaba por su posición tan fría frente a hechos que lastiman a personas. En concreto, la situación fue que tras el relato de una joven que había sido herida por una granada que le lanzaron unos jóvenes de una pandilla a su casa en la madrugada y que contaba que afortunadamente la habían lanzado al tercer piso y no al segundo donde había más gente, Luis reaccionó al relato de la joven diciendo: “estos pelaos tan bobos, en vez de lanzarlo al segundo donde había más gente”. El grupo lo interpela, tratando de hacerle caer en cuenta que eso hubiera ocasionado algo más grave. Pero Luis replica ¿y esa no era la vuelta, pues? Su interpretación sigue centrada en el objetivo de destrucción específico que implicaba la intención del agresor.

En otra ocasión la enfermera le pregunta por su relación con su novia diciendo que si él solo la quería para *trin* -expresión típica del contexto que significa copula- o si quería algo más. Este interrogante puso a pensar al sujeto más allá de lo inmediato, llevándolo a reflexionar sobre su proyección de vida. A los pocos días un nuevo hecho hace presencia en el devenir de la vida de este joven. Su novia había sido violada al ir a conseguirle droga al joven a un barrio de enseguida, esto lo afectó muchísimo, pues se sentía culpable y con ganas de vengarse de quien lo hizo. Comenzó a referirse a la droga como causante de muchos de sus conflictos. En este momento la responsabilidad se reflejaba en tres puntos, en el violador, en la droga y en él mismo como efecto de su forma de vida.

Posteriormente en un taller en el que se empleaba como recurso de intervención una película llamada “amores perros”, sucedió otro aspecto especial pues en la historia hay un señor que es sicario y convive con muchos perros recogidos de la calle. En la película el sicario recoge un perro rootwailler que encuentra abandonado, que resulta ser tan agresivo que le mata los otros perros por lo que el señor procede a matarlo. En ese instante Luis interpela la escena que está observando, con gran exaltación, gritando “pero como lo vas a matar si ese man es como vos” (un asesino). Esta reacción de identificarse con un ser vivo que iba a ser asesinado contrastaba fuertemente con lo que narraba en los inicios del proceso. Luis contaba que cuando no podía dormir salía a matar al que primero apareciera diciendo posteriormente una frase justificadora del

acto “pobre huevón. Siquiera descansó ya; no va a sufrir más”. Este comentario posiblemente denota una doble condición; una, la de sufriente y la otra, la del apaciguador o ajusticiador. Y para él, si alguno de los dos tenía que descansar definitivamente, su elección iba a ser el otro.

En un taller de lesionados mayores manifestó que estaba en un dilema, no sabía si irse o quedarse pues lo estaban buscando para matarlo. Alguien del grupo lo interpela y le dice: “y vos qué querés; ¿vivir o que te maten?” Luego de este taller por vez primera pide hablar conmigo en privado. Me cuenta su historia personal marcada por un odio recalcitrante al padre pues este lo había echado de la casa cuando él era apenas un niño y había tenido que aprender a vivir en la “ley del más fuerte”. Le recriminaba también a su padre de haber sido alguien que maltrataba a su madre. Narró cómo una vez casi que logra matar a su padre. Tras esta sesión el joven no volvió al programa. Luego se supo que había decidido irse para un centro de rehabilitación en donde le dieron posada por un mes. En su nuevo entorno su posición subjetiva había variado de nuevo, pasó ahora a “venderle algo al otro”. Se le vio nuevamente en la institución un día que pasó queriendo vendernos unas velas de incienso y comentó que “ahora me gano la vida de este modo”. En otra ocasión se le vio a Luis en la institución. Estaba recolectando ropa para una fundación que trabajaba con niños de la calle, él se había vinculado a esta fundación como voluntario. Ahora su posición subjetiva era “Hacer algo por el otro”. Lo último que se supo de Luis fue cuando se encontró con el fisioterapeuta; le contó que estaba trabajando en una empresa reconocida en la ciudad. El fisioterapeuta le preguntó que dónde vivía y que si continuaba con su novia. Luis le contestó que se había ido del sector y había terminado su relación con la novia argumentando que para poder cambiar había que cortar con algunas cosas del todo.

Conclusión.

