



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Apuntes de Psicología Hospitalaria

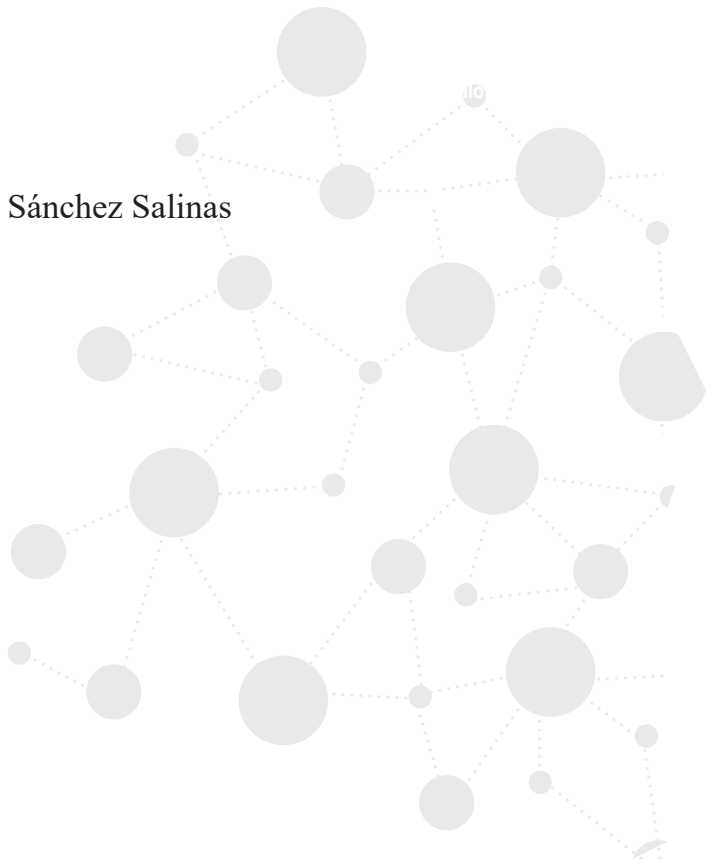


Marco Vinicio Sánchez Salinas

Apuntes de Psicología Hospitalaria

Apuntes de Psicología Hospitalaria

Marco Vinicio Sánchez Salinas



UNL



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Nikolay Aguirre, PhD
Rector UNL

Elvia Zhapa Amay, PhD
Vicerrectora Académica

Max Encalada, PhD
Director de Investigación

Apuntes de Psicología Hospitalaria

Autor:

Marco Vinicio Sánchez Salinas

Revisión Par Académico:

Claudia Torres Montesinos
María Aranzazu Cisneros Vidal

ISBN: 978-9942-671-16-5

Editorial Universitaria

Universidad Nacional de Loja
Ciudad Universitaria Guillermo Falconí, Loja - Ecuador
Contacto: comision.editorial@unl.edu.ec
Teléfono: +59372593550

www.unl.edu.ec
Septiembre, 2025
Loja, Ecuador



Índice General

Prólogo.....	xi
Introducción.....	13
Capítulo 1.....	15
1. Generalidades de la atención psicológica en pacientes hospitalizados.....	15
1.1. Introducción a la psicología hospitalaria.....	15
1.1.1. El hospital como institución.....	16
1.1.2. Antecedentes de la psicología en el hospital.....	17
1.1.3. Institución hospitalaria.....	22
1.1.4. El paciente hospitalizado.....	24
1.2. Fundamentos científicos de la psicología hospitalaria.....	26
1.2.1. Prevención de posibles problemas psicológicos.....	27
1.2.2. Psicodiagnóstico.....	27
1.2.3. Psicoterapia.....	27
1.2.4. Asesoría y orientación psicológica.....	27
1.2.5. Competencias del psicólogo hospitalario.....	28
1.2.6. Principales tareas del psicólogo hospitalario.....	31
1.2.6.1. Limitaciones del psicólogo en el ámbito hospitalario.....	32
1.2.6.2. Propuestas de acción para el desarrollo de la psicología hospitalaria.....	32
1.3. La evaluación psicológica en el ámbito hospitalario.....	32
1.3.1. Habilidades básicas del psicólogo en el ámbito hospitalario.....	38
1.3.2. La formación de los profesionales de la salud: la contribución del psicólogo hospitalario.....	42

1.3.3. Counselling: un enfoque de apoyo emocional y acompañamiento psicológico	46
1.4. El entorno en el ambiente hospitalario	51
1.4.1. La colaboración de la familia y del profesional de salud mental con los profesionales de la medicina	52
1.4.1.1. Medicina familiar	53
1.4.2. La eficacia de la colaboración	54
1.4.2.1. Consulta centrada en el paciente del médico	55
1.4.2.2. Consulta centrada en el facultativo	56
1.4.2.3. Consulta centrada en el programa	56
1.4.2.4. Consulta centrada en los problemas administrativos del consultante	57
1.4.3. Principios o estrategias que orientan la intervención psicosocial con las familias	60
1.4.3.1. Intervención	62
1.4.3.2. La curación	64
1.5. Alteraciones estructurales dentro de la enfermedad en un contexto familiar	66
1.5.1. Alteraciones estructurales	66
1.5.1.1. Rigidez en los patrones de interacción familiar	67
1.5.2. Alteraciones de proceso	68
1.5.3. Alteraciones de la respuesta emocional y cognitiva	70
1.5.3.1. Estrategias de intervención	72
1.5.4. Estrategias en la definición de las condiciones de trabajo	73
1.5.5. Estrategias de creación de la relación	73
1.5.6. Estrategias de intervención familiar	76

Capítulo 2.....	83
2. Intervención psicológica en pacientes hospitalizados.....	83
2.1. Atención psicológica pre y post operatoria.....	83
2.2. Propósitos y objetivos de la intervención psicológica pre y posoperatoria.....	90
2.3. Psicoprofilaxis quirúrgica	91
2.3.1. Técnicas y recursos utilizados en psicoprofilaxis quirúrgica.....	92
2.4. Intervención psicológica en una unidad de dolor	93
2.5. El “puzzle” del dolor	95
2.6. Técnicas motoras	96
2.7. Adecuación de las quejas de dolor.....	96
2.8. Técnicas cognitivas.....	97
2.9. Técnicas cognitivas y fisiológicas para el tratamiento del dolor	97
2.10. Algunas consideraciones importantes sobre el dolor.....	99
2.11. Intervención psicológica en pacientes con diferentes patologías.....	108
2.11.1. Intervención psicológica en pacientes amputados.....	108
2.11.2. Intervención con pacientes oncológicos	116
2.11.3. La psicooncología y el papel del terapeuta.....	122
2.11.4. Áreas de intervención del psico-oncólogo y funciones	123
2.11.5. Generalidades	124
2.11.6. Prevención	124
2.11.7. Tratamientos psico-oncológicos	124
2.11.8. Psicoterapia grupal y grupos de apoyo.....	124
2.11.9. Evaluación y diagnóstico.....	125

2.11.10. Intervención en pacientes con VIH.....	128
2.11.11. Características del curso y evolución del VIH.....	137
2.11.12. Intervención clínica en casos de VIH.....	141
2.11.13. Intervención psicológica en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).....	144
2.11.14. Impacto de UCI en los familiares del paciente crítico	146
2.11.15. Factores que generan estrés en los familiares del paciente de UCI.....	156
2.11.16. Atención psicológica en cuidados paliativos.....	158
2.11.17. Los cuidados paliativos	159
2.11.18. Evaluación y diagnóstico.....	161
2.11.19. Tratamiento.....	163
2.11.20. Atención psicológica al acompañante y familiares..	165
Bibliografía	174

Prólogo

La atención integral que se brinda al paciente deriva de una serie de componentes que la conforman. Uno de los aspectos fundamentales, y a los cuales se le ha restado la importancia que se merece, es la psicología hospitalaria, misma que se encarga de la salud mental de los pacientes en un entorno médico, direccionada a tratar el impacto emocional de las enfermedades físicas.

La psicología hospitalaria favorece la adaptación del paciente al diagnóstico, tratamiento y recuperación, optimizando así su calidad de vida. Además, brinda asistencia al personal médico, proporcionando instrumentos para sobrellevar el malestar emocional de los pacientes, promoviendo una comunicación efectiva entre pacientes, familiares y el equipo de salud, fomentando una atención integral que toma en cuenta tanto los aspectos físicos como emocionales de la salud.

La psicología dentro del entorno hospitalario fue concebida para atender las necesidades emocionales de los pacientes en estado de hospitalización, quienes se enfrentan a situaciones de estrés, temor y ansiedad, donde se derivan diversas situaciones como: enfermedades terminales, atención psicológica pre y posoperatoria, tratamiento psico-oncológica, impacto de UCI en familiares de pacientes críticos, entre otros.

Con el paso del tiempo, la psicología hospitalaria ha expandido su enfoque, reconociendo que el bienestar psicológico tiene una influencia directa en la recuperación física y en la adherencia a los tratamientos médicos, lo que promueve una mejora en la calidad de vida y resultados más beneficiosos para la población.

El presente libro establece la importancia del psicólogo dentro del campo hospitalario, así como sus competencias y limitaciones. Al definir con claridad el campo de acción del psicólogo, también resulta importante fomentar la investigación psicológica hospitalaria.

Se identificarán diversos elementos vinculados con la evaluación psicológica en el contexto hospitalario, incluyendo la implementación de entrevistas, métodos complementarios de evaluación, determinación de metas terapéuticas y técnicas de intervención. Además, se destacarán algunos exámenes ampliamente empleados en el contexto hospitalario que examinan diversas áreas y situaciones que complementan la observación conductual.

Anabel Larriva Borrero

Agosto 2024

Introducción

La psicología hospitalaria no solo engloba a los pacientes, sino también se reconoce el ambiente hospitalario, pues desde siempre hemos tenido la idea de que un hospital está ligado a algo que genera estrés, ansiedad y una serie de emociones que no solo afectan al individuo, sino igualmente a su entorno y algo más importante al desarrollo salud-enfermedad. Para mejorar este factor, el hospital y sus trabajadores intentan suavizar esta perspectiva; por ejemplo, vemos adornos muy llamativos en el área de pediatría, para poder lograr que los pacientes generen herramientas que ayuden a responder adecuadamente en su proceso de enfermedad, y los encargados de generar aquello son los psicólogos hospitalarios.

Estudiar Psicología Clínica marca nuestros intereses en el ámbito profesional; en algunos casos hacemos visitas a centros hospitalarios en donde acompañamos al psicólogo o al interno de psicología en sus actividades. En este recorrido, nace en nosotros cierto interés por conocer más allá de la enfermedad de un paciente hospitalizado, sus emociones, su personalidad y su capacidad intelectual que determinan el comportamiento que evidenciamos... Luego, con el pasar de los años y los conocimientos académicos, algunos tenemos la suerte de realizar el internado, pasantías o prácticas en estos ambientes hospitalarios, donde planteamos esas expectativas al desarrollo de nuestras capacidades. Muchas veces con temor, nerviosismo e inseguridad se nos van presentando situaciones donde tenemos que poner en práctica lo aprendido y generar recursos que le sirvan al paciente a encontrar mejoría a pesar de su situación; en ese momento nos vamos convirtiendo ya en profesionales. Es así mi caso donde tuve la fortuna de trabajar aproximadamente 5 años en un hospital, lugar en el que aprendí a enfrentar la realidad que vive el paciente hospitalario, y no solo eso, a enfrentar el entorno laboral desafiante que se genera y conocer lo que viven los trabajadores dentro de él.

Por eso, desde hace años atrás nace el interés por enmarcar aquellas herramientas que sirvan para la atención psicológica hospitalaria. En realidad, desde mi punto de vista, el psicólogo hospitalario debe cumplir características que a lo mejor ningún otro profesional de la salud mental tiene, como pasar de jugar con niños para poder hacer un tamizaje, asesorar para la toma de muestra de un examen y acompañar en los más duros momentos en la vida de una persona. Esto le convierte en un profesional multidisciplinar e interdisciplinar desde cualquier perspectiva.

Es importante mencionar que, el COVID 19 sin duda nos dejó una infinidad de situaciones dolorosas para toda la humanidad, pero debemos rescatar que nos hizo dar cuenta de lo que puede llegar a sufrir los profesionales de la salud, sin duda, los médicos, enfermeras y personal que labora en un hospital también requieren atención, sufren las consecuencias de un sistema de salud que muchas veces va en su contra, pacientes con patologías y personalidades complicadas, el ambiente generado en el hospital y un sinnúmero de complicaciones que hacen necesaria la intervención con este personal, y el Psicólogo Hospitalario es el encargado de generar estos recursos necesarios en este personal tan importante.

A través de este ejemplar, se trata de resumir la importancia de cada uno de los ambientes en donde se desarrolla la atención hospitalaria, conceptos que son básicos para entender las funciones a cumplir, algunos aspectos históricos que nos harán entender las actividades a cumplir y por supuesto, un acercamiento a las funciones que tiene el psicólogo hospitalario. Por ello, trato de englobar en el primer capítulo las generalidades de la psicología hospitalaria, y en un segundo capítulo el desarrollo de la atención hospitalaria, enfocada en los pacientes que más acuden a la atención hospitalaria en nuestro entorno y que de una u otra manera necesitan nuestra guía, asesoría e intervención.

Capítulo 1

1. Generalidades de la atención psicológica en pacientes hospitalizados

1.1. Introducción a la psicología hospitalaria

En lo que respecta a la psicología hospitalaria, “abarca la atención psicológica proporcionada en los servicios médico-sanitarios de los hospitales a pacientes con problemas de salud” (Cuellar, 2024, p. 113). Un hospital, analizándolo desde la parte estructural, es un edificio que nunca cierra, incluso podríamos decir que no llega la noche, porque las luces están prendidas siempre y existe claridad. Además, está en constante movimiento de médicos, enfermeras, personal de salud, así como el de limpieza, independientemente de la hora, se encuentran en actividad. Desde este punto de vista, ya podemos darnos cuenta de la repercusión que tendrá un paciente que ingresa a un hospital en cualquiera de sus áreas, evidentemente también la parte psicológica, pues interviene directa o indirectamente todo el personal del hospital.

Indistintamente de la causa por la que ingrese un paciente, el solo hecho de entrar al hospital genera incertidumbre en ellos, desde el chequeo médico más general hasta el control de una enfermedad catastrófica. Es por ello que la figura del psicólogo cobra mucho interés en el área hospitalaria, aunque aún existan mitos y creencias erróneas sobre la función que cumple el personal de salud mental, cada día es más evidente la necesidad del trabajo psicológico en todas las áreas en donde se desempeña el ser humano, más aún en el afrontamiento de una enfermedad.

1.1.1. El hospital como institución

Además de saber en dónde trabajo, qué actividades voy a desarrollar, cuáles son las funciones que voy a cumplir en el puesto a desempeñar, es muy importante tomar en cuenta que el hospital es una institución. La institución hospitalaria como dimensión de trabajo de la psicología hospitalaria, abarca dos niveles fundamentales de ejecución de las tareas que se tienen en cuenta en la organización de los servicios psicológicos en los hospitales: el primero sería la observación y referencia a la institución como ámbito y el segundo representa la actuación sobre los procesos y peculiaridades del ámbito institucional (Zas, 2016).

Señalando el primer punto, debemos tener claro que cada hospital funciona de acuerdo a los lineamientos de los sistemas nacionales. En nuestro país estas instituciones tienen una misma organización para hospitales generales o para los hospitales básicos, se basa en una misma estructura que el psicólogo hospitalario debe conocer para adecuarse al entorno en donde se va a desempeñar y conocer cómo funciona el hospital.

Además, al hablar de una institución hospitalaria dimensionamos distintas complejidades, de tal manera que podemos recibir un paciente que acude a control o chequeo médico, así como un caso de urgencia, teniendo en cuenta que pueden existir una diversidad de tratamientos y funcionalidades.

En el hospital también se desarrollan actividades administrativas que permiten que las actividades médicas se puedan realizar. Cada uno de esos procesos administrativos deben ser de total conocimiento por parte del psicólogo hospitalario, de manera que pueda desarrollar sus actividades apegadas a la funcionalidad de la institución.

Como se mencionaba anteriormente, el hospital está en constante actividad, por lo que es muy común que el psicólogo hospitalario pueda participar de algunas actividades, como, por ejemplo: ayudar a trasladar un paciente, a la toma de muestras, a la administración de medicamentos. En esto recae la importancia de referirse a la institución hospitalaria como ámbito.

1.1.2. Antecedentes de la psicología en el hospital

Brasil es el primer país que inicia el trabajo de psicología hospitalaria en el nivel de salud, normando sus principales funciones. Cuba se convirtió en el primer país desde el año 1968 donde se reconoció a la psicología ocupando posiciones en el nivel de las políticas centrales de un Ministerio de Salud con la creación del Grupo Nacional de Psicología de Cuba como instancia asesora en el Ministerio Nacional de Salud Pública (MINSAP), con funciones normativas y de asesoría técnica, y donde, por primera vez se insertaron a trabajar los psicólogos en la atención primaria de salud en 1969 (Hernández y Grau, 2005).

Comparando la fecha de implementación del psicólogo en el hospital, podríamos analizar que es relativamente nuevo, por ello se manejan aún creencias erróneas y mitos acerca de la atención psicológica; inclusive algunos países han tenido que trabajar mucho para la implementación de psicólogos en los hospitales, por la falta de preparación de los profesionales de salud y desconocimiento de los protocolos de atención.

Gracias a la implementación de los psicólogos dentro de hospitales de Brasil y Cuba se van generando los espacios en otros países y regiones, poniendo funciones y tareas que deben cumplir, cómo determinar y evaluar rasgos de personalidad, condiciones intelectuales, aptitudes, interés de los pacientes, de manera que el trabajo en el ámbito hospitalario

sea más favorable para el paciente y para los trabajadores de salud, el psicólogo determinará en qué condiciones está el paciente, para dirigir la atención más adecuada para cada uno, enlazando los aspectos psicológicos con las enfermedades, colaborando con todo el personal de salud, de manera que la evaluación, diagnóstico y recuperación del paciente sea más eficaz.

Indudablemente, el trabajo del psicólogo dentro del hospital también se dirige a evaluar y diagnosticar patologías psicológicas y el tratamiento pertinente, así como la intervención con la familia, que muchas veces juega un papel fundamental en la recuperación del proceso.

La investigación no queda de lado en el ámbito hospitalario, puesto que es muy interesante descubrir cuáles son las patologías psicológicas predominantes en estos pacientes, de manera que permita mejorar la preparación científica, implementar herramientas y estrategias de intervención, así como la creación de protocolos de atención, dirigiendo estos conocimientos al entrenamiento de los psicólogos en formación, y la preparación de profesionales con una visión adecuada sobre este tema, reconociendo los límites a los que puede llegar en su trabajo terapéutico.

En el libro *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*, elaborado por Duque et al. (2005, p. 307), define que un psicólogo hospitalario puede y debe:

- Conocer los aspectos motivacionales y de comportamiento preventivo del hombre en su estado de salud: creencias, estilos de vida, redes de apoyo.
- Estudiar los aspectos psicosociales que intervienen en la aparición de la enfermedad “somática”, como las reacciones emocionales ante el estrés.

- Conocer las respuestas psicológicas ante la enfermedad y la hospitalización, reacciones ante situaciones de larga estadía, incapacidad y muerte.
- Manejar la historia clínica de los pacientes como fuente de información de diagnóstico, procedimientos médicos y observaciones del equipo de salud. Debe reflejar de manera comprensible en dicho documento el diagnóstico realizado y el proceder psicoterapéutico.
- Efectuará evaluación y diagnóstico psicológico de pacientes con las más diversas enfermedades.
- Realizará entrevistas necesarias a pacientes, familiares y personal de salud.
- Dirigirá y participará en diversas actividades de atención psicológica mediante manejo psicoterapéutico de diferente tipo (individual, grupal, de pareja) y con las más variadas modalidades psicoterapéuticas.
- Realizará grupos educativos con diversos grupos de enfermos para lograr una adecuada adaptación a la enfermedad y disminución de riesgos.
- Participará en las discusiones colectivas de casos en los servicios médicos.
- Participará en el proceso de rehabilitación de los enfermos.
- Desarrollará tareas de evaluación psicológica con fines de peritaje.
- Participará en estudios y tareas de educación para la salud que requieran de asesoría del psicólogo.

- Atenderá las dificultades emocionales del personal médico y de enfermería que trabaja con determinados grupos de pacientes y en diversos tipos de unidades asistenciales.
- Conocerá factores psicosociales que intervienen en la utilización de los servicios de salud, así como el nivel de satisfacción con los servicios recibidos y los evaluará.
- Conocerá factores psicosociales que intervienen en la prestación de los servicios de salud, tanto de la comunicación y relación médico-paciente como del equipo de salud y su vínculo con la satisfacción laboral.
- Tendrá en cuenta aquellos factores que favorecen o no la adherencia terapéutica a los tratamientos.
- Participará en la selección del personal, tanto de médicos como enfermeras, en aquellas áreas de trabajo que lo requieran.

Luego de reconocer estas tareas, el psicólogo hospitalario reconoce las actividades que realizará, así como también pone los límites de su actuar profesional, cuando intervenir, derivar y encontrar las herramientas adecuadas, y no solo al paciente hospitalario, sino también con el entorno familiar y con el personal de salud.

Dicho esto, no se le ha dado la importancia debida al estado anímico, psicológico y emocional de los trabajadores de la salud. Es a raíz de la pandemia por el COVID-19 que se regresa a ver y es aquí donde los psicólogos hospitalarios toman la batuta de la atención a los profesionales de la salud.

Cuando se aborda la psicología hospitalaria existen ciertas limitaciones, por ejemplo, que las tareas que se marcan en el ámbito hospitalario se derivan de la medicina, más no de la psicología específicamente, dando mayor énfasis al tratamiento médico, siendo raro en algunos casos la

intervención psicológica en la recuperación. Además, la tendencia de la psicología tiende a variar de acuerdo con la problemática que en ese momento esté con más prevalencia, lo que genera una visión cegada, así como los paradigmas que existen alrededor de la psicología, estigmas, mitos. Por ejemplo, si un psicólogo llega a visitar a un paciente hospitalizado simplemente por un control, probablemente el paciente genere una reacción de sorpresa o al menos se preguntará ¿por qué me viene a visitar?

Ante estas limitaciones, en Brasil la subcomisión de psicología hospitalaria del Consejo Regional de Psicología 06-CRP definió tres propuestas de acción para el desarrollo de la psicología hospitalaria (Chiattonne, 1991) las cuales se presentan a continuación en la Figura 1.

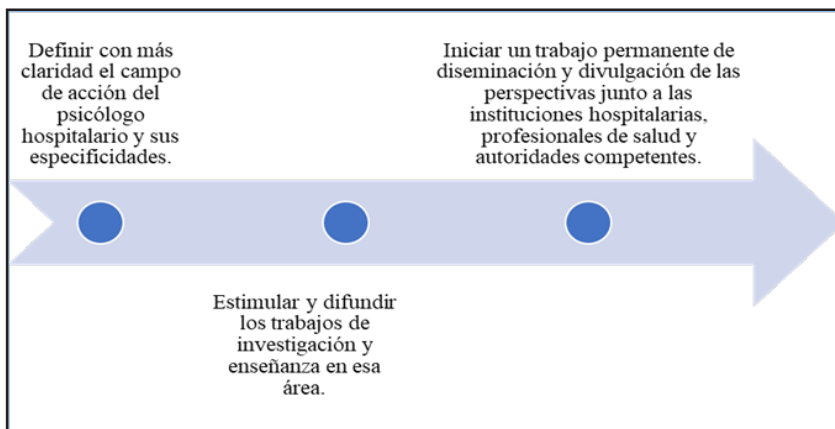


Figura 1. Elaboración propia, información tomada de *Propuestas de acción para el desarrollo de la psicología hospitalaria* por Chiattonne (1991).

Con esto, el psicólogo hospitalario debe organizar las múltiples actividades que desarrolla en la institución, ya que, por lo general, está encargado de varias áreas, por ejemplo, del área de emergencia, hospitalización y consulta externa y debe realizar intervención a nivel individual, grupal o de pareja dependiendo de los casos que se presenten.

Por ello, una organización correcta y eficiente del tiempo es clave para cumplir adecuadamente todas las actividades a desarrollar, sin descuidar acciones como promoción de hábitos saludables y prevención de enfermedades mentales que son claves en el área de salud, específicamente en salas de espera, auditorios o con grupos específicos. Todo esto fomenta en el psicólogo hospitalario un conocimiento más específico de ciertas áreas y actividades que le permiten ir identificando cuáles son los mecanismos más adecuados y apropiados para las distintas patologías, que mediante la investigación podrían formar espacios de generación de protocolos que sirvan a otros profesionales de la salud.