El tipo de trabajo clínico que se realizó con estos jóvenes, desde una perspectiva psicosocial y en la zona donde ellos viven, con todos los riesgos e inconvenientes que implicaba, mostró lo equivocada que ha sido la percepción colectiva sobre estos jóvenes inmersos en problemas de violencia como sujetos inadaptados. El conocimiento de su entorno enseñó que sus actos de violencia, más que producto de un comportamiento desviado, podrían caracterizarse como un tipo de comportamiento conforme, explicable desde una cierta dinámica de grupos y compulsión de roles que permiten desplazamientos valorativos sin que medien relatos de conciencia o sentimientos de culpa por transgredir el tabú de hacer daño físico a otro.

Las teorías psicológicas clásicas sobre la violencia han supuesto que esta es un fenómeno que se encuentra determinado por déficits o excesos constitucionales del sujeto: desde el criminal atávico de César Lombroso, un infrahumano incapaz de integrarse a la sociedad y muy cercano a un animal salvaje, pasando por el criminal neurótico inundado de sentimientos de culpa descrito por Sigmund Freud, hasta el antisocial de los psicólogos del desarrollo que ubican al hombre violento como una persona marcado por un déficit notorio en la capacidad para modular sus emociones, especialmente su ira, debido a una debilidad de su yo para regular sus estados emocionales, o a una carencia en su carácter de la conciencia moral.

Ambos casos conducirían al sujeto a una irrupción desmedida de agresividad cada vez que se siente afrentado. Por último, cabe mencionar las teorías sociológicas al respecto que hacen de los sujetos que participan en actos de violencia criminales o delincuentes que requieren programas de resocialización para ser sacados de la senda del crimen en que se encuentran. Estos modelos explicativos han conducido a que se conciben a las personas involucradas en problemas de violencia como sujetos esencialmente diferentes de los que no son violentos. Según esto último, en el individuo violento se observan mecanismos psicológicos y sociales que son notoriamente distintos a los de las personas que no han estado al margen de la ley. Sin embargo, las perspectivas psicosociales muestran que la violencia es un fenómeno en el que no hay procesos atrofiados o no dados,

sino que se encuentra determinado por los mismos mecanismos y procesos de socialización que nos han estructurado a todos nosotros.

Considerar la violencia desde esta perspectiva conlleva a que se examine la concepción de justicia en la que han sido socializados un grupo de personas. La intervención psicosocial interroga por el tipo de sujeto político que son los jóvenes que viven en contextos urbanos y fija un derrotero en la acción terapéutica en la que se invita a los jóvenes a buscar un bien colectivo como condición necesaria para sobrevivir. Esta invitación se hizo en los procesos de intervención que se realizaron en la ONG desde cierta generosidad y espíritu no inquisitivo que no llevaba el registro de todas las faltas y delitos cometidos por los jóvenes.

El Programa obtuvo -en general- resultados positivos, en consonancia con los resultados alcanzados con programas similares en otros contextos sociales y culturales. Se puede dimensionar el potencial que tienen estos programas externos de atención en salud mental, haciendo una mención especial a un programa de salud mental europeo llamado Terapia de Diálogo Abierto. Según lo explicaba su creador, Jaakko Seikkula, profesor de psicoterapia de la Universidad de Jyväskylä, Finlandia, este programa fue impulsado en Laponia Occidental, una región al norte de Finlandia con una población de unos 70.000 habitantes que registró durante la segunda mitad del siglo XX uno de los índices de esquizofrenia más elevados de Europa (EL PAIS, 2016). De acuerdo con Seikkula, la terapia de Diálogo abierto ha sido una propuesta de intervención que procuró desde el inicio evitar aplicar medicación neuroléptica y antipsicótico para todos los casos de pacientes diagnosticados con esquizofrenia. A cambio de medicamentos, ofertó ayuda psicosocial y psicoterapéutica en la casa de los pacientes, adonde acudía un equipo de dos o tres facultativos, entre personal médico y de enfermería. El programa ha aspirado evitar la cronicidad otorgándoles "voz y voto" a los pacientes sobre su tratamiento y proporcionándoles "un asidero a la vida" junto con la familia (EL PAIS, 2016). Los logros que reporta la sanidad tras la aplicación continuada de la Terapia de Diálogo Abierto en Laponia Occidental son: solo se registran dos o tres nuevos casos de esquizofrenia cada año en la región, un 90% menos respecto a principios de los ochenta. El 80% de pacientes con psicosis se muestran "asintomáticos" a los cinco años y la misma proporción trabaja, estudia o busca empleo

mientras que solo el 20% reciben pensión por discapacidad. Durante el proceso, dos tercios no recibieron medicación y a largo plazo apenas un 30% siguen tomando neurolépticos o antipsicóticos (EL PAIS, 2016).