También, es muy importante que las actividades que realiza el psicólogo hospitalario no solo las conozca él y sus pacientes, sino que sean expuestas a las autoridades y personal de salud, de manera que el trabajo que se realiza por parte de los psicólogos se vuelva más estratégico y que se tenga conocimiento de las actividades que se pueden implementar a lo largo de un proceso de hospitalización por parte del departamento de psicología.

1.1.3. Institución hospitalaria

Tienen un alto nivel de complejidad en su organización, se caracterizan por ser unidades donde existen diferentes tipos de servicios.

Existen varios niveles de mando: médico, enfermería y administrativo.
Estructuración y organización del servicio de psicología

- Actuaciones junto al paciente;
- Actuaciones junto a la familia;
- Actuaciones junto al equipo de salud;
- Actuaciones en situaciones específicas.

Organización de los servicios psicológicos en los hospitales

El servicio de psicología brinda una metodología de acción coordinada que facilita la regulación, planificación y evaluación de todas las actividades realizadas y se debe tomar en cuenta que siguiendo esa línea existen algunos objetivos a cumplirse. Los mismos se detallan a continuación.

Objetivos fundamentales

- Contribuir a la integridad de la atención que brinda el hospital en todas las fases de evaluación psicológica.
- Contribuir al avance científico.
- Contribuir a elevar la satisfacción de la población con los servicios recibidos.

Funciones fundamentales

- Función diagnóstica, orientadora y evaluadora de pacientes.
- Posibilitar diagnósticos diferenciales de cuadros tanto psicológicos como psiquiátricos.
- Conocer la historia del paciente.
- Establecer pronósticos.

Indicadores esenciales que se exploran y reflejan

- Estado emocional general: autoestima, ansiedad, depresión, información acerca de la enfermedad y tratamiento, relación con su enfermedad.
- Secuelas emocionales del paciente.
- Temperamento emocional observado.
- Postura frente a su dolencia y a la vida.

- Estado actual frente a la dolencia y a la hospitalización.
- Evaluación psicosocial.
- Examen de funciones cognitivas.
- Motivaciones fundamentales.
- Manifestaciones psíquicas y comportamentales.
- Tipo de intervención psicológica.

1.1.4. El paciente hospitalizado

Situación de hospitalización y consecuencias en el paciente

Se considera el cambio de contexto y situación que representa para la persona, se incluyen los llamados “peligros de la hospitalización”.

Se debe observar cada una de las situaciones que pueden ser favorecedoras o negativas para la estadía del paciente y su mejor adaptación.

El paciente hospitalizado puede sentir experiencias tanto de privación de su buena salud como de sus “libertades” o de su rutina diaria, displacentera por las molestias o limitaciones que podrá encontrar mientras se encuentre en el establecimiento.

Comportamientos adaptativos ante la enfermedad

La “positividad” acerca de la nueva experiencia produce una mejor adaptación, razón por la que es importante tener una visualización realista de los límites que conlleva la enfermedad. A mayores herramientas de afrontamiento, resultará mejor la profundización de la propia existencia.

Comportamientos desadaptativos

Como comportamientos desadaptativos puede observarse conductas de negación ante el diagnóstico o nuevas experiencias, oposición a los tratamientos, etc.

El rol del paciente hospitalizado

El rol que asume el paciente es la resultante del estilo de afrontamiento y los comportamientos que se evidencien hacia la adaptación.

Los profesionales de la salud suelen esperar “un buen paciente” que se pensaría que es pasivo, tranquilo, obedece hacia las instrucciones médicas, coopera y no es problemático; sin embargo, un verdadero “buen paciente” no es tranquilo ni pasivo, más bien todo lo contrario, asume el rol activo en su enfermedad, pregunta para estar informado sobre su enfermedad y desarrolla habilidades para propiciarse autocuidados.

Procesos de evaluación y mejora de la calidad de la psicología hospitalaria:

- Criterios
- Estándares
- Estructura
- Proceso
- Resultado
- Eficacia
- Efectividad
- Utilidad
- Eficacia
- Satisfacción del paciente

1.2. Fundamentos científicos de la psicología hospitalaria

La psicología hospitalaria es un servicio en el que el psicólogo ofrece calidez y apoyo emocional al paciente, familia y equipo de trabajo (médicos, enfermeras) con el objetivo de orientar, informar, ayudar a encontrar un equilibrio emocional y a la toma de decisiones acertadas sobre la enfermedad que padezcan o durante un momento de crisis. En este aspecto se tratarán los fundamentos científicos de la psicología hospitalaria, así como los aspectos éticos y deontológicos que guían la práctica del psicólogo en este mismo contexto.

La presencia de la psicología en los hospitales ha sido limitada, aunque algunos psicólogos trabajaban en instituciones hospitalarias en los años 60, su papel se centraba en tareas de diagnóstico. Actualmente, son pocos los hospitales que cuentan con un equipo completo de psicólogos que aborden integralmente las necesidades psicológicas de los pacientes. La atención psicológica en hospitales todavía tiene un camino por recorrer para desarrollarse plenamente (Solomon, 1987).

En el ámbito de la psicología aplicada a la salud, se ha empezado a distinguir entre “estar” y “ser” enfermo. Anteriormente, se creía que un agente externo era el responsable del estado de enfermedad, pero ahora se reconoce que intervienen otros aspectos más allá de los puramente biológicos. Incluso se plantea la posibilidad de “aprender” a estar enfermo.

Algunos de los factores psicológicos que se han relacionado con la enfermedad física son: la emoción, esta se ha vinculado de manera significativa con la enfermedad, personalidad, desordenes afectivos, estrés, ansiedad, afrontamiento, comportamiento, género y salud (Encarnación, 2009). Según Herrera (2018) las funciones principales que cumple un psicólogo hospitalario son las siguientes:

1.2.1. Prevención de posibles problemas psicológicos

Dentro de la prevención, las tareas del psicólogo hospitalario consisten en brindar apoyo psicológico, técnico y emocional a los pacientes hospitalizados, familias, acompañantes de dichos pacientes y a los profesionales que trabajan con ellos. Otra de las tareas es dar tratamiento ambulatorio a los pacientes, fomentar el autocuidado y estrategias de afrontamiento de la enfermedad y sus consecuencias.

1.2.2. Psicodiagnóstico

Consiste en la evaluación tanto de las capacidades de los sujetos de asistencia hospitalaria como de los estados emocionales, capacidades y competencias de todos los agentes implicados en la asistencia hospitalaria (médica y educativa).

1.2.3. Psicoterapia

Contención y apoyo emocional a los pacientes, familiares y acompañantes para una mejor adaptación tanto para el afrontamiento a la situación hospitalaria como para la aceptación de la enfermedad; a los profesionales de la salud, se les debe dar apoyo emocional para la conservación de su estado de ánimo y estabilidad emocional.

1.2.4. Asesoría y orientación psicológica

Dar asesoría y orientación psicológica a las familias y al entorno del paciente respecto de las necesidades terapéuticas y personales en el proceso hospitalario; a los profesionales implicados en el tratamiento, asesorar sobre las necesidades personales y terapéuticas más importantes del paciente; asesorías técnicas sobre terapias conjuntas; herramientas teóricas y prácticas para enfrentar diferentes patologías de los pacientes

y asesorías técnicas como los horarios de visita, colaboración, infraestructura, entre otros.

Se debe considerar que cada una de las funciones mencionadas debe reflejarse en tareas relacionadas con la educación, tanto para el paciente como para sus familiares, acompañantes y entorno cercano (Herrera, 2018).

Las funciones del psicólogo clínico y de la salud abarcan: evaluación, diagnóstico, tratamiento e intervención, asesoramiento, prevención y promoción de la salud, investigación, enseñanza y supervisión, así como dirección, administración y gestión.

La formación continua es el elemento esencial que asegura la competencia profesional del psicólogo clínico y de la salud (Encarnación, 2009). Es decir, que es muy importante que el psicólogo siga en constante preparación con el fin de que su conocimiento se vaya actualizando y todas estas funciones se desarrollen de una mejor manera.

Herrera (2018) considera dos subtipos de competencias, las participativas, las cuales incluyen la disposición a entenderse con los demás, cooperación y comunicación interpersonal tanto con el personal como con la institución y las competencias personales que hacen hincapié en una imagen adecuada de uno mismo y de los demás, ser coherente con lo que se manifieste, superar obstáculos y tener una actitud positiva.

1.2.5. Competencias del psicólogo hospitalario

El psicólogo hospitalario debe desarrollar competencias básicas, que ayudarán a desarrollar el trabajo adecuadamente en cada una de las actividades que desarrolla, las más relevantes se muestran a continuación en el Figura 2.

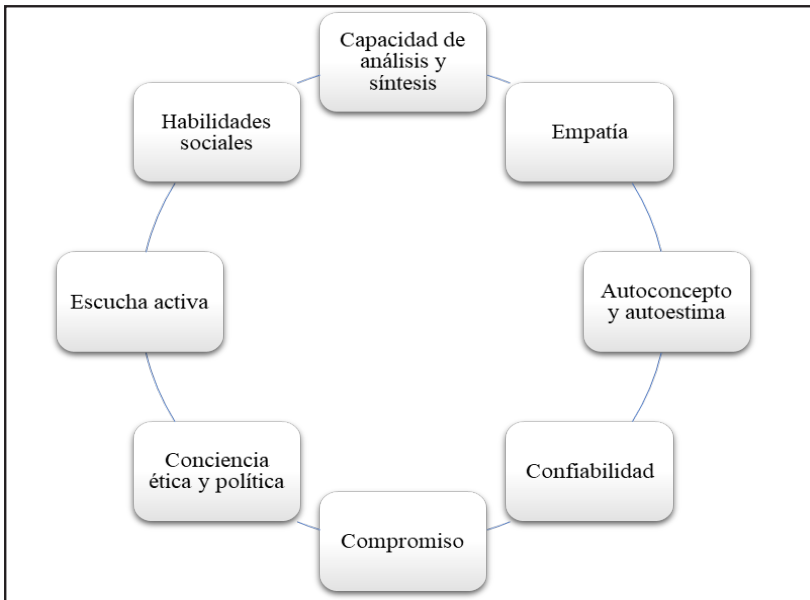


Figura 2. Competencias del psicólogo hospitalario.

Estas son algunas competencias que el psicólogo hospitalario debe tener, sin embargo, eso no quiere decir que estas competencias no las pueda tener un psicólogo clínico, forense, educativo, etc. Muchas de las competencias son compartidas por todas las ramas de la psicología.

Según Lazo y Véliz (2017), existen algunos principios éticos de los psicólogos, entre ellos: *en el principio de beneficencia* o ética del apoyo, el psicólogo tiene la responsabilidad de buscar el bienestar de las personas a las que brinda atención. Existe una obligación moral de actuar en beneficio de los demás, curando el daño y promoviendo su bienestar. Este principio se aplica principalmente en el ámbito privado y no está sujeto a sanciones legales en caso de incumplimiento.

En el contexto de la ética de la no lesión, también conocida como principio de no maleficencia, se espera que el psicólogo evite causar daño a sus pacientes a través de sus acciones. Este principio es

fundamental e imperativo, y debe aplicarse en todas las situaciones. Cuando alguien busca los servicios de un profesional de la psicología, es evidente que espera no ser perjudicado por sus intervenciones, sino más bien recibir ayuda para resolver sus problemas o dificultades, que es la razón principal de su consulta. Este principio tiene un alcance público y su incumplimiento está sujeto a penalizaciones legales.

En *el principio de autonomía*, también conocido como ética del respeto, se reconoce el derecho de la persona a tomar decisiones, dirigir su vida y elegir según sus propios valores. Este principio se basa en la capacidad de autodeterminación. El paciente tiene el derecho de recibir información precisa, comprensible y adecuada sobre su estado de salud y su progreso. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos, y aquellas personas con una autonomía reducida tienen derecho a recibir protección y apoyo.

El principio de justicia, también conocido como ética de la no discriminación, se centra en garantizar la equidad en la distribución de cargas y beneficios. Para determinar si una acción es ética desde la perspectiva de la justicia, se evalúa si es equitativa y accesible para todos aquellos que la necesiten. Este principio incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Además, es un principio de naturaleza pública y está respaldado por legislaciones.

Cada principio ético no se limita a aplicarse por separado, sino que interactúan y se entrelazan, de modo que las obligaciones morales pueden derivar de varios o de todos los principios éticos al mismo tiempo. Es importante considerar los diferentes principios en conjunto para tomar decisiones éticas adecuadas y equilibradas.

Por ello, la psicología hospitalaria se basa en fundamentos científicos que abordan la dimensión psicológica de la enfermedad y atención de los pacientes; en relación con los aspectos éticos y deontológicos, considero que son pilares fundamentales, ya que guían a la práctica del psicólogo hospitalario.

1.2.6. Principales tareas del psicólogo hospitalario

Conocer acerca del historial del paciente, además de las principales características de personalidad, con el fin de saber las fortalezas y limitaciones en la atención. Las tareas principales se resumen en la Figura 3, presentada a continuación:

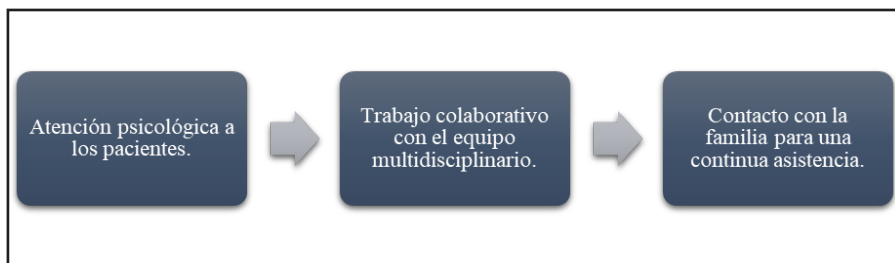


Figura 3. Tareas del psicólogo hospitalario.

Además, es importante tener en consideración que el psicólogo hospitalario será capaz de conocer los amplios aspectos motivacionales y comportamentales del hombre en los diferentes estados de salud, al igual que las reacciones emocionales derivadas por el estrés de hospitalización y diagnósticos.

Así mismo, podrá realizar entrevistas tanto al paciente como a familiares para crear historias clínicas y desarrollar las fases de evaluación y diagnóstico psicológico de los pacientes y dirigir las atenciones psicoterapéuticas que sean necesarias.

De igual forma se atiende al personal médico del hospital de determinadas áreas susceptibles a mayor estrés.

1.2.6.1. Limitaciones del psicólogo en el ámbito hospitalario

Se impone como necesidad para su desarrollo el reconocimiento de su pluralidad y diversidad, lo que dificulta la precisión de las perspectivas teóricas de la psicología y la legitimización de los espacios psicológicos en las instituciones de salud.

1.2.6.2. Propuestas de acción para el desarrollo de la psicología hospitalaria

Definir con claridad el campo de acción del psicólogo, al igual que el fomentar la investigación psicológica hospitalaria.

1.3. La evaluación psicológica en el ámbito hospitalario

La evaluación psicológica desempeña un papel fundamental en el ámbito hospitalario, permitiendo comprender y abordar de manera precisa las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes.

Se indagarán diferentes aspectos relacionados con la evaluación psicológica en el entorno hospitalario, incluyendo el uso de entrevistas, métodos complementarios de evaluación, establecimiento de objetivos terapéuticos y técnicas de intervención. También se mencionarán algunos test ampliamente utilizados en el ámbito hospitalario que evalúan diferentes áreas y las situaciones que complementan la observación conductual.

La entrevista psicológica implica la interacción entre dos o más individuos, donde uno de ellos, el psicólogo, realiza preguntas con el propósito de recopilar información. Así, se establece un intercambio

entre la persona que busca ayuda y el profesional que la brinda. La entrevista psicológica se caracteriza por su naturaleza cercana y directa, lo que permite al paciente sentirse más confiado para expresarse abiertamente frente al terapeuta.

Esta técnica es ampliamente utilizada debido a su efectividad para obtener información adicional, como gestos, posturas corporales y expresiones, que permiten analizar el comportamiento del paciente de manera más profunda (Universidad Internacional de la Rioja, 2021). Sin embargo, además de las entrevistas existen métodos complementarios de evaluación utilizados en el ámbito hospitalario, como pruebas psicométricas, escalas de evaluación, cuestionarios y registros conductuales.

Los test psicológicos, también denominados pruebas psicométricas, han sido y continúan siendo una herramienta esencial en el trabajo del psicólogo en diversos entornos laborales (Vargas, 2016). Las pruebas psicométricas son una herramienta esencial en el trabajo del psicólogo en diversos entornos laborales, ya que proporcionan mediciones objetivas y cuantitativas de diferentes aspectos psicológicos. Sin embargo, es fundamental utilizarlas junto con otros métodos de evaluación para obtener una visión más completa del individuo y garantizar una intervención efectiva.

La evaluación psicológica en el ámbito hospitalario permite establecer objetivos terapéuticos específicos para cada paciente. Estos objetivos pueden estar orientados hacia el manejo del dolor, la reducción del estrés, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento o la mejora de la calidad de vida. A partir de la evaluación, se seleccionan las técnicas de intervención más apropiadas, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia de apoyo emocional o la terapia de aceptación y compromiso.

Es fundamental mantener siempre esa visión integral (López e Iriondo, 2019).

En el ámbito hospitalario se utilizan varios test ampliamente reconocidos, a continuación, en la Tabla 1 se mencionan lo más comunes.

Tabla 1. Test comúnmente utilizados en el ámbito hospitalario

Test	Funcionalidad
<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)</i>	Evalúa la sintomatología depresiva
<i>Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)</i>	Mide ansiedad
<i>Test de Zung</i>	Evalúa la ansiedad y la depresión
<i>Escala de Estrés Percibido (PSS)</i>	Evalúa la percepción subjetiva del estrés
<i>Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2)</i>	Evalúa la personalidad y los trastornos mentales
<i>Cuestionario de Calidad de Vida SF-36</i>	Evalúa la calidad de vida en diferentes áreas
<i>Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS)</i>	Es una herramienta muy utilizada para detectar la depresión en personas mayores y ha sido adaptada y validada en varios idiomas, incluyendo el español (Hoyl, Valenzuela, & Marín, 2000).
<i>Autoestima de Rosemberg</i>	Evalúa autoestima
<i>Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)</i>	Mide depresión

Estos test, entre otros, son herramientas válidas y confiables utilizadas en el proceso de evaluación psicológica.

En relación con la observación conductual, esta es una estrategia utilizada para evaluar la cultura de seguridad mediante el análisis de comportamientos. Para su implementación efectiva, es necesario seguir algunos principios clave, como tener un propósito claro, planificarla de

manera cuidadosa y sistemática, contar con control y almacenamiento de información respaldados por la tecnología, y además especificar la duración y frecuencia de la observación. Asimismo, es importante asegurar la confiabilidad y validez siguiendo los principios básicos (Afiansso, 2020).

Según López y Iriondo, (2019) la observación conductual es una herramienta valiosa en la evaluación psicológica en el ámbito hospitalario. Sin embargo, hay situaciones específicas, como las que se describen en la Tabla 2, que complementan y enriquecen esta forma de evaluación:

Tabla 2. Situaciones complementarias en la evaluación psicológica

<i>Interacción social</i>	Observar cómo se relaciona el paciente con los demás, tanto con el personal médico como con otros pacientes, puede proporcionar información sobre su habilidad para establecer vínculos, expresar emociones y adaptarse socialmente (Jiménez y Olivares, 2014).
<i>Actividades terapéuticas</i>	La participación del paciente en actividades terapéuticas, como terapia ocupacional o terapia de grupo, brinda la oportunidad de observar su nivel de participación, motivación, habilidades de comunicación y manejo del estrés.
<i>Respuestas a estímulos específicos</i>	Al exponer al paciente a situaciones o estímulos específicos relacionados con su condición médica o tratamiento, se puede observar su respuesta emocional, niveles de ansiedad, adaptación y capacidad de afrontamiento.
<i>Cambios en el entorno</i>	Observar cómo el paciente se adapta a los cambios en su entorno hospitalario, como los horarios de visitas, rutinas diarias o modificaciones en el entorno físico, puede proporcionar información valiosa sobre su nivel de adaptación y bienestar emocional.

Nota. Información extraída de López e Iriondo (2019)

En conclusión, la evaluación psicológica en el ámbito hospitalario es fundamental para comprender las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes. La combinación de la entrevista clínica, métodos complementarios de evaluación, el establecimiento de objetivos

terapéuticos y la selección de técnicas de intervención adecuadas, junto con la observación conductual en situaciones relevantes, permite obtener una visión integral de la salud mental de los pacientes. Al utilizar estas herramientas de evaluación de manera ética y precisa, se promueve el bienestar psicológico y personalizado en el ámbito hospitalario.

Dentro de la evaluación, según Góngora (2004) es recomendable que como profesional se establezca de manera precisa las condiciones en las que llevará a cabo el trabajo con la familia, ya sea durante una o varias entrevistas, por lo que es muy importante explicar a detalle las siguientes condiciones de trabajo:

- 1. Duración de las sesiones o entrevistas con la familia.** Esto puede variar según las necesidades y la complejidad de la situación. Además, es necesario acordar la frecuencia de las reuniones, ya sea semanal, quincenal o mensual, para mantener una continuidad en el proceso de trabajo.
- 2. Lugar de las entrevistas:** Determinar el lugar donde se llevarán a cabo las entrevistas es relevante para garantizar un ambiente cómodo y adecuado para la familia. Esto puede ser en el consultorio del profesional, en la casa del paciente o en un lugar neutral, dependiendo de las circunstancias y las preferencias de las personas involucradas.
- 3. Participantes en las entrevistas:** es esencial definir quiénes deben asistir a las entrevistas. Puede ser únicamente el profesional y el miembro de la familia más directamente involucrado en el cuidado del enfermo, o también pueden involucrarse otros miembros de la familia según la necesidad y las dinámicas familiares. Esta claridad ayuda a evitar confusiones y asegura la participación de las personas clave en el proceso.

4. **Temas a tratar en la entrevista:** antes de iniciar las sesiones, es fundamental comunicar a la familia cuáles son los temas que se abordarán en las entrevistas, permitiendo establecer expectativas claras y brinda la oportunidad de prepararse emocionalmente para discutir asuntos importantes relacionados con la enfermedad y el cuidado del paciente.

5. **Enfoque y metodología de trabajo:** se debe explicar cómo se abordarán los problemas y qué metodología se seguirá en el proceso de trabajo. Esto puede incluir estrategias de comunicación, técnicas terapéuticas o pautas específicas para abordar situaciones difíciles. El objetivo es alcanzar un acuerdo entre todos los implicados y comprometerse con el plan de acción establecido.

Estas estrategias buscan establecer una base sólida de comunicación y colaboración entre el profesional y la familia. Al definir claramente las condiciones de trabajo, se promueve una relación de confianza y se facilita el proceso de apoyo y orientación durante la enfermedad.

En conclusión, la intervención psicosocial con familias se enfoca en comprender y trabajar con la red social del paciente, especialmente la familia, para brindar apoyo y mejorar los resultados en la salud mental tanto de ella como del paciente. A medida que el problema se vuelve más grave, la red social adquiere mayor importancia y el paciente depende más de ella. Es importante destacar que esta intervención se basa en principios y estrategias que abarcan desde establecer las condiciones de trabajo hasta la curación y la definición de roles claros. Reconocer el papel crucial de la red social, evaluar las necesidades del paciente y su familia y establecer una comunicación efectiva son elementos fundamentales en este proceso. Al comprender y organizar de manera

efectiva la red social, el psicólogo puede facilitar un mayor apoyo y promover cambios positivos en el entorno del paciente.

1.3.1. Habilidades básicas del psicólogo en el ámbito hospitalario

El trabajo del psicólogo en el ámbito hospitalario requiere de habilidades específicas para abordar las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes. En este libro se abordarán las habilidades básicas que el psicólogo debe desarrollar para desempeñarse eficazmente en el entorno, lo que el psicólogo debe conocer para llevar a cabo sus funciones y sobre la psiconeuroinmunología y el estrés.

El psicólogo hospitalario debe contar con principios generales que le ayuden a desenvolverse eficazmente en su entorno, como trabajo en equipo, empatía, trabajar bajo presión, escucha activa, optimización del tiempo, habilidad para detectar necesidades, creatividad, capacidad para resolver problemas, actitud positiva para lograr una intervención psicológica de calidad ante las demandas de asistencia individual y grupal del medio, entre otros, estas competencias generales y específicas deberá desarrollar todo psicólogo para un buen desempeño personal y profesional.

Por otra parte, el psicólogo clínico debe poseer una perspectiva integral que incluya una visión clínica, social e institucional aplicada tanto al paciente como a la familia y a los profesionales. Esta visión tridimensional es fundamental y necesaria para llevar a cabo actividades de prevención, diagnóstico e intervención psicológica. Debido a esto, aunque la presión generada por la atención médica y la duración de las hospitalizaciones pueden influir en los enfoques, estilos y métodos de trabajo con pacientes, familiares y equipos de salud, es fundamental mantener siempre esa visión integral.

Según Vargas, (2016) para llevar a cabo sus funciones, el psicólogo debe:

- Adquirir habilidades de comunicación especiales y recibir entrenamiento en comunicación en situaciones particulares.
- Familiarizarse con los principios y códigos éticos que rigen su propia práctica profesional, así como la de otras disciplinas con las que interactúa.
- Planificar una intervención de acuerdo con la demanda recibida, realizando una evaluación, formulación de la situación y selección de estrategias que se adapten mejor al problema y a las características de la tarea.
- Reconocer los límites de su intervención, saber cuándo finalizar y cuándo colaborar con profesionales de otros servicios y especialidades para complementar la intervención aplicada.
- Participar en supervisiones, ya que la interacción con pacientes y profesionales constantemente involucra nuestra subjetividad, influyendo en nuestra forma de pensar y sentir.
- Evaluar los resultados de sus intervenciones para poder realizar ajustes durante su desarrollo, así como ser consciente de sus propias actitudes, prejuicios, limitaciones de conocimientos o habilidades.
- Desarrollar habilidades de gestión y negociación, dado que la intervención psicológica ocurre en un contexto organizacional.
- Además de todo lo mencionado, es crucial asumir la responsabilidad de la formación y enseñanza de residentes, especialmente en el ámbito de la psicología Interna de Residentes (PIRes), y también complementariamente en el de Médicos Internos de Residentes (MIRes), en el entorno hospitalario.

Estas competencias reflejan los diversos aspectos del trabajo del psicólogo y son fundamentales para brindar una atención integral y de calidad a los pacientes. Estos conocimientos y habilidades, combinados con una actitud de aprendizaje continuo y una dedicación a la enseñanza y formación de nuevos profesionales, contribuyen al crecimiento y desarrollo de la profesión de la psicología.

En cuanto a la psiconeuroinmunología, esta se enfoca en explorar y analizar los procesos de interacción y comunicación entre el cerebro (mente y conducta) y los sistemas que mantienen el equilibrio del organismo, como el sistema nervioso (central y autónomo), el sistema inmunológico y el sistema neuroendocrino. Además, investiga las posibles implicaciones clínicas de estas interrelaciones (Solomon, 1987).

Los estudios sobre los efectos del estrés indican que este puede afectar el sistema inmunológico, lo que puede dar lugar a la aparición de enfermedades infecciosas, cáncer o trastornos autoinmunes debido a una supresión de la respuesta inmunológica. La capacidad de adaptación del cuerpo frente al estrés influye en la respuesta inmunológica, lo que afecta la forma en que cada individuo responde a infecciones, cáncer, etc.

Es importante tener en cuenta que, durante etapas específicas de la vida, como el período fetal, perinatal y la senescencia, la interacción entre el estrés y la inmunidad adquiere una mayor importancia. Además, durante el estrés se liberan neurotransmisores y hormonas que tienen receptores y actividad en las células del sistema inmunológico. Por ejemplo, Encarnación (2009) menciona que los corticoides inhiben muchas citoquinas proinflamatorias y se puede afirmar que el estrés afecta al sistema inmunológico de dos formas:

1. Provocando cambios en la distribución de las células en el cuerpo, lo que influye en la respuesta local frente a patógenos.
2. Alterando la respuesta celular en sí misma.

El sistema nervioso central y el estado mental pueden influir en la respuesta inmunológica al modularla y optimizarla, ya sea suprimiéndola o desequilibrándola. Se ha observado que el estrés acelera la propagación de metástasis, aumenta la susceptibilidad a infecciones virales, incrementa la formación de placas de ateroma, activa la coagulación sanguínea, desencadena la diabetes mellitus y contribuye a la aparición de úlceras pépticas, colitis ulcerosa e inflamación intestinal. El estrés, sin duda, es un estímulo que alerta al organismo, pero también puede causar desregulación cuando se vuelve crónico y supera los límites.

Estudios de metaanálisis que involucraron a miles de personas han demostrado que aquellos que experimentan ansiedad crónica, episodios prolongados de tristeza y pesimismo, tensión excesiva, irritación constante, escepticismo y desconfianza extrema tienen el doble de probabilidades de desarrollar enfermedades como asma, artritis, migraña, úlceras pépticas y enfermedades cardíacas (Herrera, 2018).

El riesgo psicosocial se determina por la interacción entre los niveles de estrés y el apoyo o redes sociales, lo que puede influir en la susceptibilidad a desarrollar enfermedades. El apoyo social actúa como un factor protector que disminuye los efectos negativos del estrés, lo que demuestra la importancia de las relaciones humanas saludables. Los altos niveles de estrés sin un adecuado apoyo social aumentan significativamente el riesgo de complicaciones maternas y perinatales, así como la incidencia de angina de pecho en hombres mayores de cuarenta años, como se ha explicado detalladamente en secciones anteriores (Herrera, 2018).

Finalmente, considero que las habilidades básicas del psicólogo en el ámbito hospitalario son fundamentalmente para brindar una atención de calidad a los pacientes y familiares; con relación a la psiconeuroinmunología, considero que es una ciencia interesante, ya que, permite conocer los procesos de interacción y comunicación entre el cerebro (mente y conducta) y los sistemas que mantienen el equilibrio del organismo (SNC) y también cómo el estrés puede afectar al sistema inmunológico.

1.3.2. La formación de los profesionales de la salud: la contribución del psicólogo hospitalario

En el ámbito de la atención médica, la formación de los profesionales de la salud es un tema crucial para garantizar la calidad y la eficacia de los servicios prestados a los pacientes. Entre los diversos actores que desempeñan un papel fundamental en este proceso, el psicólogo hospitalario destaca como un agente clave en la formación y desarrollo de los profesionales de la salud. En este estudio se tratará la definición de psicólogo clínico y la salud, las responsabilidades y funciones del psicólogo hospitalario, se hablará sobre la evaluación, la investigación, administración y gestión y sobre la formación continua que debe tener el psicólogo hospitalario.

El Colegio Oficial de Psicólogos (1998), en su libro menciona, definimos al psicólogo hospitalario como aquel profesional de la psicología que emplea el conocimiento, habilidades, técnicas e instrumentos provenientes de la Psicología y disciplinas relacionadas para abordar las anomalías, trastornos y otros comportamientos humanos relevantes para la salud y la enfermedad. Las responsabilidades del psicólogo hospitalario abarcan diversas áreas, las cuales pueden clasificarse en las siguientes actividades, cada una de las cuales implica requisitos específicos.

La evaluación en el ámbito hospitalario implica recopilar información sobre los comportamientos, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. Se lleva a cabo tanto a nivel individual como grupal, pero en el ámbito hospitalario es más común de manera individual. La información obtenida de la evaluación se utiliza para el diagnóstico de problemas psicológicos, la selección de técnicas de intervención y otros propósitos. Los métodos de evaluación más comunes incluyen pruebas, cuestionarios, entrevistas, observaciones y dispositivos psicofisiológicos, a menudo combinados en una batería de pruebas o una estrategia de medición múltiple.

La función de diagnóstico implica identificar y etiquetar el problema comportamental, cognitivo, emocional o social de una persona, grupo o comunidad, como resultado del proceso de evaluación psicológica. En esta función, el psicólogo hospitalario debe tomar decisiones importantes, que incluyen:

- Determinar si el problema está dentro de su campo de competencia o no.
- Evaluar la gravedad o severidad de la información inicial proporcionada sobre el problema.
- Realizar un diagnóstico, si es necesario.
- Especificar el problema en términos prácticos y operativos.
- Recomendar el tratamiento adecuado.

En el ámbito de la intervención comunitaria, los psicólogos de la salud se centran en realizar funciones preventivas y de promoción de la salud, que abarcan los lineamientos presentados en la Figura 4.

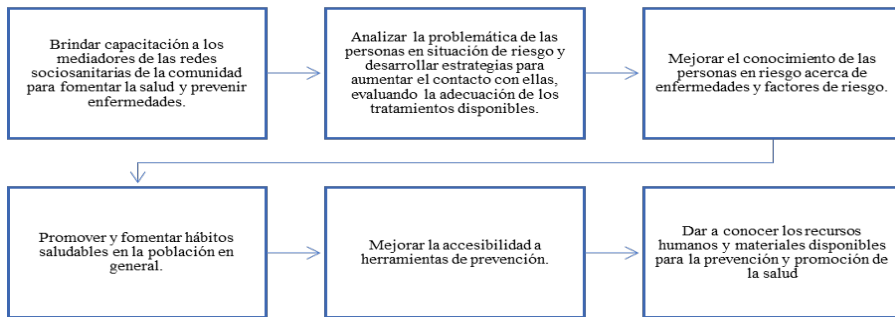


Figura 4. Funciones preventivas y de promoción de la salud mental.

La investigación desempeña un papel fundamental en la labor de los psicólogos clínicos y de la salud, tanto en entornos aplicados como en laboratorios. Estas investigaciones abarcan una amplia variedad de áreas, desde el desarrollo y validación de pruebas hasta el análisis de los resultados de diferentes tratamientos psicológicos, la evaluación de variables pronósticas, el estudio de contextos como la infancia, la vejez, la neuropsicología y la psicofísica.

La orientación hacia la investigación en el ámbito de la salud tiene varias razones de importancia. En primer lugar, permite una evaluación crítica de las investigaciones existentes, identificando nuevas contribuciones y determinando los procedimientos más adecuados para la evaluación y la intervención terapéutica. Además, es esencial para evaluar la efectividad del propio trabajo y evitar prácticas clínicas ineficaces. Por último, la investigación facilita la colaboración en equipos médicos en entornos hospitalarios y centros de salud, donde se espera que los psicólogos posean habilidades de investigación para el diseño de

estudios, la búsqueda de financiación y la consultoría en proyectos de otros profesionales.

En el ámbito de la dirección, administración y gestión en psicología clínica y de la salud, el objetivo principal es mejorar los servicios y el desempeño de los profesionales sanitarios. Esto implica coordinar actividades, promover una interacción efectiva entre los miembros del equipo, colaborar en la calidad de la atención y garantizar una atención integral.

Asimismo, es necesario adecuar los recursos humanos al sistema, evaluar el rendimiento de los directivos y proponer mejoras en los procedimientos y tecnologías utilizadas.

En lo que respecta a la formación especializada, se enfatiza la práctica profesional mediante la rotación por diferentes centros acreditados. Estos centros incluyen dispositivos ambulatorios, unidades de internamiento, unidades de rehabilitación y otros entornos donde los psicólogos pueden adquirir experiencia.

La formación especializada abarca aspectos específicos y monográficos de la psicología clínica y de la salud, desde técnicas de evaluación y tratamiento hasta cuestiones legales y normativas relacionadas con el ámbito sanitario. La evaluación de la formación se lleva a cabo mediante la presentación de una memoria anual que describe las actividades realizadas y una investigación relacionada con la formación. El tutor emite un informe anual que evalúa el grado de cumplimiento de los objetivos y actividades por parte del psicólogo en formación.

Es de vital importancia la formación continua en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud con el fin de mejorar y perfeccionar la práctica profesional. Los programas de formación continua ofrecen

diversas actividades como la asistencia a cursos de actualización, la revisión de bibliografía actualizada, la participación en eventos y congresos profesionales, así como la posibilidad de consultar a otros expertos en casos que requieran asesoramiento. Estas actividades propician el aprendizaje de nuevos conocimientos y habilidades, así como el intercambio de experiencias con colegas del campo.

1.3.3. Counselling: un enfoque de apoyo emocional y acompañamiento psicológico

El counselling es un enfoque terapéutico que busca proporcionar apoyo emocional y acompañamiento psicológico a las personas que atraviesan dificultades o desafíos en su vida. En este texto, se abordará traducción adecuada de este enfoque, sus propósitos, el rol que cumple en la comunicación, fases, elementos básicos y habilidades, principios éticos fundamentales del psicólogo hospitalario y la importancia del apoyo emocional dentro de esta práctica.

La traducción adecuada de “counselling” al español es motivo de controversia. Según Bimbela, es difícil encontrar una palabra que abarque todos los elementos y matices de este concepto y que transmita su significado completo. Las traducciones más comunes son “consejo asistido” y “relación de ayuda”, pero la definición de counselling es más compleja. Se considera como un proceso interactivo basado en estrategias de comunicación que ayuda a una persona a reflexionar y tomar decisiones adecuadas para sí misma, teniendo en cuenta sus valores, intereses y estado emocional (Marti-Gil et al., 2013).

Mediante esta técnica de comunicación, se puede fortalecer los recursos internos de los pacientes, promover su autoconocimiento, manejar sus emociones y permitirles vivir de manera más plena y satisfactoria al

comprender su enfermedad. Se basa principalmente en el principio bioético de la beneficencia y representa un cambio de paradigma, pasando de un enfoque paternalista de toma de decisiones, donde el profesional impone su criterio, a un modelo deliberativo y participativo.

En otras palabras, no se trata de dirigir, ordenar, moralizar o juzgar la actitud del paciente, sino de proporcionarle los elementos necesarios para que pueda asumir la responsabilidad, con la ayuda de un profesional, en las decisiones relacionadas con su salud. Por lo tanto, el counselling otorga al paciente el papel de “conductor” de su propio proceso de salud-enfermedad, mientras que el profesional de la salud actúa como “facilitador” o “copiloto” en ese proceso (Marti-Gil et al., 2013).

El propósito principal del counselling es concienciar al paciente acerca de su situación y ayudarlo a desarrollar sus propios recursos para afrontarla. Un equipo especializado se encarga de este proceso. Los profesionales de la salud desempeñan un papel fundamental al fomentar el desarrollo de habilidades y actitudes propias del paciente. Esta intervención promueve el crecimiento personal y la capacidad de tomar decisiones en pacientes que puedan sentirse desorientados o incapaces de adaptarse a su nueva realidad.

El objetivo del counselling es permitir al profesional mantener una comunicación efectiva con el paciente, identificar sus necesidades e inquietudes, aliviar su sufrimiento, fortalecer sus recursos, manejar las emociones y fomentar su autoconocimiento. Es crucial enseñar al paciente a vivir con la enfermedad mediante la modificación de hábitos y aprovechando al máximo los recursos de afrontamiento disponibles, con el fin último de mejorar su calidad de vida (Ayarza et al., 2018).

En el contexto de la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes, el counselling ha demostrado ser muy útil. El término counselling surgió en el campo de la psicología a mediados del siglo pasado y se ha convertido en un fenómeno cultural actual. De hecho, desde hace más de 20 años, la Organización Mundial de la Salud recomienda el counselling como metodología de apoyo para pacientes con VIH. Fue en este escenario donde se introdujo el counselling en nuestro país.

Debido a sus buenos resultados, se han llevado a cabo varios estudios en el ámbito médico. Además, el counselling se ha integrado en la educación sanitaria, con la cual los profesionales buscan modificar positivamente los conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la salud, tanto en pacientes como en grupos y comunidades (Marti-Gil et al., 2013).

El counselling se puede aplicar durante la entrevista clínica, se puede utilizar tanto en la fase exploratoria, donde el profesional puede profundizar en los sentimientos, creencias, preocupaciones, conocimientos y habilidades del paciente, como en la fase resolutoria, donde se proponen planes de acción. El proceso de counselling sigue el modelo secuencial de Gerard Egan, que consta de diferentes fases. Comienza con una fase de exploración, en la que el profesional debe aclarar y comprender la situación del paciente.

Luego sigue una etapa de comprensión y acompañamiento en el conocimiento de la verdad sobre la enfermedad y su tratamiento. Finalmente, se llega a una fase de acción. Para llevar a cabo el counselling de manera efectiva, se utiliza la estrategia SOLER, que incluye situarse enfrente del paciente, adoptar una postura abierta, inclinarse ligeramente hacia el paciente, mantener contacto visual y estar relajado (Marti-Gil et al., 2013).

Para establecer una buena relación profesional-paciente, es fundamental adquirir ciertos conocimientos y habilidades como: la relación terapéutica, esta es crucial ya que brinda un espacio seguro y de confianza donde el usuario puede expresarse libremente, escucha activa, empatía, congruencia, veracidad, autenticidad por parte del terapeuta y por último, la aceptación incondicional destaca la importancia de aceptar la biografía de la otra persona, su estilo de vida y su comportamiento sin juzgar ni tener reservas. Estos son elementos clave para establecer una conexión significativa con el paciente (Castañera, 2006).

El Counselling se rige por principios éticos y actitudes que guían la práctica del terapeuta. El principio de autonomía del cliente destaca la importancia de respetar la capacidad de autodeterminación del cliente y su derecho a tomar decisiones informadas. El principio de no maleficencia se refiere a la responsabilidad del terapeuta de no causar daño y promover el bienestar del cliente. La confidencialidad es un principio esencial que asegura la privacidad y protección de la información compartida por el cliente. En cuanto a las actitudes, el no juicio y el respeto hacia el cliente, así como la empatía genuina, son fundamentales para establecer un ambiente de apoyo y comprensión (American Psychological Association, 2017).

Las emociones son poderosas fuerzas internas que pueden influir en nuestro estado de ánimo, como la tristeza, la alegría, la ira, la ansiedad o el miedo. A veces, nos resulta difícil controlarlas y saber cómo manejarlas. Sin embargo, las emociones desempeñan un papel esencial en nuestro desarrollo personal, actuando como una especie de sistema de alerta que nos indica que algo importante está sucediendo y requiere nuestra atención.

El apoyo emocional nos brinda la oportunidad de conectar con nuestras emociones, expresar nuestras preocupaciones y compartir aquello que nos desborda, así mismo, el apoyo emocional se ofrece de manera desinteresada, con el objetivo de ayudarnos a sentirnos mejor. Nos brinda la oportunidad de explorar nuestras emociones sin miedo, aprender a expresar tanto lo positivo como lo negativo, y enfrentar aquello que nos resulta difícil de decir o hacer. Es un espacio donde podemos descubrir y aceptar nuestras emociones, sin juicio ni temor (Myers, 2012).

El apoyo emocional mejora las habilidades de afrontamiento, como buscar soluciones, aceptar la situación, mantener el optimismo y cuidarse a uno mismo, entre otras. Además, reduce significativamente el malestar psicológico, como la preocupación, la ansiedad y el estado de ánimo bajo (Chritello et al., 2012).

Finalmente, el counselling se presenta como un valioso enfoque terapéutico que brinda apoyo emocional y acompañamiento psicológico a las personas que atraviesan dificultades en sus vidas. A través de elementos básicos como la relación terapéutica, principios éticos y actitudes fundamentales, así como habilidades específicas, el Counselling proporciona un espacio seguro y de confianza donde los individuos pueden explorar y expresar sus emociones, tomar decisiones informadas y encontrar soluciones a sus problemas.

El apoyo emocional desempeña un papel crucial en el counselling, permitiendo a los clientes conectar con sus emociones, superar el miedo a expresarlas y aprender a gestionarlas de manera saludable. El counselling no solo se enfoca en los aspectos problemáticos de la vida de una persona, sino que también se centra en su desarrollo personal y crecimiento individual. El counselling busca ayudar a las personas, brindándoles el apoyo necesario para superar obstáculos, mejorar su

bienestar emocional y alcanzar una mayor comprensión de sí mismos. Mediante el apoyo emocional y las habilidades terapéuticas adecuadas, el counselling se convierte en una herramienta efectiva para promover el autoconocimiento, la resiliencia y el cambio positivo en la vida de las personas que buscan este tipo de apoyo.

1.4. El entorno en el ambiente hospitalario

La inclusión de la familia en la atención al paciente ha sido un tema de debate tanto desde la Medicina como desde las Ciencias de la Conducta. Aunque se reconoce la importancia del papel de la familia en el cuidado emocional y físico, la atención tradicional se ha centrado principalmente en el paciente individual. Existe una necesidad de desarrollar sistemas de atención que sitúen a la familia en el centro de los tratamientos e intervenciones.

La relación entre la Medicina y las Ciencias de la Conducta ha sido compleja, y aunque se reconoce la influencia de los factores psicosociales, prevalece un énfasis en los aspectos biológicos. La Medicina Familiar ha tenido altibajos en su relación con las Ciencias de la Conducta, y la complementación de competencias entre médicos y psicólogos sigue siendo un desafío.

Por otro lado, los profesionales en salud mental desempeñan un papel muy importante y trascendental tanto en consulta como en colaboración con otros profesionales médicos, formando así equipos multidisciplinarios que brinden una atención integral y holística a los pacientes abordando tanto sus necesidades médicas así como sus necesidades de salud mental, ya que como sabemos los pacientes que padecen enfermedades crónicas a menudo experimentan dificultades emocionales y psicológicas relacionadas con su enfermedad.

La colaboración en salud mental en contextos médicos implica trabajar con otros profesionales, para poder ocuparse de forma correcta de los aspectos psicosociales de los pacientes, para cual se necesita establecer algún tipo de acuerdo y al tipo de relación con los profesionales, en este caso de la medicina.

1.4.1. La colaboración de la familia y del profesional de salud mental con los profesionales de la medicina

La inclusión de la familia en la atención al paciente ha sido objeto de debate. Sin embargo, incluso antes de que los profesionales reconocieran formalmente la importancia de la participación familiar en el proceso de atención, las familias ya experimentaban la inclusión en la enfermedad de su familiar enfermo. Estas familias sufren y apoyan a la persona enferma desde el principio de la enfermedad hasta la recuperación.

A pesar de reconocer el papel crucial de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente, la atención tradicional se ha centrado principalmente en el paciente individual, descuidando la inclusión integral de la familia en el proceso de atención. “En el momento en que el paciente acude al encuentro de un profesional sanitario para consultar sus síntomas, es importante recabar también información de la familia (...) con esta estrategia formaremos el llamado triángulo sanitario: sistema sanitario, paciente y familia” (Casado, pág. 2460).

Aunque existen iniciativas en salud mental que brindan apoyo psicológico a las familias durante el acompañamiento de sus seres queridos enfermos, aún no se han desarrollado sistemas de atención que sitúen a la familia en el centro de los tratamientos e intervenciones. La relación entre la Medicina y las Ciencias de la Conducta ha sido compleja debido al reconocimiento incómodo de que la enfermedad no

solo implica condiciones médicas y biológicas, sino también factores psicosociales. A pesar de la influencia reconocida de estos factores, tanto los profesionales médicos como los pacientes tienden a considerar que los aspectos biológicos son los más determinantes en el proceso de tratamiento médico.

En el pasado, las Ciencias de la Conducta fueron consideradas como meros invitados en este campo y aún no se ha alcanzado una aceptación plena de su contribución. Se llega al reconocimiento de la Psicología en el proceso de enfermedad, desarrollo y recuperación del paciente debido a que “los factores psicológicos pueden ser cómplices de la enfermedad, así también son aliados de la salud, tanto como protectores como coadyuvantes de la curación” (Pérez, 2020, pág. 23) Sin embargo, La relación entre ambas disciplinas tuvo una evolución no tan deseada debido al creciente énfasis otorgado a los aspectos biológicos desde la Medicina.

1.4.1.1. Medicina familiar

En la década de 1960 se estableció la especialidad de Medicina Familiar, lo cual facilitó el desarrollo de las Ciencias de la Conducta al reconocer la importancia de los factores psicológicos y sociales en la atención médica. Durante este período, se fortaleció la relación entre las Ciencias de la Conducta y la Medicina Familiar. Sin embargo, hacia fines de la década de 1980 y principios de la década de 1990, esta relación se volvió más complicada debido a factores internos en la especialidad y al enfoque predominante en aspectos biológicos en la atención médica, dejando de lado los problemas de salud mental. Pero el problema como tal no está en la formación profesional, si no en la complementación. Pérez (1991), afirma que:

Ante todo, hay que apreciar que la formación del psicólogo y la del médico son distintas, en función de la diferencia de sus géneros, a que se ha hecho referencia. Naturalmente, esto no es el problema. La situación problemática está o puede estar en la puesta en común, en la complementación de competencias. Aquí (dada por supuesto la buena voluntad) está la distinta mirada clínica del médico y del psicólogo. (...) Para el médico es difícil de ver el proceso psicológico debido a su formación probablemente sesgada en cuanto a carencia de perspectiva holista y a que, como es natural, tiene que atenerse a la posible condición física identificada, aparte quizá una deficiente preparación psicológica. Por su lado, el psicólogo tampoco está en buena disposición para ver el proceso fisiológico, debido también a su formación en otro sentido, de manera que no es fácil que su intervención psicológica en tal dirección sea específica (pág. 25).

Entre 1991 y 1996, las admisiones en hospitales psiquiátricos en EE. UU. Experimentaron una disminución del 36.4 %, coincidiendo con una reducción en el presupuesto asignado a la salud mental (Gongora, pág. 22). Esto refleja una tendencia general de recortes en los servicios de atención mental. La gestión económica de los servicios de salud ha tenido un impacto significativo en la relación entre las Ciencias de la Conducta y la Medicina en general, especialmente en la Medicina Familiar. La reducción de los servicios de salud mental se observa en todo el mundo occidental y es el resultado de la gestión económica aplicada a los servicios de salud.