La forma de proceder del programa en salud mental que se implementó en Finlandia difiere poco del programa que se desarrolló en esta parte de Colombia. Aunque los resultados finales obtenidos en Cali no implicaron la modificación radical de la violencia que se da en el distrito de Aguablanca, los sorprendentes resultados obtenidos en otras partes del mundo con estos programas de atención de salud mental invitan mínimamente a los profesionales de la salud pública de Colombia a diseñar, implementar y sostener intervenciones en entornos externos a instituciones hospitalarias.

Al recorrer el profesional de salud las mismas calles que caminan todos los días las personas afectadas por problemáticas sociales tan complejas como la violencia urbana los beneficiarios de estos programas logran más fácilmente entender que si quieren escapar a la sed de sangre y de muerte deben recurrir a los vínculos de confianza y a las emociones de generosidad amorosa que caracterizan a una familia en sus mejores momentos (Nussbaum, 2018). El equipo profesional en salud que desarrolló este programa de atención en el distrito de Aguablanca de Cali fue en ocasiones su familia, seres externos a su mundo marginal que con valentía y generosidad se adentraron en su barrio para atenderlos.

La calle es y siempre será el lugar de las incertidumbres, de las estructuras imposibles de establecer o de encontrar, de la lucha, del conflicto de intereses, de la oposición de puntos de vista, de la fuerza, del poder y de la sobrevivencia (Salcedo, 2008). Ninguna intervención psicosocial va a cambiar esa realidad conflictiva que la caracteriza, pero si puede conminar a un sujeto a que problematice lo que acontece en la casa en que vive, que va desde el barrio concreto donde habita hasta el planeta donde se ha dado la vida conocida. La expectativa es que esa problematización, pueda conducir al sujeto a que tome mejores decisiones conforme a un proyecto de vida personal que inevitablemente requerirá de la colaboración y participación de muchos otros para que pueda concretarse.

Referencias Bibliográficas

- Arévalo N. (2010). Atención y reparación psicosocial en contextos de violencia sociopolítica: una mirada reflexiva. *Revista de Estudios Sociales*, (36), 29-39. Recuperado Abril 3, 2016, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2010000200003&lng=en&tlng=.
- Beristain, C., (2008). Diálogo Sobre La Reparación. Experiencias en el sistema interamericano de derechos humanos. Tomo 2. San José, Costa Rica. Instituto interamericano de derechos humano.
- Barriga, S. (1991). Psicología ¿Para qué? sobre los modelos de intervención psicológica. *Papeles del psicólogo*, 50.
- Barney, A. G., & Guizado, A. C. (1990). La Violencia Urbana En Colombia: Síntesis de un estudio exploratorio en una ciudad colombiana. *Boletín Socioeconómico*, 42 (20).
- Camacho, A y Guzman A. (1990) La violencia urbana en Colombia. Síntesis de un estudio exploratorio en una ciudad colombiana. *Boletín socioeconómico*, 20: 42-55.
- Colmenares, M. E. (2002). *Resiliencia: Sus valores psicológicos y socioculturales*. En E. Sánchez, C. Balmer, M. Colmenares, L. Balegno, A. Mejía, M. Olaya, y M. Villalobos (ed), *La resiliencia: responsabilidad del sujeto y esperanza social* (págs. 21-46). Cali, Colombia: CEIC Rafue
- Concha, A. (2002). Impacto social y económico de la violencia en las Américas. *Biomédica*, 22, 347-61. Recuperado en 10 de mayo de 2010, de [doi:http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v22iSupp2.1185](http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v22iSupp2.1185)
- Cuenca, J. (2016). Los jóvenes que viven en barrios populares producen más cultura que violencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 141-154.
- Cruz, J M (1999). La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. *Pan American Journal of Public Health*, 5 (4/5), 259–267
- El País (2016). ""Hay que sacar la psiquiatría del hospital y