1.4.2. La eficacia de la colaboración

Debemos tener en cuenta que cuando se ofrecen servicios de salud mental a los pacientes adecuados se debe llevar a cabo un buen proceso, por ejemplo, aquellos que utilizan reiteradamente los servicios médicos,

se reducen las consultas médicas no psiquiátricas. La reducción más apreciable de costos se produce en las hospitalizaciones, esto es cierto tanto para los enfermos físicos crónicos como para los enfermos psiquiátricos.

El recorte de costos más apreciable se da en aquellos pacientes que reciben un tratamiento breve o moderado. La reducción es menos apreciable en pacientes externos con una enfermedad mental crónica o severa o con una combinación de enfermedades físicas y psiquiátrica.

La estabilidad / variabilidad de la composición del equipo, el aumento o reducción del número de miembros y la integración de nuevos miembros son elementos importantes en la colaboración ya que modificar la composición de un equipo puede perjudicar su eficacia. Pero, si los cambios solo afectan a un número reducido de miembros y se realizan gradualmente, el rendimiento puede mantenerse o incluso mejorar (mayor innovación). El tiempo que los miembros trabajan juntos como equipo es también un factor relevante tanto para el desarrollo de los modelos mentales del equipo como para la coordinación. Así, los miembros del equipo que más tiempo pasan juntos adquieren un conocimiento común preciso sobre las habilidades que posee cada uno para el trabajo (memoria transactiva), lo que les ayuda a coordinar mejor sus acciones.

La consulta en salud mental en contextos médicos se divide en:

1.4.2.1. Consulta centrada en el paciente del médico

El experto en salud mental tiene un cometido doble, uno con el paciente que tiene que ver con su tratamiento, y otro con el médico, al que informa sobre lo que está pasando y el desarrollo del tratamiento, durante la consulta psicológica centrada en el paciente, el médico puede realizar

preguntas abiertas para explorar los síntomas físicos y emocionales del paciente, su historial médico, su estilo de vida, sus relaciones y otros factores relevantes.

También puede utilizar técnicas de escucha activa y empatía para comprender mejor las experiencias del paciente y cómo pueden estar relacionadas con su estado de salud. Según el Dr. Miguel Ángel Suárez Cuba el modelo del cuidado centrado en el paciente supone un cambio en los parámetros mentales del médico. En este modelo, el médico debe ceder poder al paciente, o compartir el poder, es decir, renunciar al control absoluto que tradicionalmente ha estado en las manos del profesional. La Medicina Centrada en el Paciente surge como respuesta a deficiencias generadas por un modelo reduccionista y ampliando el marco de la Medicina centrada en la Enfermedad, más que presentándole oposición. Se logra así una relación médico-paciente en la que cada cual sabe que esperar del otro.

1.4.2.2. Consulta centrada en el facultativo

La meta del consultor de salud mental es resolver los problemas que el médico tenga con su(s) paciente(s) como un medio de ayudarle a mejorar sus habilidades profesionales y que deje de tener problemas similares en el futuro. La comunicación se basa en gran medida en la transmisión de información y en la relación médico-paciente, donde el médico es el principal proveedor de información y el paciente asume un rol más pasivo.

1.4.2.3. Consulta centrada en el programa

Los problemas pueden sintetizarse en dos grandes áreas: los derivados del programa mismo y los derivados de las relaciones del programa con la institución en la que se lleva a cabo. El programa de salud puede

incluir diferentes componentes, como cambios en el estilo de vida, medicación, terapias específicas, seguimiento regular y monitoreo de los resultados. El médico proporciona orientación y apoyo al paciente en la implementación del programa, y se monitorea regularmente el progreso para realizar ajustes si es necesario.

El enfoque centrado en el programa se basa en una relación terapéutica sólida y colaborativa entre el psicólogo y el paciente. Se valora la participación activa del paciente en su propio proceso de cambio y se promueve la toma de decisiones compartida. El psicólogo trabaja como un guía y facilitador, proporcionando orientación y apoyo, pero reconociendo que el paciente es el experto en su propia experiencia y tiene un papel clave en el éxito del programa de tratamiento.

Estos dos tipos de consulta, centrados en el paciente y en el programa, abarcan la interacción entre el experto en salud mental (consultor) y la persona que tiene frente a sí una tarea que le plantea dificultades. En cualquier caso, se supone que el consultor tiene los *conocimientos* necesarios para resolver el problema en el presente y el futuro, al tiempo que el receptor de la consulta se reserva en todo momento la *responsabilidad* del caso o programa. La función del consultor es examinar los objetivos, métodos y técnicas a fin de superar la falta de conocimientos, habilidades o confianza en sí mismo (Raquel y Ahearn 1989).

1.4.2.4. Consulta centrada en los problemas administrativos del consultante

Aquí la dificultad no es la falta de un programa, sino eliminar los obstáculos de orden interno para que el programa llegue a funcionar. Durante la consulta, el psicólogo puede ayudar al consultante a identificar los factores desencadenantes y las causas subyacentes de los problemas administrativos. El psicólogo puede trabajar con el

consultante para desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas y habilidades de gestión para abordar los problemas administrativos. Esto puede incluir técnicas de manejo del estrés, desarrollo de habilidades de comunicación efectiva, establecimiento de límites saludables, gestión del tiempo y establecimiento de metas realistas.

Caplan y Caplan (1997) señalan varias diferencias entre la consulta y la colaboración en salud mental. Primero, en la colaboración el profesional de salud mental acepta la responsabilidad por el estado de su paciente (en la consulta, la responsabilidad era del consultante), desempeñando un papel activo en su diagnóstico y tratamiento. Su objetivo primario es el paciente y no los profesionales de la medicina. Segundo, el experto en salud mental trabaja en un contexto que no es de salud mental y al que ha sido destacado desde otro servicio, u otra institución, quedando, la mayoría de las veces, bajo la jurisdicción del jefe de servicio en el que se le destaca. Por lo tanto, la premisa básica de la consulta, igual relación jerárquica, no es aplicable en la colaboración. Tercero, en la consulta el consultor dice lo que entiende que tiene que decir, y el consultante toma aquello que entiende que tiene que tomar. En la Tabla 3 se mencionan algunos de los modelos de intervención colaborativa.

Tabla 3. Modelos de intervención colaborativa según Caplan y Caplan (1997)

Modelo	Descripción
<i>Colaboración a distancia</i>	Médico y profesional de la salud, no trabajan juntos, sin embargo, debe existir un respeto mutuo y comunicación constante.
<i>Modelo juntos pero separados</i>	Médicos y profesionales de salud mental comparten la misma institución, médicos dirigen y organizan, la forma en el que el centro presta sus servicios, aunque cada profesional decide de qué forma ejercer su tratamiento.

Modelo	Descripción
<i>Modelo compartido</i>	Ambos profesionales trabajan en el mismo centro, el médico ofreciendo servicios en salud física, mientras el psicólogo en servicios de salud mental, existen diferencias respetadas.
<i>Colaboración a distancia</i>	Médico y profesional de la salud, no trabajan juntos, sin embargo, debe existir un respeto mutuo y comunicación constante.

Factor clave para el experto en salud mental, es ser reconocido por los profesionales de la medicina como alguien útil para su trabajo.

El psicoterapeuta consultor tiene que querer conocer la cultura asistencial de los médicos, ser persistente en su mensaje de que resulta «rentable» ocuparse de los aspectos psicosociales cuando se trata a los enfermos, buscar los medios para que los programas de colaboración puedan funcionar a pesar de las limitaciones, tejer relaciones personales.

La inclusión familiar en la atención al paciente es crucial, reconociendo el papel esencial de las familias en el cuidado de sus seres queridos enfermos. Aunque ha habido un debate al respecto, su participación activa ha existido desde el inicio de la enfermedad hasta la recuperación. Sin embargo, la atención tradicional ha descuidado su inclusión integral. Para lograr una atención médica más efectiva y completa, es necesario abordar adecuadamente los aspectos psicosociales de la enfermedad. Superar la perspectiva limitada centrada en lo médico y biológico implica considerar las necesidades emocionales, sociales y psicológicas del paciente y su familia, lo que puede tener un impacto positivo en el proceso de tratamiento y recuperación.

La salud mental y física están intrínsecamente relacionadas. Muchas condiciones médicas tienen un impacto significativo en la salud mental de las personas y viceversa. La consulta en salud mental en contextos

médicos permite abordar esta relación y proporcionar una atención integral que considere tanto los aspectos físicos como los psicológicos y emocionales de la salud, así mismo puede ayudar a reducir los síntomas y mejorar el bienestar emocional de los pacientes. Esto les permite manejar mejor sus condiciones médicas, recuperarse más rápido de enfermedades o cirugías, mejorar la adherencia al tratamiento y enfrentar de manera más efectiva los desafíos emocionales relacionados con la atención médica.

La colaboración conjunta, tanto de médicos, psicólogos clínicos y familias, para los enfermos, es de suma importancia, debido a que es un ahorro de consultas médicas, días de hospitalización y medicación, lo que ayuda al enfermo a reducir el sufrimiento de la enfermedad, lo que no solo ayuda la enfermedad, sino también otros factores psicosociales importantes para el paciente.

Al hablar de enfermedad, de enfermo, de paciente, de cualquier tipo de descripción que consideremos oportuna para describir una situación en la cual un individuo yace expósito, ante un malestar que le genera alteraciones en el funcional normativo, no deberíamos limitarnos únicamente a este semblante, sino más bien intentar ir más allá, mirar a lo lejos y comprender que la enfermedad en sí misma, guarda tras de sí, una serie de represalias que afectan de manera paralela a la familia.

1.4.3. Principios o estrategias que orientan la intervención psicosocial con las familias

Dentro de todo aquello que comprende la enfermedad, resalta la presencia de las redes sociales y de apoyo, de aquel entorno tan sofisticado que envuelve al enfermo (familia, amigos, personal de salud, etc.) Góngora (2004), menciona lo siguiente “cuanto más grande

es el problema, mayor es el papel que desempeña la red social y más depende el paciente de ella” (pág. 58).

Por tanto, es imprescindible para el profesional de salud mental considerar estos aspectos a la hora de elaborar la planificación de intervención terapéutica. Tomando en consideración que el objeto último en su labor no es la cura de la enfermedad sino más bien proporcionar estrategias y recursos tanto al paciente enfermo como a su familia para mitigar el sufrimiento y restaurar su funcionalidad de manera parcial o total.

A continuación, se destacan algunos principios o estrategias de terapia familiar aplicables a la intervención con los miembros enfermos:

- Definición de las condiciones de trabajo;
- Definir cómo procederán las entrevistas;
- Creación de la relación;
- La relación se entiende como alianza de trabajo;
- Evaluación del (los) problema(s):
 1. Conductas concretas;
 2. La recuperación como programa;
 3. Circularidad: el problema en su contexto;
 4. Evaluación sobre diferencias;
 5. Evaluación como hipótesis;
 6. Presuponga el cambio:
 7. Evalúe los recursos, no solo los problemas;
 8. Evalúe los primeros mensajes que el paciente (y su familia) recibieron al comienzo de la enfermedad.

1.4.3.1. Intervención

La Intervención Psicológica Hospitalaria (IPH) busca proporcionar apoyo emocional tanto a los pacientes como a sus familiares durante la hospitalización, además de ayudarles a desarrollar habilidades para enfrentar la enfermedad y mejorar su adherencia al tratamiento. Entre las actividades que la institución debe cumplir se encuentran los siguientes parámetros:

1. (Al profesional médico) Dé información sobre la enfermedad, sobre todo si se la piden.
2. (Al profesional de salud mental) Rectifique (si fuera necesario) los efectos negativos de los mensajes que el paciente (y su familia) recibieron al comienzo de la enfermedad.
3. Escuchar la historia del cliente.
4. Promoción de recursos.
5. Normalización.
6. Cambio mínimo y lento.
7. La terapia como programa.
8. Cambios conductuales.
9. Proceder de lo simple a lo complejo.
10. Meta a corto plazo: cambio en la entrevista.
11. Metas a largo plazo: romper pautas disfuncionales.
12. Construir una imagen positiva de la familia, una imagen de recursos.
13. Ayude a la familia a fortalecer su red social (vinculándola a grupos de autoayuda).
14. Evite plantear su intervención como un tratamiento psicológico (Góngora, 2004, pág. 59).

Mientras el problema de salud de un paciente es más grave, mayor es la importancia de su red social y más depende el paciente de ella. La red social incluye familiares, amigos y profesionales de la salud que ofrecen apoyo emocional, práctico y a veces financiero. Este apoyo puede ser crucial para el bienestar del paciente, ya que enfrentar una enfermedad grave puede ser abrumador y solitario.

Una red social brinda soporte, estabilidad y seguridad a una persona enferma que atraviesa un mal momento. Estas redes pueden ser sus amigos, familiares o personas muy cercanas a estas, dentro del tratamiento es fundamental enfocarse en pacientes con enfermedades como la depresión, ansiedad, cualquier trastorno de la conducta alimentaria (TCA), trastorno bipolar, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), no obstante, sobre personas que se autolesionan o tienen ideas suicidas, entre muchos otros. Muchas de las veces, ser la red social tal vez pueda generar temor, ya que la mayoría de las personas no se sienten preparadas para abordar a alguien.

Pueden encontrarse dos modelos distintos para entender la relación entre el apoyo social y la salud: el modelo de efecto directo y el modelo de efecto amortiguador. El primero postula que el apoyo social está conectado a la salud, pues a mayor apoyo social la salud es mejor y esta relación es independiente a los niveles de estrés (Castro, 1997).

En segundo lugar, el modelo amortiguador o protector del apoyo social Carballera, (2002) plantea que el apoyo social toma el papel de mediador o amortiguador en beneficio de la salud, pues el apoyo social permite redefinir una situación para que no sea catalogada como estresante.

Continuando, la red social de una persona puede proporcionar diversos tipos de apoyo, como emocional, práctico e informativo, al considerar quienes forman parte de esto, los profesionales de la salud mental pueden

identificar los recursos y el apoyo disponible, así como las posibles barreras o tensiones que podrían afectar la salud mental del paciente. En el caso de problemas graves, la dependencia del paciente en su red social aumenta. Puede desempeñar un papel vital en la provisión de apoyo emocional, participación en el cuidado y seguimiento de tratamientos, y colaboración con los profesionales de la salud.

Es importante que la intervención en salud mental involucre trabajar directamente con el paciente y con su red social en el proceso terapéutico, de esta manera se pueden fortalecer los sistemas de apoyo existentes y promover cambios positivos en el entorno del paciente.

Por lo tanto, reconocer el papel crucial de la red social en la salud mental de una persona enferma es un enfoque válido en el campo de la intervención psicosocial. Cuanto más grave sea el problema, mayor será la importancia de la red social y la dependencia del paciente de ella. Al comprender y organizar de manera efectiva la red social, los profesionales de la salud mental pueden facilitar un mayor apoyo y mejorar los resultados en la salud mental del paciente. Es importante tener en cuenta que para cada persona su red social es muy diferente. Muchas de las patologías de salud mental no tienen cura, pero se puede recibir ayuda para aprender a vivir con ellas, es importante tener con quien o quienes compartir esa experiencia para no tomar decisiones que afectan la vida de más de una persona.

1.4.3.2. La curación

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.

Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar (Fernández, 2004).

Cuando una enfermedad aparece, la curación suele ser el objetivo que asume el experto en salud mental, con la finalidad de reducir al menos a términos tolerables el problema del cliente. Sin embargo, si la enfermedad como tal no se resuelve, será la causa de la persistencia del sufrimiento y el experto en salud mental tendrá que aprender a aceptar que, a pesar de sus esfuerzos, los de la familia y los de otros profesionales, en una mayoría de casos, después de su intervención seguirá habiendo sufrimiento.

Esto último no quiere decir que no se pueda intervenir o intentar buscar algún tipo de “curación”, ya sea con el enfermo o con su familia, sino más bien que se debe realizar una correcta evaluación enfocada a recolectar las necesidades tanto del paciente, como de su núcleo familiar, para ello se deben tomar en cuenta los factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia, estos son: la etapa del ciclo vital, flexibilidad o rigidez de roles familiares, la cultura familiar, nivel socioeconómico, comunicación familiar, tipo de respuesta familiar, capacidad para resolución de conflictos, principales síntomas familiares de desajuste por enfermedad, aislamiento y abandono, conflicto de roles y límites, conflictos de pareja, problemas económicos, síndrome del cuidador; negación, cólera, miedo y ambivalencia afectiva.

Una vez determinado esto, se podrá determinar la demanda y se elegirá el tipo de tratamiento más oportuno y la duración que requiera el mismo en términos de la gravedad de la enfermedad.

1.5. Alteraciones estructurales dentro de la enfermedad en un contexto familiar

Dentro de la familia existen diferentes problemas que deben tratarse correctamente, en este caso se estudiará bajo el impacto de la enfermedad dentro de un ambiente familiar. Para una mejor comprensión se han dividido en algunas categorías, las cuales son:

1.5.1. Alteraciones estructurales

En este apartado entran los roles que cumple cada integrante y sus respectivas funciones. Al existir una persona enferma dentro de la familia (en especial si es uno de los padres o tutores encargados), los roles deben redefinirse puesto que existen roles de sumo valor y prioridad. Es por eso la importancia de saber reorganizar y seleccionar los nuevos roles para que no exista disfuncionalidad o que esta sea mínima, aquí entran altercados como:

1. Negociación del rol: estas pueden ser implícitas (adquiere el rol debido a que ya ha hecho cierta función algunas veces) y explícitas (las cuales son delegadas por los demás familiares).
2. Rol de cuidador primario: se encarga a alguien el cumplimiento de estar presente si la persona enferma empeora o tiene una recaída tras estar mejorando, el problema radica cuando la persona encargada debe adquirir los roles que estaba cumpliendo la persona que estaba en mejoría y ya no puede cumplirlas.
3. Falta de reconocimiento del sacrificio y esfuerzo realizado: cuando el cuidador primario está saturado de tareas, existen los reclamos hacia los demás por no ayudarlo, esto se ve

alterado cuando el resto de los familiares decide ayudarle económicamente o con ayuda de servicios varios, y, si a pesar de esto, existen reclamos por parte del cuidador, esto quiere decir que no se siente valorada por lo que hace o sus esfuerzos para realizar las tareas.

4. Agotamiento: es evidente que al pasar mucho tiempo realizando el rol de cuidador primario exista agotamiento físico y psicológico, por lo que es recomendable tomarse un respiro, esto con ayuda de otro familiar.

1.5.1.1. Rigidez en los patrones de interacción familiar

En cada familia existen ciertas normas o pautas que se van desarrollando para cumplir con una familia “funcional”, pero esto se ve alterado cuando los patrones que repiten alteran al grupo familiar o a la persona enferma. Los patrones más comunes son:

1. Sobreprotección: el cuidador exagera la limitación que tiene la persona enferma, esto provoca que la misma empeore y no siga cumpliendo con sus roles establecidos, aparte de que el cuidador se sobrecarga de tareas que fácilmente podría hacer la otra persona.
2. Coaliciones: es posible que existan reclamos por parte del cuidador, debido a que al tomar este rol haya tenido que dejar de hacer algo que era importante para el mismo, teniendo de esta manera un rencor o reclamos hacia la persona enferma.
3. Mensaje de los profesionales: la relación que tienen los médicos con sus pacientes suele ser muy cerrada, haciendo que el paciente no exprese todo lo que le afecte (síntomas de su enfermedad) por lo que el médico no puede trabajar de mejor manera. Para mejorar esto el médico suele hablar con los familiares para que exista una mejor comunicación y tratar el problema de mejor manera.

4. Aislamiento social: las personas enfermas suelen pensar que ya no van a poder pertenecer a un grupo por tener una enfermedad (mantienen ideas irracionales de no encajar). Esto hace que la persona se aisle, lo que provoca a su vez un empeoramiento en realizar sus actividades enfermarse más.

1.5.2. Alteraciones de proceso

La necesidad de compatibilizar la enfermedad tomando en cuenta la genética en familiar, los hospitales, de forma complementaria con otros dispositivos, tienen como objetivo primordial la atención a la salud pública y la formación de nuevos profesionales especializados. Tras la organización de estos, encontramos una Administración, que define políticas y normativas y establece prioridades, delegando en gestores y profesionales la garantía de funcionamiento para que dichos objetivos puedan ser cumplidos. En este sentido, los diferentes profesionales no son totalmente autónomos, ya que están condicionados en sus actuaciones por la propia definición de dichas normativas y por su inclusión en equipos de trabajo, pero a la vez, deben ostentar un margen de autonomía, derivada de su propio rol, capacitación y opinión en el proceso de toma de decisiones.

La ansiedad, depresión y otras emociones negativas son características habituales en pacientes con enfermedades crónicas. El modo de afrontamiento de dichas emociones influye sobre la adaptación a la enfermedad. No obstante, también es posible que la experimentación de malestar afecte la regulación de las emociones. El manejo de la adaptación a la enfermedad crónica por parte del paciente implica la habituación a responsabilidades respecto de la toma de medicamentos, los cambios del estilo de vida y la conducta, entre otros aspectos.

Todas las enfermedades pasan por un proceso al cual se le ha denominado “evolución de la enfermedad” la cual pasa por 3 fases, de las cuales cada una tiene que ser manejada de una manera diferente, de las cuales se explica a continuación. Estas fases se encuentran detalladas en la Tabla 4 presentada a continuación:

Tabla 4. Evolución de la enfermedad

Fase aguda	Fase crónica	Fase terminal
<p>Periodo previo y posterior al diagnóstico, en esta etapa ya se sienten los síntomas, pero también existe la incertidumbre, ya que no se sabe exactamente cómo se va a desarrollar. Es necesario que sepa cómo va a tratar con la enfermedad, saber si tiene un apoyo y, de parte de quien lo va a recibir, se debe mantener la esperanza para poder enfrentar las siguientes fases.</p>	<p>En esta fase ya es necesario establecer los nuevos roles que deben adquirir para no alterar la funcionalidad familiar y no dejar de lado al enfermo, pues es necesario incluirlo en las actividades para hacerle sentir útil mediante apoyo emocional, servicial y económico de ser necesario (materiales para su tratamiento).</p>	<p>Es necesario que la persona enferma no tenga ningún pendiente, pues esto lo hará tranquilizarse. La estabilización de la persona que está a punto de morir es de vital importancia, pues hace que su entorno familiar pueda manejar de mejor manera esta noticia y la ausencia de la misma, por esto es necesario también establecer un duelo anticipado.</p>

Es normal encontrarse con la incertidumbre de las personas que estén pasando por estos problemas, es por eso que suelen “buscar” el significado de sus problemas, sufrimiento o de su misma muerte, por esto suelen refugiarse en la religión o algo espiritual para de cierta manera refugiarse en algún motivo extraordinario.

La “revisión de la vida” es algo que no solo hace la persona que está pasando por la enfermedad, sino también las personas de su entorno, que suele ser su familia. Se mira lo negativo, pero también lo positivo y es por esto que existen sentimientos de tristeza que más adelante

se vuelve, arrepentimientos, pero al final se trata de encontrar la paz, mediante las obras ya realizadas y finalizadas.

1.5.3. Alteraciones de la respuesta emocional y cognitiva

Las respuestas emocionales y cognitivas que tiene el paciente frente al diagnóstico, según Valentín y Murillo (2013) son las que nombraremos a continuación:

- La incredulidad: es cuando el paciente no cree con facilidad acerca del diagnóstico que tiene.
- Shock: es cuando el paciente está viviendo un evento estresante o traumático donde su mente queda bloqueada.
- Negación: este es un mecanismo de defensa que puede ir acompañado de la no aceptación del diagnóstico y la visita a varios profesionales para pedir, como mínimo, una segunda opinión.
- Miedo y ansiedad: cuando el paciente recibe un diagnóstico no esperado, suele aparecer el miedo y la ansiedad, que es un sentimiento natural de temor ante una amenaza, que permite identificarla y adoptar una respuesta adecuada.
- Violencia y culpabilización: suele suceder que el paciente tienda a culparse por lo que está sucediendo y otras veces suele estar irritable y reaccionar con cierta violencia al diagnóstico.
- Esperanza, desesperanza y depresión: como ya se lo había mencionado anteriormente, el paciente busca segundas opiniones del diagnóstico con la esperanza de tener otro más favorable; cuando el diagnóstico sigue siendo el mismo, todo se derrumba en el paciente y es muy probable que desarrolle una

patología depresiva a causa de este diagnóstico sobre su estado de salud.

- Dependencia: se entiende a la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana», o de forma más amplia y específica como «un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica e intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de forma particular, los referentes al cuidado personal».

Esas son algunas reacciones que el paciente experimenta cuando recibe una mala noticia o en este caso un diagnóstico sobre su salud, pero entre las reacciones más comunes están las relacionadas con la tristeza, principalmente las lágrimas.

Asimismo, los mismos autores manifiestan que durante el proceso de enfermedad terminal la familia atraviesa diferentes etapas, que son:

- La protección: la familia se vuelve muy protectora con el paciente y estará mucho más pendiente de él y protegiéndolo de una manera muy exagerada, debido al miedo que el diagnóstico generó en la familia.
- Rabia: la familia en esta etapa culpa al paciente por lo que hizo o dejó de hacer, tornándose hostil.
- Culpa: de no ser yo en lugar de mi hermano(a), de mi papá o mamá y así no merecer continuar con mi propia vida.
- Miedo: ante el futuro de su hijo/a relacionado con temas laborales y de adaptación social (¿tendrá pareja?, ¿volverá a ser el mismo?, ¿podrá estudiar?).

- **Duelo anticipado:** el duelo anticipado se define como un fenómeno que puede ocurrir cuando la persona tiene la posibilidad de anticipar la muerte de un ser querido o la propia, permitiendo al individuo comprender la pérdida como un proceso natural y desarrollar estrategias de afrontamiento para que sea menos dolorosa la pérdida.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.

1.5.3.1. Estrategias de intervención

Es indispensable que el profesional de la salud mental defina las condiciones en las que se va a trabajar con la familia, incluyendo el número de entrevistas, la duración de cada sesión, los compromisos y acuerdos, además de explicar cada detalle de la frecuencia de las sesiones, el lugar donde se tendrá cada sesión, quienes tienen que acudir a cada reunión y por qué, cuáles serán los objetivos de cada sesión, y qué estrategia se utilizará para la resolución de cada problema planteadas. Entre las estrategias a utilizar se lo puede lograr hablando con los objetivos, alcanzando acuerdos y comprendiéndose.

Además, es importante definir las condiciones sociales y técnicas de las entrevistas, para poder evitar a futuro problemas, creando así un ambiente positivo, evitando que las diferentes familias pidan tiempo extra o fuera de consulta, consejos o favores. Al establecer condiciones o reglas para el proceso terapéutico, promovemos una relación basada en expectativas claras que nos puedan orientar en el proceso de cada familia que sea intervenida.

1.5.4. Estrategias en la definición de las condiciones de trabajo

Dentro de las estrategias para definir las condiciones de trabajo influye mucho la comunicación terapéutica. Esta tiene como función proporcionar información, orientación y apoyo a la familia en la toma de decisiones, el acompañamiento y la recuperación de sus actividades diarias. Sin embargo, en un nivel más profundo, implica compartir emociones, generar seguridad y fortalecer la confianza en el proceso terapéutico (Achury y Pinilla, 2016).

1.5.5. Estrategias de creación de la relación

Cuando tenemos sesiones de corta intervención y duración, es muy importante ser cordiales y mostrar interés mediante la escucha activa, contacto visual, hacer preguntas, transmitir confianza y sonreír de vez en cuando, sin embargo, no explayarse más allá. Esto se debe a que cuando se tiene pacientes, ya sea de mucho tiempo, de pocas sesiones, graves o no graves, en algunas ocasiones se implica el aspecto emocional y nos podemos inundar del sufrimiento del paciente y se nos hará imposible ayudarlo.

Es por esto que es fundamental que el personal de salud mental ayude a los familiares para que ellos por sí solos sean un pilar fundamental en la recuperación progresiva del paciente. En la Figura 5 se resumen las actividades en las que es importante trabajar.

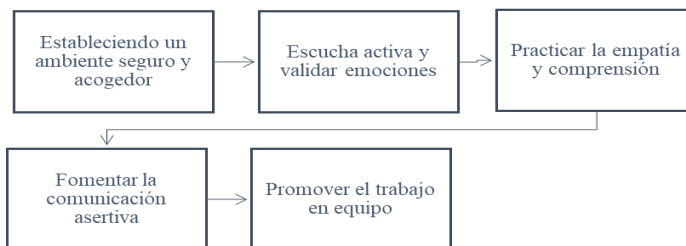


Figura 5. Estrategias de creación de la relación.

Al evaluar los problemas, es importante tener en cuenta una serie de preguntas que nos ayuden a establecer una evaluación adecuada para la atención adecuada del paciente o cliente. Muchas de las preguntas a las que antes nos referiremos en la evaluación de la sintomatología nos ayudarán a ayudar a establecer una evaluación de los problemas en los cuales están presentes en el momento de la evaluación.

A la hora de entrevistar resulta útil hacerlo en términos de conductas concretas. Esto nos permitirá saber, más tarde, si algo se resolvió o no. Siempre debemos recordar que la necesidad de conductas concretas es nuestra, de los profesionales que atendemos o estamos en el centro de salud, no de la familia; por lo tanto, si la familia tiene dificultades para expresar concretamente los problemas, no significa que se resistan, ya que en la mayoría de los casos que se presentan, están utilizando el lenguaje que les resulta más natural o en este caso de una manera u otra coloquial.

Algunos problemas son más difíciles de concretar, por ejemplo, los que tienen que ver con las emociones o los afectos, así como los de comunicación debido a factores externos. En casos siempre cabe surgir a que valoren estos su gravedad en escalas, por ejemplo de 0 a 10, para que de esta manera se pueda evaluar su sintomatología y observar si ha tenido evolución o no.

Mediante entrevistas sucesivas, podremos observar si los problemas avanzan, retroceden o se mantienen estancados. Muy raramente se encuentra con quienes son incapaces de ser concretos o de dar una puntuación a sus problemas ya que cada persona lograr puntuar la sintomatología que presenta en ese momento; sin embargo, esa fuera la situación tendrá que optar por aceptar el caso o remitir a quien sea capaz de trabajar con problemas mal definidos para realizar una

evaluación adecuada, debido a que en ciertos casos existen pacientes que dan respuestas automáticas para no ser tratados o por el miedo de su diagnóstico.

Una vez que los problemas han sido identificados de manera clara y precisa, resulta altamente recomendable abordarlos empleando estrategias basadas en aproximaciones progresivas en lugar de intentar resolverlos de forma inmediata y definitiva. Este enfoque implica la necesidad de establecer y consensuar con la familia un programa de tratamiento, es decir, trazar un conjunto de pasos con el propósito de lograr una resolución gradual de los problemas identificados.

La concepción de contar con un “programa” terapéutico tiene el valioso efecto de infundir esperanza al transmitir la existencia de una solución posible, al tiempo que devuelve la iniciativa a la familia, quienes se convierten en los protagonistas encargados de ejecutar dicho programa. Además, esta estructuración ordenada de acciones contribuye a introducir una clara estructura en situaciones que suelen caracterizarse por su falta de orden, proporcionando así un apoyo sustancial al profesional a la hora de orientarse de manera efectiva en el proceso terapéutico.

Resulta importante destacar que las definiciones generales, tales como “No me obedece”, “No sigue el tratamiento”, “Presenta conductas inadecuadas frente al médico y la enfermera”, “Muestra tendencias caprichosas”, “Se torna incontrolable”, “No cumple con la dieta”, entre otras, aunque comprensibles desde un punto de vista general, carecen de la precisión necesaria para desarrollar un programa terapéutico sólido y, lo que es aún más significativo, no brindan un criterio claro que permita evaluar de forma adecuada si el problema ha sido resuelto en su totalidad. Es por ello que se requiere la utilización de descripciones más específicas y detalladas, como por ejemplo: “cuando se le solicita

que se levante por las mañanas, que organice su habitación o que acuda a la hora de las comidas, no cumple con estas indicaciones”, “Habitualmente consume dulces todos los días”, “En caso de recibir instrucciones para hacer la cama, reacciona con gritos y se inflige daño a sí mismo”, “Muestra resistencia a tomar la medicación si no es administrada directamente por otra persona”.

Entonces, para tener una visión más amplia de lo que sucede con el paciente, es importante que el personal de salud sepa especificar el comportamiento del paciente, para que el profesional de salud mental sepa qué evaluar y qué tipo de persona se trata.

1.5.6. Estrategias de intervención familiar

Las estrategias de intervención aplicadas a la familia con un miembro en estado crítico de salud se rigen bajo cuatro principios; el primero es brindar información, segundo la ruptura de la secuencia familiar en la que aparece el síntoma, tercero construir una imagen positiva de la familia y por último y no menos importante el desarrollo de la red social de las familias con miembros enfermos. Además, junto a ello se encuentran la escucha activa hacia todos los miembros, la prudencia enfocada en saber obtener cambios lentos, a pasos cortos pero seguros, en otras palabras; procedemos de lo simple a lo complejo, lo que permite que la familia aprenda a gestionar sus emociones. Del mismo modo, el terapeuta debe emplear la co-construcción, donde se visualiza la realidad de la familia y de esta forma se redefine el motivo de consulta y los objetivos de tratamiento.

En primer lugar, Góngora (2004) establece el principio de información, donde hace hincapié en conocer la información sobre el problema psicosocial que padece la persona enferma, tomando en cuenta factores desencadenantes, precipitantes y mantenedores. A parte de considerar

las consecuencias que existen en cada miembro de la familia, pues, como terapeutas, no interpretamos que toda la familia va a tener el mismo efecto, sino que en cada uno tiene un impacto diferente. En efecto, cada persona cumple un rol diferente y único en la familia, y el tener a uno de ellos en el área hospitalaria en calidad de paciente, y en el peor de los casos, experimenten un proceso de duelo, volver a reintegrarse como familia suele ser frustrante y nuevo. Frente a esta situación, el profesional encargado psicológico hospitalario va a trabajar en que la familia retome su vida y los roles que cumple lo sigan manteniendo, teniendo en cuenta la pérdida de su familiar, pues en este caso hay una reestructuración de la familia.

Según la literatura, Queralto (2023) resalta que ocasionalmente, dentro del principio de información, también se añade cómo el diagnóstico inicial sobre la enfermedad produce condicionamiento a la manera de afrontarlo, ya sea en su vida en general, la forma de interacción familiar, sus relaciones, en la toma de decisiones y no garantiza el cumplimiento de las actividades. Por ello, el rol del terapeuta no solo se basará en brindar información sobre la naturaleza del proceso, curso de la enfermedad y posibilidades de tratamiento únicamente al familiar encargado, sino que intervendrá con todos los miembros que conforman la familia. Además, debe proporcionar apoyo emocional, para mejorar la tolerancia del medio familiar y minimizar la sensación de sobrecarga, otorgando estrategias de afrontamiento más eficaces ante las dificultades cotidianas.

Por otra parte, otro de los objetivos de la intervención es: la ruptura de la secuencia familiar en la que aparece el síntoma.

Entendiendo al síntoma dentro de la Terapia Familiar Sistémica como: “la señal de que la dinámica relacional del sistema familiar no es la adecuada y que está causando dolor en sus miembros” (Moreno, 2021).

Siendo así que el síntoma no debe entenderse como una situación negativa o desfavorable, sino todo lo contrario, cumple con una función de homeostasis en el sistema familiar; equilibra y otorga supervivencia al sistema. Además, permite mantener su equilibrio (Eduvic, 2018).

En realidad, el síntoma puede ayudar a iniciar el cambio, a buscar ayuda para encontrar un equilibrio familiar sano o para procesar las experiencias que han desbordado las emociones de la persona. Cuando se presenta tal síntoma existen diversas formas de actuar ante ello, algunas de las alternativas que se practican no son las más favorables y causan que el síntoma se mantenga y siga causando malestar tanto para la persona que lo experimenta como al círculo familiar, es decir, son formas de actuar que dificultan conocer el sentido real del síntoma. Por tal razón la terapia va dirigida a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas.

De esta forma, la ruptura de la secuencia familiar se puede solucionar una vez se identifiquen todas las conductas de todos los miembros de la familia que se relacionan con el síntoma para que se modifiquen; desde el punto de vista de la Terapia Familiar Sistémica, eso garantiza no solo el cambio sino también su perdurabilidad.

Cabe mencionar que el objetivo de la terapia no priorizará la eliminación del síntoma, ya que en primer lugar lo que la persona desea es desaparecer aquello que se considera un problema, el síntoma. Sin embargo, este suele esconder una problemática mayor.

Otros de los objetivos de la intervención “se orienta a construir una imagen positiva de la familia”. Redacta que es la condición que presenta cada miembro de la familia para enfrentar una problemática, donde se destacan todos los recursos, habilidades y estrategias que animen a la resolución de problemas.

Bernal (2003), agrega: “la vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio”. Por lo tanto, se resalta la importancia de los estilos de afrontamiento que se puedan generar dentro de la familia y el trabajo que desempeñará cada integrante o miembro de la familia con la finalidad de generar aspectos positivos ante eventos, circunstancias o problemáticas que se puedan presentar a la larga. Un punto a recalcar ante la resolución de conflictos o ante los afrontamientos es que existe la prevención de futuras enfermedades como factores desencadenantes.

El siguiente objetivo se enfoca en el desarrollo de la red social de las familias con miembros enfermos. La red social suele verse reducida o deteriorada con el tiempo; se agrega ante la aparición de trastornos mentales a largo plazo. Sin embargo, se menciona la posibilidad de ampliar la red social, en virtud de que, como objetivos a largo plazo, serán los recursos con los que cuente la persona.

“La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana” (Bernal, 2003).

Vale destacar la importancia de la red de apoyo familiar como primera instancia, como primer recurso de apoyo social; de la misma manera, resaltan las redes de apoyo con las que cuenta la persona y lo necesario que fuese tener una amplia red social, que le permitirá a la persona un mejor afrontamiento ante un evento de enfermedad o circunstancias que esté atravesando.

Otros principios importantes giran en torno a *la importancia de escuchar a todos los miembros de la familia* y validar sus emociones en el mayor grado posible. No debemos pensar que solo es la madre del

paciente quien sufre o la única que padece de un desequilibrio en su estado de ánimo. Recordemos, “la familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior” (Minuchin, 1986; Andolfi, 1993; Musitu, et al., 1994; Rodrigo y Palacios, 1998, citado por Espinal, Gimeno y González, 2006).

En otras palabras, la familia es un sistema, el sistema está conformado por personas que piensan, perciben y sienten de diferentes formas, por ende, la hospitalización de un miembro de la familia puede generar un conjunto de circunstancias que impactan el funcionamiento y la dinámica familiar. Es un momento de incertidumbre y desafío en el que los lazos familiares se ponen a prueba y se experimentan una variedad de emociones y cambios prácticos, ya que la hospitalización de un ser querido conlleva una preocupación constante que se extiende por toda la familia.

Los miembros pueden experimentar una mezcla de emociones intensas, como ansiedad, miedo y tristeza, a medida que se enfrentan a la incertidumbre sobre el bienestar y la recuperación del paciente. Este estado emocional elevado puede ser agotador y afectar la salud mental de todos los miembros de la familia, ya que están constantemente pendientes de las actualizaciones médicas y preocupados por el progreso del ser querido. Por ende, no debemos ignorar que existen más familiares que necesitan ser escuchados de forma activa y empática.

Asimismo, la *prudencia* juega un papel fundamental en la atención de un psicólogo hacia los familiares de un paciente hospitalizado. En este contexto delicado, es esencial que el psicólogo tenga plena conciencia de la sensibilidad y vulnerabilidad emocional de los familiares, quienes se encuentran enfrentando altos niveles de estrés y preocupación. La prudencia implica demostrar empatía, respeto y comprensión hacia

las vivencias y necesidades individuales de cada miembro de la familia. Es crucial establecer un entorno seguro y de confianza en el cual los familiares se sientan cómodos para expresar sus emociones y preocupaciones. Además, el psicólogo debe ser cuidadoso al abordar asuntos delicados, evitando emitir juicios y asegurándose de brindar información clara y precisa que pueda resultar útil.

Por otra parte, como profesionales de la salud mental, no se debe asumir que los hijos desarrollen síntomas porque los padres se llevan mal. De la misma forma, recordemos que cuando hablamos de una crisis emocional, son “aquellas situaciones dónde nos sentimos faltos, sin recursos, solos y con muchas dudas” (Marín, 2014).

Ayudar en momentos de crisis es un rol fundamental para un psicólogo cuando un miembro de una familia se encuentra hospitalizado. En estas circunstancias difíciles, el psicólogo tiene la responsabilidad de brindar apoyo emocional y psicológico tanto al paciente hospitalizado como a sus familiares. Su labor consiste en ofrecer un espacio seguro y confidencial donde los familiares puedan expresar libremente sus emociones, preocupaciones y miedos. El psicólogo utiliza sus habilidades y conocimientos para escuchar activamente, validar las experiencias emocionales de los familiares y ayudarles a gestionar el estrés y la ansiedad relacionados con la hospitalización.

Además, proporciona información y orientación sobre cómo manejar la situación, promoviendo estrategias de afrontamiento efectivas y fomentando la resiliencia. El psicólogo trabaja en estrecha colaboración con los familiares para desarrollar un plan de apoyo emocional individualizado, adaptado a las necesidades específicas de cada uno. Su objetivo principal es facilitar la adaptación y el bienestar emocional de los familiares durante este desafiante proceso hospitalario.

En definitiva, la estrategia de intervención enmarcada en el contexto familiar dentro del ámbito hospitalario resalta la importancia de brindar información clara, acoplada al lenguaje de los pacientes. Además, este aspecto se relaciona con el impacto que puede experimentar cada miembro de la familia, porque no va a ser el mismo para todos, y como terapeutas se debería intervenir desde un enfoque multifactorial. Otro aspecto íntimamente ligado es la ruptura que va a ocasionar el tener un miembro de la familia en calidad de paciente enfermo, pues, en el caso donde el paciente llegue a fallecer, la estructura familiar tomará cambios significativos, lo que por efecto producirá inestabilidad familiar. Por ende, es tarea del psicólogo hospitalario asesorar y ser una guía para la familia. Por consiguiente, la familia reconstruirá una imagen positiva sobre su funcionalidad, interacción y jerarquización familiar, y continuarán adoptando recursos de afrontamiento como la resiliencia. Y, por último, tener redes de apoyo es esencial al momento de experimentar una situación de duelo o con un familiar enfermo que requiera medidas de cuidado. Frente a este fragmento, existen instituciones, amigos, familiares y profesionales de la salud humana que brindan el apoyo social para que la familia no se sienta sola en un momento de dificultad. De cierta forma, esto fomenta motivación en la familia de la capacidad que tiene de continuar con sus vidas.

Capítulo 2

2. Intervención psicológica en pacientes hospitalizados

2.1. Atención psicológica pre y post operatoria

La atención psicológica en pacientes pre y posoperatorios se torna de carácter indispensable debido a la incertidumbre que puede percibirse como amenazante, esta puede llegar a generar preocupación y malestar significativo en el paciente. De este modo, pudiendo provocar un malestar psicológico. Actualmente existe una amplia gama de intervenciones o terapias psicológicas utilizadas para reducir el malestar psicológico producto de encontrarse frente a una intervención quirúrgica. Independientemente del tipo de cirugía y del momento pre o posoperatorio, hay alternativas para el manejo emocional y conductual del paciente, que no recurren necesariamente al uso de la farmacología. De esta manera, apoyados por la psicología, se han podido establecer a través del tiempo intervenciones y programas psicológicos con el propósito de poder ayudar a los pacientes a controlar y manejar la conducta y el pensamiento ante ciertas enfermedades y los factores de su entorno, con la menor afectación emocional posible. Se realiza un breve repaso de los propósitos fundamentales de la intervención psicológica, así como son el control sintomatológico y los efectos secundarios asociados a los procedimientos médicos y el manejo de los mismos.

Al hablar de la atención psicológica preoperatoria, se puede aludir a aquella intervención necesaria en pacientes que van a someterse a una intervención quirúrgica. Es así que este tipo de procedimientos trae consigo en algunos casos riesgos ligados a la condición clínica o a la

edad del paciente, lo cual generalmente va a generar respuestas de estrés y ansiedad. Así mismo, el internamiento, procedimiento y recuperación posoperatoria son factores que influyen en el estado cognitivo del paciente. Por ello, es esencial que exista la preparación psicológica antes de la intervención quirúrgica.

Según refiere Cázares de León et al. (2016), la intervención psicológica antes de la intervención quirúrgica se basa en que esta última constituye una situación de incertidumbre la cual genera estrés, preocupación y produce una sensación de amenaza en el paciente. Algunos profesionales en el área de la psicoprofilaxis quirúrgica coinciden en que el que se informe de una cirugía desencadenará en el sujeto emociones complejas, como ansiedad, temor, fantasías que pueden complicar los procedimientos, haciendo más vulnerable al paciente e incrementan el riesgo quirúrgico. La psicología es capaz de establecer intervenciones y programas psicológicos enfocados en el manejo de la conducta, la reacción de estrés y ansiedad y el pensamiento ante ciertas enfermedades, intentando disminuir el costo emocional.

Respecto a los aspectos que deben tratarse durante la intervención preoperatoria se encuentran el control sintomatológico y los posibles efectos secundarios relacionados a los procedimientos médicos. Otra sintomatología que comúnmente se observa en pacientes prequirúrgicos es la ansiedad, la cual, según refiere Carapia-Sadurni et al. (2011) influye incluso en el proceso de recuperación posquirúrgico. Como ya se mencionó anteriormente, la ansiedad generalmente viene asociada al sentimiento de incertidumbre, pues esta ansiedad presente en los pacientes quirúrgicos se debe al miedo a las circunstancias que rodean la intervención: miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores y personas ajenas, a cambios corporales (mutilación), a la posibilidad de morir y principalmente a la anestesia. Existen estudios mencionados por

el mismo autor que defienden la premisa de que “cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia”. En otras palabras, la cantidad de ansiedad puede afectar al proceso de recuperación del paciente.

Respecto a las técnicas terapéuticas utilizadas en el proceso de intervención psicológica preoperatoria cuando se presenta sintomatología ansiosa, se encuentran varias. Carapia-Sadurni et al. (2011) menciona tras un estudio realizado, que la mayormente utilizada es la psicoeducación en defensa de que se observa que aquellos pacientes a los que se les informa respecto al tipo de cirugía al que deben someterse, los niveles de ansiedad e incertidumbre son menores que a quienes no se les brinda dicha información. Sumado a ello, el autor señala que después de la cirugía se observa un menor estado de ansiedad, siendo la recuperación más acelerada. Lo cual da lugar a la premisa de que la psicoeducación es una de las técnicas terapéuticas más viables y que, sumado a ello, se ajusta adecuadamente a la necesidad del paciente de tener conocimiento respecto a la intervención quirúrgica. Otras técnicas comúnmente utilizadas son el reforzamiento positivo, la respiración diafragmática, entre otras. Se debe considerar además que todas son terapias cognitivo-conductuales, ya que resultan efectivas frente a sintomatología ansiosa preoperatoria.

Además de esto, la terapia cognitivo conductual ha sido efectiva para una mayor autoeficacia y mejor manejo del locus de control externo, así como mayor satisfacción a los pacientes ante la cirugía de corazón, utilizando intervención grupal psicológica conductual «mindfulness» encontraron una mejor calidad de vida psicosocial en pacientes cardíacos no ancianos (Cázares de León et al., 2016).

Por otro lado, cuando hablamos de atención psicológica posoperatoria hacemos referencia a la implementación de diversas estrategias con la finalidad de hacer frente a las necesidades emocionales del paciente luego

de una cirugía, y así disminuir o mitigar los efectos de estrés y ansiedad generados por la misma situación. Para ello, se debe tomar en cuenta que las necesidades emocionales del paciente están determinadas por su capacidad de adaptarse a las situaciones que le representen peligro, la aceptación al riesgo que la cirugía presente y al enfrentarse a temores y ansiedades asociadas con acontecimientos anteriores. Baquerizo menciona que la enfermedad y el proceso quirúrgico, leve o grave, traen consigo una serie de pérdidas: intimidad, autodeterminación, rutina diaria, compañía, confort de hogar, imagen corporal. Asimismo, se evidencia que el impacto puede variar dependiendo del carácter de la cirugía, si esta es reparadora o mutilante; cabe mencionar, que existe la presencia de estrés y ansiedad a pesar de que el paciente tenga la seguridad de la finalidad curativa de la cirugía.

Adicionalmente, es indispensable tomar en cuenta el tiempo del proceso quirúrgico en su totalidad, es decir, la operación y su respectiva rehabilitación, debido a que este tiempo podrá determinar si su recuperación es pronta y equilibrada, tomando en consideración los aspectos emocionales, personales e interpersonales. Esto nos permite establecer el grado de deterioro tanto físico como psicológico, dado que no todas las personas tienen la capacidad de afrontar diversas situaciones (Baquerizo, s. f.). Se debe considerar que el paciente atraviesa por un proceso de pérdida de la intimidad, autonomía y funcionalidad y, en ocasiones, la excesiva pasividad del proceso son otras de las circunstancias que dan motivos a malestar. Es importante mencionar que el paciente no solo experimenta un proceso operatorio; a más de eso, se enfrenta a un ambiente hospitalario, el mismo que es frío y ajeno, lleno de ruidos extraños que marcan cada pulsación del cuerpo o diferentes funciones orgánicas, siendo así factores que producen ansiedad y que recuerdan constantemente la enfermedad.