- llevarla a la calle". Madrid, España. Recuperado en 10 de Agosto de 2017, de https://elpais.com/elpais/2016/12/05/actualidad/1480971307_531156.html
- Estrada, Á., Ibarra, C., & Sarmiento, E. (2003). Regulación y control de la subjetividad y la vida en el contexto del conflicto armado colombiano. *Revista de Estudios Sociales* (15), 133 - 149.
- Estrada, A., Ripoll, K., & Rodríguez, D. (2010). Intervención psicosocial con fines de reparación con víctimas y sus familias afectadas por el conflicto interno en Colombia: Equipos psicosociales en contextos jurídicos. *Revista de Estudios Sociales* (36), 239-247.
- Franco S (1997). Violencia y salud en Colombia. *Revista panamericana de Salud Pública*, 1:93-103
- Franco S y Forero LJ (2006). Salud y paz en un país en guerra: Colombia, año 2002. En: Franco S (ed), *La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública*. (pp. 555-83), Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Foucault, M. (1985). El nacimiento de la clínica. Ciudad de México, México. Siglo veintiuno editores.
- González, F. (2013). Espacialización de la violencia en las ciudades latinoamericanas: una aproximación teórica. *Revista Colombiana de Geografía*, 22 (1), 169 – 186.
- Hernández, E.; Meneses, B.; Moreno, N (2016). La resiliencia comunitaria en contextos de violencia urbana. *Revista de Psicología GEPU*. 7 (2): 24-46.
- Iglesias, E. L. L. (2010). Memoria y Resiliencia: Estudio de la memoria de las víctimas del conflicto armado en el departamento del Magdalena: precertificación visibilización, catarsis y resiliencia. *Revista Prolegómenos. Derechos y Valores de la Facultad de Derecho*,13(25), 95-109.
- Jiménez, S. B., Rubio, J. M. L., & García, M. F. M. (1987). *Intervención psicosocial: el individuo y la comunidad, agentes de su propio bienestar*. España: Hora.
- Lira, E. (2010). Trauma, duelo, reparación, Memoria. *Revista de estudios sociales*, 36: 14-28
- Moreno, A.; Diaz, M, (2016). Posturas en la atención psicosocial a

- víctimas del conflicto armado en Colombia. *AGORA*, 16 (1), 193- 213.
- Nussbaum, M. (2018). *La ira y el perdón*. Ciudad de México, México. Fondo de cultura económica.
- Obando, L., Salcedo, M. y Correa, L. (2017). La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública. *Psicogente*, 20 (38): 382-397.
- Organización mundial de la salud (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Washington, Estados Unidos. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización panamericana de Salud (1990). La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la Región. *Boletín epidemiológico*, 11 (2). Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/32605/8387.pdf?sequence=1>
- Ramírez, J. C. (2006). La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción mexicana. *Salud pública de México*, 48 (2). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800012
- Salcedo, M. (2008). Una reflexión crítica sobre ciudad educadora. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 6 (2): 91- 107.
- Salcedo, M. (2010). *Cali. Educación, identidad y comportamiento ciudadano en el espacio público*. Cali, Colombia, Editorial bonaventuriana.
- Sánchez, M:A: y Fuentes, G:P: (2016). Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario. *Revista CES Salud Pública*,7 (2)

ACERCA DE LOS AUTORES

Lucely Obando Cabezas

Psicóloga egresada de la universidad del Valle, colombiana, Magister en Salud Pública de la Universidad del Valle, Miembro del Colegio Colombiano de Psicólogos COLPSIC. Con amplia experiencia en Psicología clínica en el ámbito hospitalario y en la docencia, realizando supervisión de práctica profesional en el área Clínica, directora de varios proyectos de investigación en Psicología Clínica y de la salud. Actualmente docente de la Universidad Libre seccional Cali, en el programa de Psicología y de la universidad de San Buenaventura Seccional Cali, en la facultad de Psicología. Investigadora integrante del grupo "Investigación y acción psicosocial en violencia, desastres y construcción de paz": PSIDEPAZ de la universidad libre, autora en los últimos años de varios artículos publicados en revistas indexadas A y B.