Con lo antes mencionado, podemos deducir que la ansiedad posquirúrgica es un sentimiento de incomodidad continuo que pone en marcha una serie de respuestas desagradables en los diferentes componentes, tales como: fisiológicos, psíquicos y conductuales. Por lo tanto, una de las formas más idóneas de reducir los niveles de ansiedad es mediante la psicoeducación, en donde, el paciente se encuentra informado de todo su proceso quirúrgico y hospitalario porque la inexistencia de dudas contribuye a que dichos niveles de ansiedad no se disparen y esto facilite la temprana recuperación.

Ahora bien, dentro de la intervención, el papel fundamental que toma el psicólogo es crear un ambiente de confianza y empatía con el paciente de modo que, el mismo exprese sus preocupaciones acerca de la intervención. Para ello, el profesional utiliza diversas técnicas, entre las que podemos destacar: la distracción cognitiva, la misma que, consiste en poner la atención en otra cosa en el momento que aparezca un pensamiento que nos produzca malestar o ansiedad (Pickett y Clum, 1982); la reevaluación positiva, esta técnica se basa en el cambio de pensamientos negativos respecto a la intervención y hospitalización por otros positivos (Del Barrio, 1994; Lozano, 1996); la relajación, se usa para ayudar a reducir la tensión muscular y el estrés, bajar la presión arterial y controlar el dolor (Berstein, 1983); Y desensibilización sistemática, esta técnica se basa en la relajación, pero además el paciente debe visualizar los aspectos que le producen ansiedad de forma ordenada (Del Barrio, 1994).

Todas las técnicas mencionadas con anterioridad se deben aplicar de acuerdo a las necesidades del paciente que serán determinadas mediante el proceso de evaluación. Tomando en consideración que cada una de ellas cuenta con una finalidad específica, que en conjunto permiten reducir los niveles de ansiedad, estrés y miedo del paciente durante

todo el proceso operatorio, que determina en gran medida una adecuada adaptabilidad y garantiza el bienestar físico, psicológico y social del individuo.

Se concluye que el estado psicológico prequirúrgico afecta a la recuperación posquirúrgica, en el sentido de que los pacientes con un mejor estado psicológico antes de la cirugía son los que se recuperan con mayor facilidad. De modo que las intervenciones deben ser realizadas de forma clara y sencilla, sin ocultar la gravedad de la enfermedad, ni la seriedad, peligro o resultado de la misma y siempre desde una posición empática. En donde el individuo debe sentir la libertad de preguntar lo necesario hasta que comprenda lo que conlleva la recuperación de una intervención quirúrgica.

Además, las diversas técnicas que ocupa el profesional se aplican dependiendo de las necesidades de cada paciente, tomando en cuenta diversos factores sociales, familiares, económicos, personales e interpersonales que faciliten su recuperación; esto se lleva a cabo mediante la comunicación, apoyo, demostrando paciencia, acompañándolo e incluyendo a la familia más cercana. Aquí, el profesional debe prevenir recaídas que pueden ser peores que la enfermedad. Tomando en cuenta que el primer paso fundamental para afrontar el proceso quirúrgico es la psicoeducación, puesto que, los niveles de estrés y ansiedad de los pacientes disminuyen en el momento de recibir toda la información clara y concisa acerca de su enfermedad y sus consecuencias.

Finalmente, la intervención quirúrgica es vivida por el paciente como una amenaza hacia la vida que previamente llevaba con normalidad; por ende, va a producir incertidumbre y consecuentemente ansiedad. Se considera por ello necesario que los profesionales de la salud mental brinden acompañamiento psicológico continuo a estos tipos de

pacientes, con el objetivo de desarrollar en los mismos una visión más realista del proceso quirúrgico y un grado esperable de ansiedad frente al peligro. Además, permitirá aportar a una recuperación más rápida tras la intervención quirúrgica, y sobre todo solventar dudas mediante la psicoeducación, la cual es la técnica terapéutica más efectiva en casos de pacientes con ansiedad preoperatoria.

La preparación psicológica en pacientes que formarán parte de una intervención quirúrgica tiene por objetivo la prevención y disminución de emociones como la ansiedad, el estrés y temores, a fin de no hacer más largo el tiempo de la operación, ya que esta puede complicarse al igual que la enfermedad.

Existen una amplia gama de intervenciones o terapias psicológicas aplicables para la disminución de la ansiedad médica y el estrés psicológico ante un tratamiento o intervención quirúrgica. Se pueden aplicar alternativas en el manejo conductual, no solo las farmacológicas, sino también, establecer intervenciones y programas psicológicos con el propósito de poder ayudar a los pacientes a controlar y manejar la conducta y el pensamiento ante ciertas enfermedades.

Una intervención quirúrgica puede llegar a ocasionar un posible factor de estrés psicológico. Esto es debido a que al ser una situación de incertidumbre puede percibirse como amenazante según la percepción de cada paciente, puede llegar a generar preocupación, malestar y por ende provocar la demarcación de estrés psicológico, por lo que en toda intervención de tipo quirúrgica se le exige una preparación al paciente donde se incluyan todos los factores locales y generales, así como la preparación psicológica para poder proseguir con el procedimiento quirúrgico en sí.

2.2. Propósitos y objetivos de la intervención psicológica pre y posoperatoria

El propósito fundamental de la intervención psicológica se enfoca en la comprensión, predicción y cambio de las conductas sociales de las personas, así como modificación de aquellos aspectos que puedan ser nocivos dentro de su entorno, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de estas. Dicho de otra manera, esta disciplina tiene como objetivo central incrementar el bienestar individual y colectivo, a través del desarrollo psicológico de las personas y de sus vinculaciones con el entorno social.

Algunos objetivos en la intervención psicológica dentro del ámbito pre y posoperatoria son prevenir y disminuir emociones en los pacientes como ansiedad, estrés, pánico y miedo; también buscar la manera de que se tenga una buena comprensión del proceso quirúrgico y sus implicaciones. Otro objetivo importante dentro de esta atención es el ayudar al paciente a tener mejor tolerancia al dolor y percepción del mismo; el colaborar en la recuperación es otro de los objetivos que el psicólogo se propone con el paciente.

Dentro de los requerimientos necesarios para poder establecer una correcta psicoprofilaxis es que se tenga claro cuáles son las pruebas psicológicas que se va a utilizar en el proceso, ya que estas deben de ser correctas para evitar invadir al paciente o tener una mala intervención, otro requerimiento es el dar un adecuado diagnóstico al paciente siempre enfocándose en relación a la ansiedad y el miedo; por último, se debe de considerar en el plan terapéutico tanto el tratamiento psicológico como médico.

Los resultados muestran que los sujetos con mayor ansiedad prequirúrgica son los que, después de la intervención, experimentaron ansiedad, satisfacción menor con el funcionamiento del hospital, episodios de fiebre y menor presión sistólica.

Podemos concluir que el estado psicológico prequirúrgico afecta a la recuperación posquirúrgica, ya que los pacientes con mejor estado psicológico antes y después de la cirugía se recuperan más fácil. La ansiedad prequirúrgica que experimentan los pacientes se ve influenciada por la evaluación que el paciente realiza ante la situación de someterse a dicha intervención quirúrgica. Ante esta situación se deben elaborar técnicas psicológicas dirigidas especialmente a solventar la problemática del paciente quirúrgico, ya que así de esta forma es probable que se consigan mejores resultados, y el conocer los predictores de la ansiedad prequirúrgica será necesario para diseñar estas terapias con el objetivo de reducirla.

2.3. Psicoprofilaxis quirúrgica

La psicoprofilaxis es un término derivado del griego que significa “prevenir, tomar precauciones” La palabra quirúrgico significa “relativo o perteneciente a la cirugía” que es el arte de trabajar con las manos, trabajo manual. La psicoprofilaxis quirúrgica es el proceso terapéutico de objetivos preventivos, focalizado en la situación quirúrgica y planificado para promover en el funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental del enfermo (o paciente) recursos que lo orienten a:

- Afrontar la operación (o intervención).
- Reducir efectos, eventualmente adversos, para el psiquismo.
- Facilitar la recuperación biopsicosocial.

Toda intervención quirúrgica es un acontecimiento desconocido que irrumpe en la vida cotidiana del niño y su familia, o la repetición de una experiencia cargada de afectividad que pudo haber sido desagradable, constituyendo una amenaza a su integridad física y familiar.

Las ideas que las personas tienen respecto de la cirugía están impregnadas de creencias y fantasías que provocan temores y una carga de ansiedad excesiva, impidiendo transitar por esta situación con un control emocional y recuperación adecuados.

Diversos autores han señalado la probable relación entre el estado psicológico preoperatorio y la aparición de complicaciones orgánicas posoperatorias.

2.3.1. Técnicas y recursos utilizados en psicoprofilaxis quirúrgica

Modelado

La técnica de modelado de conducta está basada en la teoría del psicólogo Albert Bandura que postula el Aprendizaje Vicario o Aprendizaje Social, que es la adquisición de nuevas conductas por medio de la observación y de la imitación.

Lo que este autor propone es que no todo el aprendizaje se logra experimentando personalmente las acciones. A diferencia del aprendizaje activo (aquellos conocimientos que se adquieren al hacer las cosas), el aprendizaje vicario o aprendizaje social es el que tiene lugar observando a los otros. Se aprenden, por tanto, nuevas conductas siguiendo los modelos vistos en otras personas con las que se identifica el que aprende, sin necesidad de práctica. Por ejemplo, los niños, y también los padres, pueden contemplar una cinta de video en la que se muestra cómo otras personas afrontan todas las etapas del proceso quirúrgico, así aprenden por imitación cómo deben actuar ante esa situación.

Distracción

El uso de estas técnicas es aconsejable en situaciones puntuales. Tienen como objetivo “distracer” o alejar al paciente de sus pensamientos, sentimientos y sensaciones, por un período corto de tiempo. Es decir, que cambie su foco atencional desde el interior al exterior.

Relajación

Su objetivo es disminuir los signos corporales asociados a la ansiedad. Dentro de ellas están el control de la respiración (disminuir el ritmo respiratorio, y aumentar el ingreso de aire) y la relajación progresiva de Jakobson, proceso mediante el cual un individuo es capaz de lograr determinado grado de distensión muscular y psíquica empleando diversas estrategias. La relajación debe ser anterior a la distracción, a los fines de potenciarla; sin embargo, también es necesaria para que los niños presten atención a las palabras de los profesionales.

2.4. Intervención psicológica en una unidad de dolor

En el año de 1973 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, el término dolor fue desarrollado y definido como una experiencia desagradable a nivel sensorial y emocional, que se relaciona con una lesión real y potencial (Coutaux, 2019). Por lo tanto, es necesario considerar la integración de aquellos aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales en términos generales de tal lesión en el individuo que genera un desajuste general, para así buscar el mayor bienestar y mejorar su calidad de vida (Domínguez, 2019).

En palabras de Zaneti et al. (2020) el dolor se ha asociado para describir sentimientos de pena, tristeza o lástima con una alta intensidad, derivados de las experiencias emocionales y anímicas. Siendo así, las personas

experimentan dicho dolor cuando diferentes regiones corticales del sistema nervioso central reciben a través de un sistema aferente inactivo, una cantidad suficiente de estímulos, lo que desencadena una sensación desagradable o incluso respuestas emocionales.

Dentro de los aspectos psicológicos, con base en Pérez (2020) se han considerado de manera subliminal, similar a la lesión, aunque no sea objetivo, sé válida como algo real. Por ello, el dolor se ha mantenido en segundo plano por ser un fenómeno no susceptible a la observación y cuantificación, desde los inicios de la medicina científica.

Además, de acuerdo con Cladyz (2019) el dolor crónico hace que el profesional de psicología juegue un rol importante, debido a que este constituye un cuadro complejo, que se define por la presencia de una serie de problemas específicos, los cuales se detallan a continuación:

- Percepción del fracaso de los recursos terapéuticos y escasa confianza de que se pueda encontrar un remedio eficaz.
- Dificultad para discriminar y describir los elementos del cuadro clínico.
- La información de que dispone y proporciona el paciente es difusa y ambigua.
- Exceso de reposo y reducción del nivel de actividad física, agravados a menudo por la coincidencia de la edad avanzada y la jubilación.
- Abuso y posible dependencia de narcóticos y psicofármacos.
- Trastornos del sueño y deficiente calidad reparadora del mismo.
- Alteraciones del humor y estados de ánimo.
- Reducción en el nivel de actividad funcional.
- Deficientes repertorios de habilidades en diversas esferas

adaptativas, por falta de aplicación.

- Deterioro de las habilidades de comunicación e inadecuadas pautas de relación interpersonal o habilidades sociales.
- En la interacción social, predominio de los repertorios comunicativos relacionados con el dolor.
- Problemas de comunicación con los profesionales.
- Abandono del trabajo y los consiguientes problemas de contacto y de relación social.
- Ausencia de alternativas conductuales competitivas con las conductas de dolor.
- Reducción en el acceso a las consecuencias naturales propias de las actividades normales: ambiente natural empobrecido.
- Restricción de las fuentes de estimulación alternativa o distracción.
- Modificaciones en el ambiente familiar.
- Relaciones familiares basadas en la asistencia y el cuidado del paciente. Falta de autonomía personal.

2.5. El “puzzle” del dolor

Un puzzle empieza como la propia vida, hecho de una endemoniada confusión, pero las piezas del primero van encajando (a veces). Las piezas del dolor están por ahí tratando de configurarse en un modelo que contemple tanto el fenómeno en si como su tratamiento de forma integrada. Los modelos multidimensionales del dolor describen o proponen un cierto número y tipo de factores o de categorías que se articulan o se organizan en un esquema de integración funcional en el ámbito psicológico.

2.6. Técnicas motoras

La rehabilitación es el tratamiento que contribuye a facilitar la movilidad de las articulaciones, disminuyendo las conductas del dolor en los pacientes. Esto acompañado de la actividad física incrementa la actividad en el área afectada, permitiendo una mejor rehabilitación y evitando el “síndrome de desuso” que es causado por la falta de utilización del área problema. El proceso de rehabilitación incide en todas las áreas del estilo de vida del paciente, como son el autocuidado, familiar, profesional y principalmente en las actividades de ocio y distracción (Rubio et al., 2017).

Varios estudios evidencian una mejoría en el manejo del dolor en aquellos pacientes que mantienen una vida activa y saludable, permitiéndoles sobrellevar el problema existente.

2.7. Adecuación de las quejas de dolor

En lo posible, es necesario que los familiares sean parte de los objetivos propuestos, para que motiven al paciente, en la colaboración, con los diferentes procesos, puede ser el tratamiento de medicamentos, psicológico, médico. Sin embargo, existe la posibilidad encontrar déficits en las habilidades de comunicación dentro de la familia o las redes de apoyo del paciente, para esto se debe realizar entrenamiento de dichas habilidades, específicamente, se entrena a no prestar atención a las quejas inadecuadas, pero también a reforzar las conductas de autonomía del paciente. La expresión de emociones es especialmente relevante para los pacientes con dolor.

2.8. Técnicas cognitivas

El objetivo de las técnicas cognitivas es el poder modificar los aspectos evaluativos y atencionales de la percepción del dolor. Para esto se tiene 3 fases, una educativa, de adquisición y entrenamiento en habilidades y, por último, fase de aplicación de las técnicas. Estas fases deben tener preparación, afrontamiento, manejo y el auto refuerzo.

2.9. Técnicas cognitivas y fisiológicas para el tratamiento del dolor

Se sabe de la posible existencia de múltiples razones por las que se debe considerar la intervención psicológica como una parte importante para el manejo del dolor, la razón más considerable es que el dolor experimentado como catastrófico se relaciona con una posibilidad de experimentar niveles altos de dolor y angustia psicológica, además que el desarrollar un sentido de confianza o autoeficacia en relación a la capacidad de control del dolor se ha visto asociada con menos dolor y mayor bienestar psicológico, siendo así que el implemento de técnicas psicológicas para disminuir el dolor es necesario, por lo que además de técnicas cognitivas es importante también brindar psicoeducación acerca de lo que es el dolor, los factores que influyen en este y como poder generar un ambiente óptimo para enfrentar el dolor (Cortés, 2015).

Se han destacado algunos procedimientos psicológicos, como por ejemplo las técnicas de distracción, el uso de la imaginación y entrenamiento en respiración relajación, para de esta forma poder aliviar el dolor y reducir, siendo la distracción una de las técnicas más destacadas. De igual forma, se ha utilizado con alta frecuencia la técnica de relajación, evidenciando así que una intervención cognitivo-conductual en relación a la relajación y a las estrategias de afrontamiento

también tiene un papel relevante, siendo así que las técnicas fisiológicas para el manejo del dolor, como técnicas de relajación progresiva de Jacobson, respiración diafragmática biofeedback y técnicas cognitivas como transformación imaginativa del dolor y del contexto, desviación por medio del pensamiento y de estímulos externos y somatización. Siendo estas algunas de las técnicas más utilizadas para el tratamiento del dolor (Cortés, 2015).

La intervención psicológica es muy necesaria para la adhesión del tratamiento médico, por ende, la actividad de un psicólogo es muy indispensable para cumplir ciertos objetivos dentro de la unidad de dolor, como es reducir las quejas de dolores en un sentido amplio, a su vez ayudar al paciente en la mejora de su estilo de vida, en ciertas actitudes que van a favorecer en diferentes ámbitos (González, 2014).

Cómo en cualquier intervención sanitaria, siempre se debe empezar con una correcta evaluación, dado a la magnitud de factores psicológicos y sociales que llegan a experimentar los pacientes. Se empieza con cuestionarios, entrevistas, escalas y registro, para obtener un enfoque más claro acerca del dolor y su relación con el paciente, el curso del dolor, limitaciones laborales o sociales, estrategias que tiene el paciente ante el dolor, el apoyo social, entre otros (González, 2014).

Según la versión actualizada de la definición de dolor de la IASP en 1979, el dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real o potencial (Pérez, 2020). En cuanto a este último, cabe recalcar que el dolor potencial “es un dolor persistente que puede autoperpetuarse por un tiempo prolongado después de una lesión, e incluso, en ausencia de ella, siendo refractario a los tratamientos y se asocia a importantes síntomas psicológicos” (Ferrandiz, s.f).

Sin embargo, Penzo (1989) realiza aportes importantes que complementan la conceptualización del dolor, sobre todo desde un enfoque psicológico, resaltando que: el dolor es una experiencia subjetiva, una experiencia compleja que va mucho más allá del componente sensorial. Asimismo, la definición del dolor toma importancia en el informe verbal del sujeto que lo experimenta e implica asociaciones entre la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo. Es de este modo que Donker (1991) propone que el dolor es un fenómeno complejo y, a menudo, sino siempre, causalmente determinado, resaltando que cualquier experiencia dolorosa tiene componentes sensoriales, afectivos, motivacionales, cognitivos y sociales, implicando que la parte psicológica sea fundamental para lograr un tratamiento óptimo.

De este modo, dentro del campo de tratamiento del dolor, la psicología ofrece varios recursos que pueden contribuir a una mayor efectividad en su tratamiento como enfermedad y a una mayor adaptación del paciente en su vida cotidiana. Desde una perspectiva bio-psico-social del dolor, en donde la intervención psicológica es necesaria para ofrecer una terapia efectiva, maximizando la adhesión al tratamiento médico y creando cambios en el estilo de vida y las actitudes del paciente que aportan beneficios en otros ámbitos (Groves y Muskin, 2006).

2.10. Algunas consideraciones importantes sobre el dolor

Desde el inicio de la medicina científica se ha puesto en segundo plano al dolor, puesto que se lo ha considerado como un fenómeno “no susceptible de observación y cuantificación”, motivo por el que, los médicos no lo trataban ni lo consideraban un problema que necesita intervención. Pese a ello, la contribución de Fordyce fue fundamental y consistió en mostrar la eficacia de los métodos conductuales para ayudar

a los pacientes que padecían dolor, lo que convertía a los psicólogos en agentes fundamentales de la evaluación y del tratamiento del dolor (Barber, 2000).

Acotando a este punto de vista, Sternbach (1974) menciona que el dolor crónico, siendo una experiencia compleja, se define por la presencia de muchos factores:

- En primer lugar, existe una percepción del fracaso de los recursos terapéuticos, tanto los impartidos por el profesional como los controlados por el paciente, además de que existe poca confianza en encontrar una cura eficaz.
- Otro factor es la poca información que tiene el paciente respecto a su enfermedad o su situación, lo que dificulta el cuadro clínico.
- Existe un exceso de reposo y una reducción en el nivel de actividad física.
- Se da un abuso y una posible dependencia del paciente a los narcóticos y psicofármacos.
- Hay alteración de los hábitos de sueño y alimentación, estado de ánimo.
- Abandono de trabajo o actividades académicas.
- Restricción de los estímulos externos o distractores.
- Modificación en el ambiente familiar. La dinámica gira en torno al cuidado del paciente.

De esta manera, se determina la implicación del psicólogo hospitalario de manera significativa en el tratamiento del dolor. El autor Fordyce y su equipo, en 1968 escribieron un artículo sobre la exitosa modificación

de conducta de los pacientes con dolor crónico que poblaban las clínicas de dolor, prestando atención al propio dolor, más que a algún proceso subyacente y distinguiendo dos grupos importantes de conductas de dolor:

Por un lado, están las conductas de dolor respondientes, que son conductas reflejas (por ejemplo: vocalizaciones de dolor, llantos, expresiones faciales de dolor) elicitadas por estímulos antecedentes nocivos. Cualquier estímulo emparejado regularmente con el estímulo nocivo o doloroso puede llevar por sí mismo a provocar respuestas similares.

Luego tenemos las conductas de dolor operantes, que son emitidas por las consecuencias ambientales que las siguen. Cualquier conducta de dolor seguida de consecuencias positivas (vocalizaciones de dolor seguidas de atención, afecto, cuidado, dispensación de analgésicos, masaje, etc.) Es más probable que vuelva a aparecer, mostrando un incremento en su frecuencia.

Por ello, cualquier conducta de dolor seguida de la desaparición y/o evitación de una consecuencia desagradable es más probable que vuelva a aparecer (conductas de dolor seguidas de dejación de responsabilidades, dejar de realizar una tarea desagradable, reducir o eliminar la actividad laboral molesta, evitar responsabilidades no deseadas), lo que abre la posibilidad de incrementar el deseo del paciente de mantenerse hospitalizado. El comportamiento de dolor se compone tanto de conductas respondientes ante la estimulación patógena antecedente, como de conductas operantes mantenidas por las consecuencias ambientales contingentes.

Por lo tanto, las piezas del dolor vagan tratando de configurarse en un modelo que contemple tanto el fenómeno en sí como su tratamiento de forma integrada. Los modelos multidimensionales del dolor describen

o proponen un cierto número y tipo de factores o de categorías que se articulan o se organizan en un esquema de integración funcional en el ámbito psicológico. El más influyente de tales modelos es el de Melzack y Casey (1969), que sistematiza los fenómenos de dolor en tres categorías mencionadas en la Figura 6.

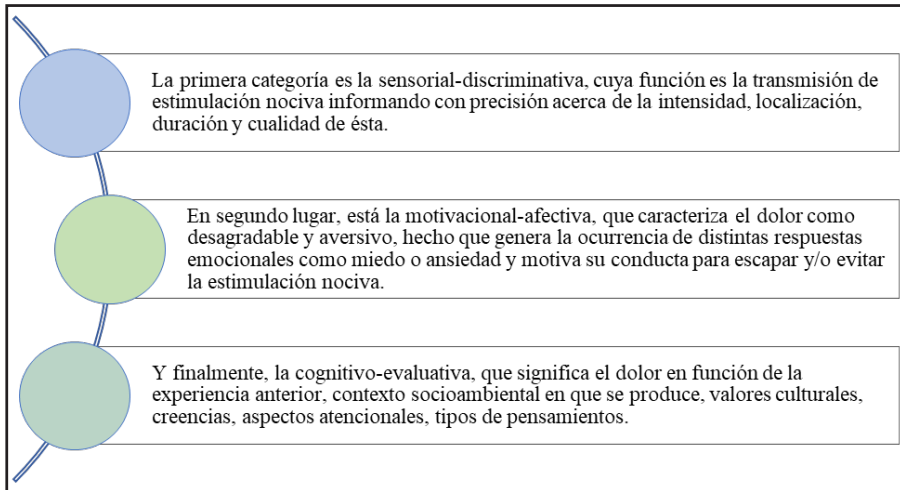


Figura 6. Categorías de los fenómenos del dolor de Melzack y Casey.

Asimismo, dentro de la psicología del dolor y la intervención en las unidades hospitalarias, se establece la relevancia de la clasificación del dolor en el ámbito psicológico y, si bien, categorizar todos los tipos de dolor, se torna imposible. Independientemente del área de localización, ámbito o clínica, por lo que se pretende estudiar al dolor se puede determinar que no funciona como un ente individual, solitario o ausente de cambio. Ya que el dolor es multideterminado y las clasificaciones se dan únicamente con el afán de reconocer la pluralidad y modalidades que se pueden presentar. Además, de estipular desde la psicología lo que se puede hacer para paliar o reducir sus efectos.

De tal manera, se pueden clasificar por su localización o mecanismo neurofisiológico implicado. Es decir, de acuerdo con donde se ubica, (órganos, tejidos o estructuras) o deriva el dolor. Así, se basa netamente en un criterio anatómico que conlleva consigo interés psicológico, en torno a que, dependiendo de la localización, se establece la incapacidad derivada del mismo, y cómo los estados emocionales pueda ser referentes para que el dolor puede sobrellevarse o intensificarse en torno a la afectación de las diversas áreas del funcionamiento del individuo.

Consecuente, en esta clasificación, se encuentra el dolor *cutáneo o periférico*, relacionado a aquel con localización externa, de características claras, y fácil identificación, que, en la psicología, establece una relación directa del paciente con su malestar, pues “El paciente relaciona su dolor con lo que observa; teniendo una comprensión clara de lo que le está ocurriendo “pudiendo mantener sus procesos cognitivos y emocionales estables”. *El dolor somático profundo*, referente a una localización difusa, que produce un dolor “sordo” y genera déficits en la discriminación de la información en el paciente, lo que puede generar ambigüedad en su interpretación.

El dolor visceral, referente a aquel que aparece de manera punzante y constante, expresado a través de espasmos o tracciones que generan dolores temporales, por lo que el paciente puede confundir la causal de su dolor y entorpecer la solicitud de ayuda de salud temprana. Finalmente, *el dolor neuropático*, en relación con el dolor derivado de la afectación del sistema nervioso, que resulta en una constante afectación, por lo que, puede ser crónico y constante. En este tipo de dolor, se realza la intervención de la psicología, pues, se da la consideración de la influencia del estado emocional y las reacciones en torno al dolor. En donde aparecen estos dolores sin justificación específica, conocidos como de tipo somático o neuropático, procedente del hecho que, no

conlleven una explicación orgánica, pero sí a nivel de la psiquis del individuo (Remor et al., 2003).

“Los aspectos emocionales del dolor pueden ser considerados como antecedentes, concurrentes o consecuentes de la experiencia dolorosa” (Rodríguez, 2001). De manera que los acontecimientos que suponen un estrés vital en el desarrollo del individuo pueden aumentar o perpetuar la experiencia dolorosa. Y extrapolando esto a las unidades del dolor, se podría decir que, las influencias de las reacciones emocionales pueden significar factores protectores o de riesgo de acuerdo con el caso y cómo se dé la intervención en su trabajo. Destacando la presencia de la neuroinmunofisiología en la psicología hospitalaria y su relevancia en el medio y el estudio.

Otra clasificación del dolor se da por la temporalidad, es decir, duración, curso e inicio, pudiendo presentarse el dolor crónico referente a una experiencia dolorosa mayor a la duración estándar de seis meses de acuerdo con los criterios del DSM, que además no tenga una explicación orgánica entre sus características. Dentro de esta categoría se expresan las patologías con mayor frecuencia en las unidades del dolor, ya que son aquellas con experiencias dolorosas constantes y frecuentes (González, 2014).

Por otro lado, la evaluación psicológica del dolor pretende obtener información de acuerdo con tres dimensiones de la experiencia de dolor: *sensorial-discriminativa*, *motivacional-afectiva* y *cognitivo-evaluativa*. Y para ello, los criterios específicos a considerar serán: la intensidad, frecuencia, duración y localización del dolor, ya que, dependiendo de ello, se determinará el grado de afección y el mantenimiento de los conflictos. Dentro de la evaluación psicológica del dolor se priorizan, pues, los cambios que se pueden dar y expresar de acuerdo con cada

paciente y las características de su dolor varían. Por lo tanto, sus formas de afrontamiento, cogniciones, habilidades de interpretación etc., en torno al proceso de dolor también.

Al hablar acerca de las conductas de dolor, hacemos referencia a un conjunto de comportamientos que tienen como elemento común ser significativos de dolor o ser interpretados como tales por los miembros del entorno del paciente (Remor et al., 2003). Generándose, diferentes categorías de comportamientos relacionados al dolor como, por ejemplo, lo presentado a continuación en la Tabla 5, establecido por Fordyce (1976).

Tabla 5. Comportamientos relacionados al dolor según Fordyce (1976)

<i>No verbales</i>	Suspiros, gemidos, contracciones, adopción de posturas compensatorias.
<i>Informes verbales</i>	Descripciones de la intensidad, localización.
<i>Peticiones de ayuda</i>	Fármacos, masajes, atención médica, ser eximido de una tarea.
<i>Limitación funcional</i>	Reposo, interrupción de actividad.

El hecho de que la conducta de dolor le reporte cierto grado de utilidad al paciente, no quiere decir que éste utilice deliberadamente el dolor para obtener tales beneficios, sino que ha aprendido la relación existente entre dicha conducta y sus consecuencias (Remor et al., 2003).

Se pudo considerar que las reacciones cognitivas, vienen correlacionadas con las expectativas previas de las personas hacia el dolor y cómo esta se ha desarrollado en su vida cotidiana, abarcando el contexto personal y social. La existencia de pensamientos irracionales acerca del dolor suele ser relativamente frecuente, y cuando esto ocurre, el paciente recurre a un tipo de explicación que en algunos casos es más

aversiva que el propio dolor (“no podré soportarlo”, “esto, es que la enfermedad está empeorando”). Asimismo, la atención hacia el dolor y los pensamientos generados pueden potenciar y también disminuir el dolor (Remor et al., 2003).

Siendo así que la cantidad de dolor que puede percibir una persona dependerá de una multitud de factores modificadores que pueden potenciar o mitigar el sufrimiento (Tomás, s.f). Una de las características, aunque no en todos los pacientes, del dolor es la incapacidad para prever la aparición de los episodios, y/o los cambios en la intensidad y duración de éstos. A esto se debe añadir la evaluación que el paciente hace de este hecho, en términos del grado de control que percibe tener sobre el problema. En directa relación con lo señalado, está la consideración y evaluación de las estrategias de afrontamiento para el control del dolor y otras situaciones problemáticas ligadas a él, que ponga en marcha el paciente (Remor et al., 2003).

Por lo tanto, el estado emocional es el aspecto principal de la valoración del resultado del tratamiento junto a la intensidad del dolor. Entre los trastornos emocionales relacionados con el dolor se incluyen la *depresión* y la *ansiedad* (Prieto, 1999). Para la persona, el dolor crónico es un hecho con frecuencia incontrolable y a menudo con crisis de dolor agudo impredecibles, y en tanto no disponga de medios y habilidades para ejercer algún control sobre él, genera un estado de indefensión caracterizado por *pasividad motora*, *pensamientos depresivos* y *bajo estado de ánimo* (Remor et al., 2003).

A todo esto, hemos de tener en cuenta que la dimensión del dolor actúa como vehículo de interacción con el medio, de modo que el paciente recibe mucha atención al principio, por parte de familiares, amigos, profesionales, etc., estableciendo una pauta de comunicación centrada en el dolor que perpetúa a éste en el tiempo.

Esta pauta de comunicación a medio plazo se vuelve contra el mismo paciente, ya que termina provocando la evitación de los mismos que al principio mostraban tanta atención. Es necesario, además, evaluar si existen déficits para responder adecuadamente ante situaciones sociales que puedan generar un incremento de la ansiedad. Asimismo, se valorará si la ocurrencia de dolor puede ser un camino para resolver problemas de tipo social o de relación.

A modo de conclusión, es importante considerar que el dolor no solo es una experiencia sensorial y física sino también emocional. Es por ello que también, los psicólogos actúan como mediadores de la percepción, mantenimiento y exacerbación del dolor. Además, el dolor desencadena tanto respuestas fisiológicas como psicológicas (el estrés, la ansiedad y la agitación). Además, el dolor es una verdadera experiencia que amenaza la integridad física, emocional, psicológica y social. Por último, se cree que la evaluación e intervención del dolor únicamente se realiza por parte del personal médico con la administración de medicamentos y procedimientos de cuidado para aliviar el dolor. Sin embargo, el psicólogo tiene a su disposición distintas intervenciones que mejoran el manejo del dolor como estrategia no farmacológica.

Asimismo, la psicología del dolor en el ámbito hospitalario significa un tema de interés para los profesionales que se desempeñan en el área. Pues, conforme los estudios avanzan, se da más relevancia a la influencia psicológica en los mecanismos y procesos orgánicos. Y con la implementación de conocimientos de este tipo, se dará paso al fomento de una salud multidisciplinaria y en conjunto. Pues, el dolor no es estático, específico o ausente de cambios, sino que es multideterminado, por lo que se necesita del trabajo multidisciplinar para su eficaz tratamiento. Resaltando que el papel del psicólogo en la

unidad de dolor se vuelve parte fundamental para la evaluación integral de los pacientes, además de que garantiza una mayor efectividad en el tratamiento y una mejor adherencia al tratamiento. Además, fomenta que los pacientes tengan mayor control sobre su dolor y tomen un papel activo en su recuperación, favoreciendo su posterior adaptación al medio.

2.11. Intervención psicológica en pacientes con diferentes patologías

2.11.1. Intervención psicológica en pacientes amputados

La amputación es una de las técnicas quirúrgicas más antiguas, especialmente para los heridos en el campo de batalla, hoy afortunadamente, las indicaciones de amputación son más limitadas por la mayor disponibilidad del método reconstructivo. Así mismo, debido a que los avances en prótesis y el menor número de barreras arquitectónicas, cada vez es más posible integrar a los amputados en la sociedad (Zas-Ros, 2016).

La pérdida de una extremidad trae muchos cambios en la vida de una persona y esta nueva realidad representa un desafío personal, puesto que constituye una práctica traumática, con un proceso de recuperación en donde el paciente debe reconstruir su cuerpo física, psicológica y socialmente para poder vivir (Tonon et al., 2010). Como todo evento destructivo de la vida, la amputación puede generar gran preocupación para el paciente y su familia, especialmente si se trata de un niño o joven. Suelen presentarse reacciones de depresión o ansiedad, que en casos extremos proporcionan un cuadro claro de psicopatología (Melita y Lorimer, 2011).

El duelo es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida como una amputación, por lo que el amputado es la única persona que sufre directamente, aunque su familia y amigos puedan simpatizar con él. La falta de rituales de despedida que alivien el duelo aumenta los sentimientos de soledad y dependencia y dificulta dicha preparación (Mantilla y Fernández, 2019).

Según Zas-Ros (2016), los procesos del duelo son distintos en cada etapa de la vida. En la Figura 7 se presenta un resumen acerca del proceso en cada una de ellas.

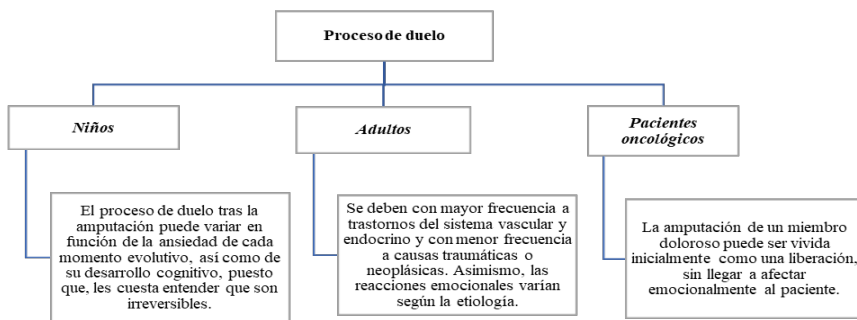


Figura 7. Procesos del duelo según Zas-Ros.

Es importante señalar que el duelo se caracteriza por:

- La presencia de períodos de shock y embotamiento de la sensibilidad suelen durar de horas a días o semanas.
- Fase de anhelo y búsqueda, en la que el sujeto se esfuerza en recuperar lo que ha perdido.
- Fase de desesperanza y desorganización.
- Fase de reorganización.

Melita y Lorimer (2011), mencionan que, para tratar estos casos, es importante tener un abordaje multidisciplinario que incluya tratamiento físico, farmacológico y psicoterapia.

Es indiscutible que las amputaciones, a más de ser una pérdida física, es un desgaste emocional difícil de sobrellevar para el individuo. La intensidad de reacciones emocionales no se hace esperar, debido a la incapacidad y limitación en la funcionalidad individual. Es ahí donde la atención psicológica se constituye como un apoyo profesional fundamental para los pacientes amputados y sus familiares, ayudando a prevenir los desórdenes psicosociales que conlleva acompañamiento psicológico antes, durante y después de la intervención quirúrgica, teniendo como principal meta la adaptación y rehabilitación del paciente (Mantilla y Fernández, 2019).

Por ende, la rehabilitación puede llevarse a cabo en un corto período de tiempo, dependiendo del perfil socioemocional del individuo. Por ejemplo, algunas personas tienen más probabilidades de adaptarse al uso de prótesis y alcanzar un nivel adecuado de independencia funcional, lo que les permite desenvolverse adecuadamente, pero, en otros casos, este proceso es más lento de lo esperado, creando dificultades emocionales y físicas en los sujetos (Tonon et al., 2010).

Un factor predisponente para que la persona desarrolle problemas psicológicos es el dolor del miembro fantasma, es decir el intento por adaptar a la mente la ausencia de la parte de su cuerpo que aún en su cerebro no ha sido procesada. Sin embargo, es muy frecuente que las personas amputadas no reciban una evaluación psicológica antes de la alta médica, tampoco se hace un seguimiento de la evaluación multidimensional es decir en todos los ámbitos de la persona no solo física (Mesquita, 2021).

Por ello, la intervención psicológica ha jugado un gran papel en los últimos años, intentando mejorar la calidad de vida, así como la adhesión al tratamiento. No obstante, dependerá de los distintos estilos de afrontamiento con los que el paciente cuente (Meingüer et al., 2018).

Del mismo modo, se deben emplear diversas técnicas de abordaje de acuerdo con la necesidad del paciente y con base a ellos poder ofrecer atención personalizada y fijar resultados a corto plazo, y así optimizar no solo su condición individual, sino también su entorno familiar, desarrollo laboral y social (Díaz et al., 2013).

Es importante recalcar que la perspectiva de la amputación genera miedo e incertidumbre, así como la amenaza del estrés. Este miedo está relacionado con los mensajes muy contradictorios que los equipos médicos envían a los pacientes que se someten a una cirugía (Meingüer et al., 2018).

Para el paciente, especialmente si antes era una persona agresiva e independiente, las limitaciones de la amputación y el hecho de que ahora tiene que depender más de los demás pueden ser un contratiempo muy frustrante y frustrante. En muchos casos, esto puede verse como una pérdida grave de la libertad de movimiento y un sentido dolorosamente elevado de inutilidad y dependencia (Mesquita, 2021). Según Zas-Ros (2016), la intervención psicológica debe incluir:

- **Valoración y diagnóstico:** el psicólogo clínico, mediante la realización de una entrevista inicial y, en su caso, con la ayuda de un test psicopatológico, debe informar si es necesaria una consulta psiquiátrica.
- **Tratamiento:** Un niño amputado necesita psicoterapia específica de acuerdo con su etapa de desarrollo. Es importante considerar la actitud evitativa y las dificultades de comunicación directa de los niños ante la enfermedad y la amputación.

Por otro lado, hay evidencia sobre investigaciones en las que se han aplicado técnicas terapéuticas novedosas, tal es el caso de De Roos et al. (2010), quienes realizaron un programa terapéutico basado en la utilización de la técnica EMDR (eye movement desensibilization and reprocessing o desensibilización y reprocesamiento a través del movimiento de los ojos) con la finalidad de disminuir esta sensación tan molesta; con este tipo de intervención se logró reducir considerablemente el dolor, por lo que se concluye que utilizar una técnica enfocada en el trauma y los recuerdos de dolor permite generar cambios positivos a largo plazo en los sujetos con amputaciones.

La amputación es una discapacidad permanente adquirida y en algunos casos congénita que puede ocurrir en niños, adolescentes, adultos y ancianos, en cualquier etapa de la vida, pero puede causar un profundo sufrimiento al paciente y sus seres queridos. Los problemas posteriores a la amputación dependen en gran medida de la edad cronológica del individuo y están relacionados con las características psicológicas y físicas de la edad del individuo y del entorno social.

Comprender el comportamiento de los amputados requiere considerar los estímulos y las emociones generadas por los problemas del mundo real causados por la discapacidad. Los problemas pueden ser psicológicos, físicos, sociales, personales y naturales. Por ello, es importante que los amputados reciban apoyo psicológico adecuado a sus necesidades, evaluando los problemas reales que plantea la propia discapacidad y la interferencia de las limitaciones asociadas a la discapacidad. Habiendo identificado el problema de la amputación en sí mismo, las cuestiones físicas y psicológicas deben ser consideradas en relación entre sí debido a su estrecha y compleja interacción.

El apoyo psicológico es de vital importancia, ya que ayudará al paciente a afrontar de manera adecuada esta nueva situación a la que se enfrentará. Las intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas para pacientes que han pasado por una amputación pueden ir desde conversaciones durante la primera visita por parte del psicólogo, hasta la terapia familiar cuando sea necesario. Esto hará posible que mejore la situación personal del paciente, aunque también el entorno familiar, laboral y social.

La intervención psicológica en pacientes amputados comienza desde la intervención prequirúrgica (de ser posible). Un gran número de evidencias sugieren que mientras mayor es la ansiedad, más lenta y complicada resulta la recuperación postoperatoria, lo que ocurre a través de mecanismos tanto conductuales como fisiológicos; por tanto, la preparación psicológica de los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico de amputación pretende prevenir y reducir sentimientos excesivos de ansiedad, estrés y miedo para no prolongar la operación, que puede complicar la enfermedad. También es necesario para el paciente tener una buena comprensión del proceso quirúrgico y sus efectos, participar activamente, cooperar con su recuperación, tolerar y percibir mejor el dolor y permitirse recibir apoyo psicológico (León, 2016).

Ahora, una vez amputado el miembro, el paciente experimentará un bucle enorme de emociones, pensamientos y sentimientos que el psicólogo deberá ayudar a gestionar, tanto para hacer más llevadero el proceso de aceptación y recuperación, como para facilitar la posterior adaptación psicosocial del paciente. Aquí aparece un concepto fundamental: el duelo, el cual se define como un conjunto de reacciones emocionales que aparecen como respuesta a una experiencia de pérdida. Freud consideraba que, en esencia, los síntomas del duelo eran similares a los de la melancolía, la depresión severa, un profundo y doloroso

abatimiento, la retirada de los intereses del mundo externo, la pérdida de la capacidad de amar e incluso la inhibición de la actividad. De acuerdo con González Reza, las fases fundamentales del duelo son: la negación, el aislamiento, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación. El tratamiento de pacientes amputados se lleva a cabo como el tratamiento terapéutico para el duelo, pues la negación funciona como amortiguador después de la noticia impresionante de la amputación, permitiendo estabilizar al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales. Sin embargo, cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su condición es cuando empieza a tener más síntomas. No puede seguir haciendo al mal tiempo buena cara, pues esto será pronto sustituido por una profunda sensación de pérdida (Patiño, 2020).

Entre estos sentimientos de pérdida se encuentra la ira, la cual implica un proceso asociado a una sobrecarga de asociaciones y recuerdos con el miembro amputado, intercalados con momentos de resolución de estas cargas. El paciente comienza a buscar culpables, usualmente Dios, la familia, uno mismo o los médicos, esto ocurre principalmente durante la etapa de negación. Esta etapa es difícil de manejar porque la ira se propaga en todas las direcciones, y se manifiesta por las emociones que son reprimidas en la primera etapa y ahora son expulsadas.

Cabe recalcar que la amputación puede llegar a tener dos polos opuestos en la vida emocional de los pacientes: en algunos de ellos representará alivio y un cambio revolucionario que aporta connotaciones existenciales a su calidad de vida, pues eliminar el miembro enfermo o que causa dolor les proporciona un gran alivio e incluso les permite ser más activos, limitándose menos por la amputación, y en consecuencia, centrarse más en su desarrollo personal, convirtiéndose así la amputación en una “cura o curación” de la enfermedad anterior.

La otra cara de la moneda es cuando el paciente concibe a la amputación como una limitación únicamente, dependiendo esto de la causa de la amputación e incluso qué extremidad fue amputada; pues, el ajuste psicológico ante la pérdida de las extremidades superiores toma mayor tiempo en comparación con la pérdida de las extremidades inferiores (Desmond, 2007; Saradjian et al., 2008; Mosaku et al., 2009). Por lo general, quienes tienen una amputación en sus extremidades superiores experimentaban un mayor estrés en los sujetos que no han sufrido este tipo de amputación. Por lo tanto, esto hace difícil el proceso de ajuste psicosocial, ya que se generan una gran cantidad de distorsiones cognitivas, síntomas de depresión y ansiedad en el individuo. Por otro lado, debe tenerse en cuenta que la propia amputación genera síntomas adaptativos en el sujeto e implica la adaptación a nuevas condiciones físicas y funcionales, y que la amputación crea limitaciones en la realización de muchas actividades que forman parte de los criterios diagnósticos de enfermedad. La insatisfacción con la imagen corporal se asocia con baja autoestima, mala imagen de sí mismo, problemas de identidad de género, ansiedad en las relaciones, problemas sexuales y depresión.

Todos los cambios que conlleva vivir con una amputación modifican paulatinamente la apariencia de una persona, incluyendo pérdida de masa muscular, mala circulación, etc. Algunos cambios serán permanentes, como los efectos de ciertas cirugías, incluidas las cicatrices; algunos otros cambios son puramente estéticos, mientras que otros cambios también pueden causar disfunción. Se ha observado que estos cambios están asociados a la insatisfacción corporal y al deterioro de la imagen corporal, y suelen ir acompañados de un impacto emocional abrumador que deja a la persona en crisis de vulnerabilidad psicológica (Vela, 2016).

Finalmente, otro punto muy importante a incluir en el plan terapéutico con un paciente amputado es la readaptación psicosocial, para ello se debe motivar en el paciente la capacidad de sobreponerse a su discapacidad, desarrollando y aplicando estrategias de adaptación y afrontamiento que le permitan ajustar su normalidad tanto a su nueva imagen corporal, a intentar mantener un funcionamiento social adecuado sin afectar su bienestar personal y autoestima, así como a aceptar y adaptar su nueva realidad al ambiente personal, familiar y social propio. Esta facilidad o dificultad para el reajuste social dependerá de varios factores, entre ellos el miembro que ha sido amputado, rasgos de personalidad, redes de apoyo, presencia o ausencia de sintomatología ansiosa, variable sociodemográfica, causas, tiempo y nivel de amputación, entre varios otros (Jiménez, 2017).

Para concluir, a través del estudio de la naturaleza de la amputación, así como del plan de intervención general para los pacientes amputados, pudimos ver la importancia que tiene el apoyo psicoterapéutico para conservar la salud mental del paciente que atraviesa un proceso de amputación. El apoyo de un profesional de salud mental antes, durante y después del proceso facilitará el procedimiento quirúrgico, y posteriormente la recuperación y readaptación psicosocial gradual del paciente a su nuevo entorno y condiciones.

2.11.2. Intervención con pacientes oncológicos

El cáncer es una de las enfermedades más importantes de nuestra época, tanto por su elevada incidencia como por las consecuencias del mismo, constituyendo uno de los problemas de salud más importantes de nuestro siglo. En los países occidentales, el cáncer es una de las tres causas más importantes de mortalidad junto a las enfermedades cardíacas y los accidentes de tráfico. Un diagnóstico de cáncer es una

de las situaciones más estresantes y aterradoras en la sociedad actual. Es una de las enfermedades que más problemas psicológicos causa a los pacientes. En el caso del cáncer, varias condiciones contribuyen al malestar psicológico: su carácter crónico, la incertidumbre de su desarrollo, los efectos secundarios de los tratamientos comúnmente utilizados para combatir el cáncer y el significado social de la palabra cáncer (Fernández y Flores, 2011).

El progresivo desarrollo de la ciencia médica ha permitido fortalecer el conocimiento sobre una de las enfermedades más estudiadas y de la que aún no se posee una cura: el cáncer. Esta enfermedad crónico-degenerativa, provocada por una multiplicación celular anormal y descontrolada que se disemina a otras partes del cuerpo, posee varias implicaciones a nivel biológico (National Cancer Institute, 2021). Pero, además de todas las complicaciones orgánicas que el cáncer pueda suponer para la persona que lo padece, también trae consigo varias consecuencias de impacto psicológico. En general, la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en pacientes es más frecuente (Hernández, 2013). Tal es la evidencia, que se han hecho estudios basados en diagnósticos, fundamentados en el uso de instrumentos de diagnóstico psicológico como la CIE-10, donde se ha podido obtener como resultado de la investigación que un 50% de los pacientes que acuden a radioterapia poseen algún trastorno mental, independientemente de cuál sea el tipo de cáncer (Fritzsche et al., 2004).