Correo electrónico: *lucelyo@gmail.com*

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

Edward Javier Ordóñez

Magíster en Filosofía. Filósofo y Psicólogo. Docente dedicación exclusiva de la Universidad Santiago de Cali. Categorizado como Investigador Asociado por Colciencias (Colombia). Líder del grupo de investigación Humanidades y Universidad.

Correo electrónico: *javier.ordonez00@usc.edu.co*

edward.javier11@gmail.com

Orcid: *<https://orcid.org/0000-0003-4803-0340>*

Marco Alexis Salcedo Serna

Psicólogo, licenciado en filosofía, con maestría en filosofía y doctorando en psicología social en la Universidad Autónoma de Madrid, España. Profesor asociado Universidad Nacional de Colombia, sede Palmira. Investigador junior Colciencias (2018), perteneciente al grupo de investigación "Grupo de estudios neoinstitucionales", Universidad Nacional, Palmira. Director de varios proyectos de investigación sobre psicología y ciudad y sobre formación profesional en administración de empresas. Publicaciones en los últimos años: "*Los parques: sus usuarios y su sentido social en la vida urbana. Una mirada desde los usuarios típicos de dos parques de la ciudad de Cali*" en Revista De Antropología Y Sociología; "*Transcendencia y propósitos de «Historie de la folie» de Michel Foucault*", en Revista de psicología Gepu; "*La cuestión de lo político en el psicoanálisis*", en Revista Psicogente; "*La comprensión filosófica de Georges Canguilhem del concepto de subjetividad en el texto: ¿qué es la psicología?*" en Con-textos; y "*La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública*" Revista Psicogente.

Correo electrónico: masalcedos@unal.edu.co

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0444-703X>

Jéssica López Peláez

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

Correo electrónico: jessica.lopezpelaez@gmail.com

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

Ana Marcela Uribe Figueroa

Psicóloga Colombiana con Maestría en Psicología Clínica y Especialización en Evaluación y Tratamiento en Trastornos emocionales y Afectivos. Miembro del grupo de investigación Salud y Calidad de vida de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Profesora tiempo completo con actividades de docencia en pregrado y en la maestría de psicología de la salud, de investigación y de supervisión de práctica profesional. Con experiencia docente en diferentes universidades en Bogotá y más de 12 años haciendo psicoterapia a adolescentes y adultos con diferentes problemáticas que afectan su calidad de vida. Conferencista nacional e internacional en temas de promoción de la salud mental y prevención de conductas inadecuadas en la adolescencia, desarrollo afectivo, modelos de psicoterapia para atención a adolescentes, evaluación psicológica y conducta ética del psicólogo.

Correo electrónico: ana.uribe@javerianacali.edu.co

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2768-3433>

Juan Carlos Torres

Psicólogo colombiano egresado de la universidad del valle con maestría en psicología cultural. Profesor en la Universidad del Valle en pregrado y en la Universidad San Buenaventura en la especialización en atención psicosocial a víctimas y sobrevivientes. Trabajó en una ONG médica internacional humanitaria por 19 años como psicólogo clínico y social, así como coordinador de equipos de salud mental en contextos nacionales (Valle del Cauca: Cali y Buenaventura; Norte de Santander; Caquetá y Nariño) e internacionales (Palestina, Sudán del Sur y Ecuador). Ponente en diversas presentaciones; Intervención psicológica en emergencias y desastres naturales en la Universidad CESMAG, San Juan de Pasto, 17 de Noviembre de 2017; presentación de un modelo de intervención en salud mental dirigido a víctimas de violencia sexual y conflicto armado en Norte de Santander en un foro en Cúcuta-Colombia en Octubre 2009; experiencias en la forma de intervención con jóvenes partícipes en la dinámica de violencia urbana en un congreso internacional en Panamá en noviembre de 2004; efectos psicológicos en personas discapacitadas en hechos de violencia urbana. Foro Nacional sobre discapacidad y violencia

en Colombia. 18 de Junio de 2004 en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle; presentación del modelo de intervención Psicosocial en rehabilitación integral y prevención de violencia urbana. XLII Congreso Colombiano de Psiquiatría. PENSAR LA PSIQUIATRÍA. Octubre 9 al 12 de 2003. Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Correo electrónico: *jucafloyd@yahoo.es*
Orcid: *<https://orcid.org./0000-002-7655-2253>*

PARES EVALUADORES

Universidad de Córdoba

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6467-5790>

Edisson Duarte Restrepo

Universidad de Cartagena

Adriana Correa Bermúdez

Corporación Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones médicas CIDEIM

Alexander Luna Nieto

Fundación Universitaria de Popayán
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9297-8043>

Alexander López Orozco

Universidad de San Buenaventura
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0068-6252>

Carlos Andrés Rodríguez Torijano

Universidad de los Andes
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0401-9783>

Carlos David Grande Tovar

Universidad del Atlántico
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6243-4571>

Ingrid Paola Cortes Pardo

Pontificia Universidad Javeriana
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0282-0259>

Jean Jader Orejarena Torres

Universidad Autónoma de Occidente
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0401-3143>

John James Gómez Gallego

Universidad Católica de Pereira
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6685-7099>

Juan Manuel Rubio Vera

Servicio Nacional de Aprendizaje Sena
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1281-8750>

Margaret Mejía Genez

Universidad de Guanajuato
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5142-5813>

María Alexandra Rendón Uribe

Universidad de Antioquia
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1062-6125>

Willian Fredy Palta Velasco

Universidad de San Buenaventura
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1888-0416>

Yenny Patricia Ávila Torres

Universidad Tecnológica de Pereira
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1399-7922>

Diana Milena Díaz Vidal

Universidad de San Buenaventura

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6428-8272>

Marco Antonio Chaves García

Fundación Universitaria María Cano

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7226-4767>

Nelson Jair Cuchumbé Holguín

Universidad del Valle

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9435-9289>

Ángela María Salazar Maya

Universidad de Antioquia

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7599-1193>

Diseño de carátula

Diana María Mosquera Taramuel
Cel: 3217563893

Diseño y diagramación

Juan Diego Tovar Cardenas,
Universidad Santiago de Cali
Tel. 5183000 - Ext. 322
Cel. 301 439 7925

**Distribución y Comercialización /
Distribution and Marketing**

Universidad Santiago de Cali
Publicaciones / Editorial USC
Bloque 7 - Piso 5
Calle 5 No. 62 - 00
Tel: (57+) (2+) 518 3000
Ext. 323 - 324 - 414
✉ editor@usc.edu.co
✉ publica@usc.edu.co
Cali, Valle del Cauca
Colombia

Este libro fue diagramado utilizando fuentes tipográficas Lora en sus respectivas variaciones a 11 puntos para el cuerpo del texto, y Gilroy a 20 puntos para los títulos. Se Terminó de imprimir en diciembre en los talleres de SAMAVA EDICIONES E.U. POPAYÁN - COLOMBIA 2020
Tel: (2) 8235737

Fue publicado por la Facultad de Salud y Comunicación y Publicidad de la Universidad Santiago de Cali.

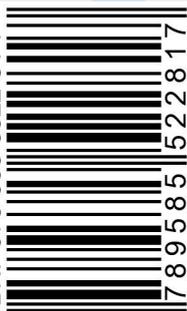
El libro parte del supuesto general de que la inclusión de la figura del psicólogo en el sistema institucional sanitario del país es un logro que no termina de concretarse. Situaciones como la baja, irregular o nula contratación de psicólogos en unidades de atención hospitalaria del país que requieren indiscutiblemente la participación de un profesional de la psicología como en pediatría, trauma, cirugías, urgencias, cáncer, ginecología, entre otras unidades, la frecuente reducción del campo de acción profesional del psicólogo en los hospitales, clínicas y centros de salud a los espacios de consulta externa para intervenir pacientes ya egresados de hospitalización, la poca participación e inclusión de psicólogos en comités asesores de políticas de salud pública y en equipos ejecutores de planes corporativos de mejora de la atención institucional, la habitual supeditación de la intervención del psicólogo a un paciente interno en un medio hospitalario a la autorización o remisión del médico de turno de la unidad, y la poca formalización y evaluación de los protocolos de atención psicológica en las unidades de salud donde la presencia del psicólogo es constante, todas esas situaciones lo que vienen a indicar es que en los entornos de la sanidad pública los psicólogos todavía no tienen claramente reconocido un lugar indiscutible y vital.

VIGILADA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN



EDITORIAL

ISBN: 978-958-5522-81-7



9 789585 522817