La gran variedad de reacciones que puede provocar el diagnóstico de cáncer en una persona es un asunto al que también se le debe prestar atención, ya que existen múltiples factores influyentes en la forma de afrontamiento del diagnóstico en un inicio, y luego de la enfermedad. Adicionalmente, algo que se debe conocer, es que entre el 15 y el 25% de los pacientes oncológicos sufren estados depresivos a raíz del

conocimiento de su condición médica, y ello supone un aumento en el riesgo suicida (Macías et al., 2017). De modo que se debe tomar en cuenta que el cáncer es una enfermedad que posee un amplio impacto catastrófico, no solo a nivel personal, sino también familiar. Esto supone una experiencia vinculada con el sufrimiento y la vulnerabilidad frente al diagnóstico. Esto genera niveles elevados de estrés, lo que perjudica directamente sobre la calidad de vida de los pacientes, y además podría comprometer su supervivencia en algunos casos (Arranz, 2006).

Dentro de las intervenciones que debe recibir un paciente oncológico también se encuentran las psicológicas. Las personas que realizan los procedimientos psicológicos en el área de oncología son denominados “psico-oncólogos”, y con ellos quienes se encargan de cuidar y preservar la salud mental de los pacientes y de brindarle herramientas para generar un estilo de afrontamiento que le permita sobrellevar su situación y su enfermedad.

“El psico-oncólogo debería poseer la suficiente formación como para realizar una amplia gama de actividades asistenciales que abarque la evaluación y tratamiento de personas que padezcan una enfermedad maligna y de sus familiares, y para facilitar la ardua labor del personal sanitario que trabaja con enfermos de cáncer” (Eduardo Remor, 2003).

Robert (2013), nos menciona las siguientes funciones que debe desarrollar un psico-oncólogo: apoyar y acompañar al paciente y a la familia a lo largo del proceso de la enfermedad. Para facilitar la canalización adecuada de las emociones, derribar mitos en relación a las causas del cáncer y a la personalidad o emocionalidad del paciente, fomentar en lo posible que el paciente se mantenga activo en cuanto a su rutina y en la toma de decisiones en relación a su tratamiento, con el fin de fomentar la autonomía y sensación de control sobre sí mismo,

permitir un espacio de contención en que el paciente pueda expresar sus miedos y fantasías, emociones y preocupaciones diversas, fomentar la comunicación entre el paciente y su sistema familiar, facilitar la comunicación entre el equipo médico, la persona y su familia, con el fin de potenciar el buen manejo en la entrega de información hacia el paciente, validar y empatizar con las emociones complejas emergentes en el paciente en su proceso de enfermedad, proporcionar apoyo psicológico a los pacientes en todas las etapas de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, período libre de enfermedad, recidiva y final de la vida, potenciar estrategias de afrontamiento, que permitan ayudar a la adaptación a la enfermedad del paciente y su familia, para impulsar y coordinar actividades complementarias.

Como se mencionó anteriormente, el cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa, cuyo diagnóstico provoca una ruptura del normal funcionamiento tanto del individuo como de su familia. Por tal razón, surge la psicooncología como la rama de la salud enfocada en estudiar las dimensiones psicológicas, sociales y comportamentales del cáncer con el objetivo de comprender el curso de la enfermedad en cada uno de sus estadios, haciendo hincapié en el estudio de la influencia de las reacciones psicológicas en la morbilidad y mortalidad de la enfermedad (Ochoa, 2009).

La psicooncología se ha encargado de establecer las funciones del psico-oncólogo en el tratamiento del cáncer, asignándole así una labor asistencial, la cual comprende un proceso de acompañamiento tanto al paciente como a su familia, permitiendo así al profesional en primera instancia conocer el funcionamiento de la red de apoyo del paciente, lo cual se plasma como la base fundamental para el posterior establecimiento de planes de tratamiento idiosincráticos. Sin embargo, el abanico de funciones del psico-oncólogo es muy amplio y no se limita al

acompañamiento terapéutico del paciente, puesto que, también incluye un ámbito de actuación asistencial enfocado en el personal sanitario.

Por ende, Remor (2003) manifiesta que las funciones del psico-oncólogo “se pueden englobar bajo las categorías de prevención, evaluación y diagnóstico, tratamiento psico-oncológico, docencia e investigación” (pág. 625). En un proceso de jerarquización de necesidades, el trabajo del psico-oncólogo inicia con una etapa preventiva, la cual incluye dos aristas diferentes; por un lado, las poblaciones físicamente sanas cuyo riesgo de enfermar es elevado, en las cuales se emplean programas preventivos encaminados a la disminución de comportamientos de riesgo y en contraparte al desarrollo de hábitos saludables que permitan reducir la amenaza de desarrollar una enfermedad crónico-degenerativa.

Por otro lado, abarca a los pacientes oncológicos y centra su actuación en reducir el desarrollo de alteraciones psicológicas y psiquiátricas, por tal razón, el objetivo fundamental es implementar programas de intervención psicoeducativa con los cuales se pretende capacitar al paciente sobre su diagnóstico, con el afán de contribuir al proceso psicoterapéutico y a la mejora de la calidad de vida de los pacientes, disminuyendo a su vez la presencia de trastornos comórbidos, con alta tendencia de manifiesto en una población vulnerable como lo son los pacientes oncológicos.

Sin embargo, la actuación preventiva del psico-oncólogo no solo se limita al paciente, por ende, también abarca el desarrollo de programas preventivos en el marco del personal sanitario, haciendo hincapié en el manejo del distrés generado por los procesos de atención en salud (Remor et al., 2003). Una vez abordada la función preventiva del psico-oncólogo y continuando con la pirámide de necesidades, encontramos la función de evaluación y diagnóstico, la cual comprende acciones

enfocadas a mejorar la calidad de vida del paciente mediante procesos de atención integral.

En los pacientes oncológicos, los niveles de malestar emocional clínico son elevados y están presentes en la mayoría de los pacientes y se acompañan de trastornos psicopatológicos en una proporción elevada, cuya prevalencia es superior a la de la población general, por ende, es fundamental brindar atención psicológica (Hernández y Cruzado, 2013).

Por tal razón, la evaluación y el diagnóstico abarcan las evaluaciones psico-oncológicas enfocadas en determinar factores de riesgo que deterioren la calidad de vida del paciente y potencien el desarrollo de trastornos psicopatológicos, siendo los más comunes la ansiedad, la depresión, el delirium y los trastornos adaptativos (Ochoa, 2009).

Los factores de riesgo abarcan al paciente y a su entorno próximo, por ende, el psico-oncólogo debe realizar evaluaciones globales que incluyan a la familia, especialmente aquellos núcleos familiares con antecedentes de disfunciones relacionales e historias psiquiátricas que puedan maximizarse durante la evolución de la enfermedad. La integralidad de la evaluación se enfoca en dos aristas, la psicológica y la comportamental, enfocadas en evaluar los cambios en el comportamiento del paciente posteriores al diagnóstico, como por ejemplo, la presencia de ideas e intentos autolíticos y en entidades clínicas se encarga de evaluar trastornos de personalidad que influyen en la adherencia del paciente al tratamiento.

Una de las funciones más complejas del psico-oncólogo es el tratamiento enfocado en brindar un tratamiento psico oncológico idiosincrático adaptado a las necesidades de cada paciente. Si bien es cierto, los tratamientos utilizados para el cáncer son muy agresivos e

inherentemente provocan daño al paciente, por ende, el psico-oncólogo enfoca su actuación en reducir el malestar emocional que experimenta el paciente y su familia ante la evolución de la enfermedad, haciendo hincapié en diseñar programas de intervención terapéutica para el tratamiento de disfunciones y conflictos familiares generados o exacerbados por la enfermedad oncológica.

Como se mencionó anteriormente, la psicooncología se rige en función de un abordaje complementario y el tratamiento oncológico no es la excepción. Por tal razón, se centra en tratar problemas propios de la evolución de la enfermedad como lo son la presencia de ideas autolíticas, cambios bruscos en el comportamiento del paciente, trastornos premórbidos exacerbados por el diagnóstico e inclusive factores complementarios como la baja adherencia al proceso de tratamiento, lo cual interfiere en la recuperación del paciente y a su vez deteriora la calidad de vida del mismo.

Finalmente, el psico-oncólogo efectúa acciones de cooperación tanto institucionales como sanitarias, principalmente con el personal sanitario, generando espacios de cooperación enfocados en mejorar la relación médico-paciente-familia, dando a conocer el impacto que tiene el comportamiento de cada sistema en los demás, lo cual permitirá brindar al paciente una atención integral en la cual se priorice las diferentes necesidades generadas a lo largo de la evolución de la enfermedad.

2.11.3. La psicooncología y el papel del terapeuta

El interés por conectar los aspectos médicos con los psicológicos ha llevado a la aparición de la psicooncología, disciplina que estudia la relación entre procesos psicológicos y patología neoplásica, así como

la utilidad de las intervenciones psicológicas para tratar la problemática asociada al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad (Sebastián y Alonso, 2003). Su foco de interés está dirigido a estudiar los distintos modos de afrontamiento y las estrategias terapéuticas más útiles para mejorar la calidad de vida de la persona con cáncer.

El papel activo del terapeuta es trabajar con pacientes que padecen una enfermedad que amenaza la vida. Nos hace situarnos en un papel real: estoy aquí y ahora contigo, para hablar, esclarecer, confrontar (Fernández y Flores, 2011).

También hay que tener en cuenta la información que maneja el terapeuta respecto de la enfermedad. En este sentido, hay que comentar que en un principio leíamos las historias clínicas antes de ver al paciente. Con el paso del tiempo fuimos observando que esto dificultaba la escucha y la contaminaba. Por lo tanto, decidimos que es preferible saber la información a través de lo que el paciente nos cuenta. Esto no excluye que, en algunos casos, tengamos una visión más real de la enfermedad que el paciente, sobre todo en cuanto al pronóstico, pero es importante que no sea una interferencia (Fernández y Flores, 2011).

2.11.4. Áreas de intervención del psico-oncólogo y funciones

Su rol asistencial comprende desde tareas de prevención, evaluación psicológica hasta tratamiento terapéutico individual y/o familiar, que ayudan al paciente, a sus padres y familiares a afrontar la enfermedad y el malestar físico-psicológico. Según la fase de la enfermedad y dependiendo de cada paciente se trabaja con técnicas cognitivo-conductuales, narrativas, lúdicas, dibujo y pintura, que facilitan la expresión emocional (Peña, 2017).

2.11.5. Generalidades

La labor asistencial del psicooncólogo se extiende a la unidad familiar que afecta a los distintos miembros de una familia de diferentes maneras. El saber cómo funciona una familia, el impacto de la enfermedad sobre ella, la calidad del apoyo que ofrece al paciente, y otras muchas variables relacionadas con el funcionamiento familiar, permitirá al psico-oncólogo realizar evaluaciones y sugerir terapias familiares que faciliten la aceptación y adaptación de los diferentes miembros de la familia a las distintas fases de la enfermedad (Die, 2013).

2.11.6. Prevención

Las labores de prevención del psico-oncólogo se pueden concretar en trabajar con poblaciones físicamente sanas que tienen un elevado riesgo de desarrollar cáncer, implantando psicoterapias encaminadas a favorecer la adaptación psicológica global de un individuo sano que vive con la amenaza de sufrir o transmitir una enfermedad potencialmente mortal (Die, 2013).

2.11.7. Tratamientos psico-oncológicos

La rehabilitación psicológica del enfermo con cáncer consiste en proporcionar de una manera sistemática las técnicas psicológicas y psico-educativas necesarias para modificar determinados comportamientos del paciente que le impiden aceptar y adaptarse adecuada o eficazmente a la enfermedad (Die, 2013).

2.11.8. Psicoterapia grupal y grupos de apoyo

Los grupos de terapia en oncología han demostrado ser eficaces en mejorar el estado afectivo del paciente, en promover la adaptación a la enfermedad y en reducir el dolor, entre otras cosas. Pudiendo realizarse con enfermos hospitalizados o ambulatorios (Die, 2013).

2.11.9. Evaluación y diagnóstico

En los pacientes, un diagnóstico es la noticia más delicada y serán las palabras donde en ellos podrán despertar un sin número de emocionales, como el llanto descontrolado, así como la ira, tristeza, negación. El paciente podrá decir que revisemos el resultado una y otra vez, porque estará en una negación profunda, en donde nosotros tendremos que hacer la contención de cada emoción que saldrá a flote.

Dentro de la fase de negación, donde será que el paciente al principio podrá estar sumergido, se recomienda brindarle una psicoeducación, en donde se tendrá que explicar que los resultados son los correctos y no se tendrá que dar falsas esperanzas, se escuchará mucho la pregunta, doctor, ¿ahora qué hago?, ¡siento que no podré con esto! En estos casos se puede hacer de igual manera una contención y así mismo preguntar al paciente acerca de su familiar más cercano, debido a que se recomienda no dejar solo al paciente.

Así mismo, se puede trabajar con los siguientes objetivos:

- Facilitación de la percepción de control sobre la enfermedad.
- Orientación emocional a la enferma y a su familia a través de material educativo y presentación de grupos de apoyo.
- Derivación, de ser necesaria, a un especialista en salud mental.
- Detección de las necesidades emocionales, psicológicas y sociales de la paciente y de su familia, para orientales.
- Tratamiento.

El tratamiento psicológico que recibe el paciente oncológico va a depender de la fase o etapa en la que se encuentre el paciente, sin embargo, Sacharf (2005) nos señalan los siguientes:

Fase de diagnóstico: se caracteriza por la presencia de una fuerte carga emocional, en donde no solo se ve afectado el paciente sino la familia, este malestar se puede manifestar con ira, negación, culpa, desesperación, preocupación, etc. El psico oncólogo debe identificar las necesidades emocionales o psicológicas que puedan presentar luego de enterarse del diagnóstico para poder orientarlos, asimismo debe brindar apoyo y contención emocional, facilitar la percepción de control frente a la situación, brindándoles alternativas que puede desarrollar frente a este evento.

Fase de tratamiento: debido a lo complicado de la enfermedad, va a existir alteraciones en la manera como la persona y la familia conlleva las situaciones de la vida diaria y esto va a depender de los diferentes tratamientos que se utilicen para afrontar la enfermedad. Esto a su vez puede encadenar en los pacientes una alteración en la percepción de sí mismos, disfunciones sexuales, fobia a los instrumentos que suministran los tratamientos, malestar físico, dolor, ansiedad, entre otros, y esto a su vez dificulta en ciertas ocasiones la adherencia al tratamiento. Por lo tanto, la intervención psicológica debe estar orientada al desarrollo de estrategias de afrontamiento que permitan no solo al paciente sino a la familia adaptarse a la enfermedad y contribuir a su progreso y estabilidad emocional.

Fase de intervalo libre de la enfermedad: puede haber ocasiones en donde el paciente tenga que volver a asistir a realizarse exámenes médicos o repetir el proceso para enfrentar la enfermedad, lo cual puede generar aumento de los niveles de ansiedad y estrés.

Fase final de la vida: en esta etapa el paciente ya se encuentra en cuidados, es decir, ya no hay un tratamiento para su enfermedad, por lo tanto, implica un gran impacto a nivel emocional y psicológico en sus

familiares, su círculo social más cercano, caracterizado por sentimientos de ira, enojo, negación, desesperanza, tristeza, frustración, entre otros. En esta fase lo que debe hacer el psicólogo es identificar aquellas necesidades que tienen tanto la familia como el paciente y poder brindar apoyo más emocional, además del entrenamiento de estrategias de afrontamiento adecuadas ante la situación. En otras palabras, se debe acompañar al paciente en el proceso de morir y a la familia en el proceso del duelo.

En conclusión, el psico-oncólogo debe de estar muy bien capacitado, porque desarrolla una labor muy importante y bastante extensa, ya que no solo trabaja con el paciente, sino también con sus familiares. Por ende, debe tener conocimientos para trabajar tanto con niños como con adultos, sin dejar atrás al personal sanitario. Además de ello, debe tener la capacidad para trabajar con los diversos trastornos que se presentan en los pacientes oncológicos.

La función preventiva del psico-oncólogo es fundamental en el proceso de una enfermedad oncológica, puesto que permite reducir la aparición de trastornos comórbidos, pero a su vez brinda acompañamiento al paciente en las alteraciones que surgen a partir del diagnóstico, con el objetivo de que los pacientes desarrollen un afrontamiento activo, lo que a su vez permitirá una mejor adherencia al tratamiento y, por consecuencia, una mejor calidad de vida.

El tratamiento psicológico se debe asumir desde una perspectiva biopsicosocial con un enfoque integral, en el cual se atienda al paciente desde su integralidad, generando planes de tratamiento idiosincráticos que permitan la recuperación del paciente en las diferentes áreas de funcionamiento, recalcando que brindar un tratamiento psicológico idóneo es fundamental para dotar al paciente de estrategias de

afrontamiento y cambio que le permitan tener un pronóstico favorable, durante las diferentes fases de la enfermedad oncológica.

2.11.10. Intervención en pacientes con VIH

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es una de las enfermedades emergentes más importantes en el marco de la atención sanitaria a nivel mundial. En el año 1981 se diagnosticó el primer caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, pero no fue hasta 1983 que se descubrió su etiología. Desde entonces se ha convertido en una pandemia mundial (Osimani, 1999). Por tal razón, se han producido cambios en la práctica médica, en las políticas sanitarias y sociales, lo cual conlleva consigo inversiones de gran magnitud, tanto en recursos económicos como humanos.

En primer lugar, es fundamental conocer la problemática desde el contexto sanitario de nuestro país. En Ecuador, según datos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública (MSP), para finales del 2020 existieron 45.056 personas infectadas con VIH viviendo en el país, estadísticamente son cifras elevadas y alarmantes puesto que su mayoría pertenecen a edades medias entre 15 y 49 años, relacionado con múltiples factores como el comportamiento inadecuado ante las relaciones sexuales, actividad sexual temprana y ausencia de métodos anticonceptivos, lo cual a su vez está concatenado con prácticas de riesgo para la salud. (Velez y Tobar, 2021)

La atención sanitaria integral desde el modelo biopsicosocial se convierte en un reto en el contexto del VIH/SIDA, puesto que la infección implica niveles altos de incertidumbre por el diagnóstico recibido y por la alta estigmatización que rodea dicha enfermedad. Los pacientes presentan alteraciones emocionales, aislamiento, rechazo, discriminación, estrés y algunos trastornos psicológicos como

depresión y ansiedad, lo que a su vez disminuye la calidad de vida. Por ende, la ayuda psicológica es esencial para que la persona infectada y su familia puedan afrontar la enfermedad.

La atención psicológica se enfoca en ir más allá de brindar acompañamiento y contención emocional al paciente, otorgando a la persona una amplia perspectiva teórica referente a las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la enfermedad a través de la psicoeducación, lo cual a su vez contribuirá en muchos casos al desarrollo de un afrontamiento activo del diagnóstico caracterizado por una mayor adhesión al tratamiento y una mayor implicación en el proceso de su enfermedad (Macías et al., 2018).

Remor (2003) manifiesta que “la respuesta al VIH ha sido solo parcialmente efectiva, se ha observado un ligero descenso de nuevas infecciones en algunas regiones del planeta, una disminución de los casos de SIDA asociada a una mejora sustancial del tratamiento farmacológico de la infección” (pág. 309). Sin embargo, aún se encuentran latentes múltiples retos por afrontar como la creación de una vacuna y el desarrollo de tratamientos farmacológicos con niveles mínimos de toxicidad para evitar el desarrollo de secuelas perjudiciales a posteriori.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es aquel que ataca el sistema de defensa del cuerpo llamado sistema inmunitario; cuando el VIH debilita el sistema inmunológico, se puede desarrollar una enfermedad. A esta fase avanzada de la infección por el VIH se conoce como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En otras palabras, el SIDA es una serie de síntomas causados por una disfunción del sistema inmunológico debido a un virus que se adquiere de persona a persona (Alcamí, 2008).

Dentro de un análisis anual de datos, en el país se reportaron 3.547 casos de VIH de enero a septiembre de 2022, según el MSP de estos, el 31% se encuentra en la etapa de SIDA, y para septiembre de 2022, se han reportado nueve niños con transmisión materno infantil del VIH. En Ecuador, se estima que 47.000 personas vivían con el VIH en 2019, con tasas de prevalencia de 0,4 % en la población general, 16,5 % entre hombres que tienen sexo con hombres y 34,2 % y 1,8 % entre mujeres trans. personas privadas de su libertad. En lo que fue del 2020, el país se ha concentrado en poblaciones clave, con una alta prevalencia de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 16,5% en Quito, 11,2% en Guayaquil, y mujeres transfemeninas (MTF) es 34,8% en Quito. 20,7% en Guayaquil (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2019).

El diagnóstico del VIH se realiza a través de pruebas de antígenos y anticuerpos. Estas pruebas suelen implicar la extracción de sangre de una vena. De igual manera, mediante un análisis de anticuerpos. Los exámenes tienen como objetivo buscar anticuerpos contra el VIH en la sangre o la saliva. Y, además, se toman en cuenta las pruebas de ácido nucleico, en donde se busca el virus que realmente está presente en la sangre (carga viral).

Por consiguiente, los análisis de sangre identifican alguno de los componentes del virus (principalmente su RNA) o los anticuerpos formados frente a alguno de esos componentes. Gracias a estos análisis que son sencillos de realizar y permiten establecer con certeza si existe o no infección (Pozo, 2022). Cabe resaltar que, la infección por VIH puede adquirirse a través de los siguientes mecanismos: por transmisión vertical, de madre a hijo; por transfusión de sangre (o administración de derivados de la sangre) contaminada por el VIH; por transmisión sexual, al mantener relaciones sexuales con una persona infectada por el VIH y por inoculación de sangre infectada.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita las defensas contra muchas infecciones y determinados tipos de cáncer que las personas con un sistema inmunitario más fuerte pueden combatir más fácilmente. A medida que el virus destruye las células inmunitarias e impide el normal funcionamiento de la inmunidad, la persona infectada va cayendo gradualmente en una situación de inmunodeficiencia. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de linfocitos CD4 (Organización Mundial de la Salud, 2022).

El tratamiento del VIH (terapia antirretroviral, ART o ART) consiste en tomar los medicamentos según las indicaciones de su médico. Este tratamiento reduce la cantidad de VIH en su cuerpo y lo ayuda a mantenerse saludable. Es importante tener en conocimiento que, esta enfermedad no se puede curar, pero puedo hacer frente al tratamiento. La mayoría de las personas tienen el virus bajo control dentro de los seis meses.

Ahora bien, hay dos tipos de tratamiento: medicamentos e inyecciones. Estas píldoras se recomiendan para personas que acaban de comenzar el tratamiento contra el VIH. Hay muchas píldoras individuales y medicamentos combinados aprobados por la FDA para elegir. Se puede considerar la vacunación para personas con una carga viral indetectable (o supresión viral) durante al menos tres meses.

Se ha verificado que los tratamientos inyectables para el VIH son inyecciones de acción prolongada que se usan para tratar a las personas con la infección por el VIH. Las inyecciones son administradas por un médico y requieren visitas periódicas. Se administran mensualmente o cada dos meses según el plan de tratamiento.

Por otro lado, el padecer esta enfermedad afecta significativamente en el estado emocional de quienes la padecen, derivando de ella enfermedades tales como depresión, estrés, ansiedad, entre otras afecciones relacionadas a la salud mental, asimismo tras el diagnóstico de esta enfermedad las personas presentan un desequilibrio emocional, psicológico y social, por consiguiente al estar en riesgo el área emocional afectando el sistema inmunológico que tras el virus destruye progresivamente este sistema atacando a los glóbulos blancos que desempeñan una función muy importante en nuestro organismo que es intervenir en reducir los riesgos que posee nuestro cuerpo contra las infecciones, por ende, al no contar las mejores condiciones en su sistema inmune se vuelven más propensos a adquirir infecciones ambientales que estén a su alrededor, lo cual traería como resultado un alto riesgo en sus vidas (Radusky y Mikulic, 2018).

Comúnmente, cuando en el entorno familiar existen personas portadoras de VIH/SIDA se generan grandes cambios en la composición familiar, es decir, existe la probabilidad de que la familia se separe, disolución de parejas, exclusión de la persona enferma o la muerte del mismo, cambia la estructura familiar.

La mayoría de los miembros de la familia asumen el rol de cuidador, lo que consume mucho tiempo y energía y muchas veces les impide realizar otras actividades que estimulan su propio desarrollo. También se ha observado que la estabilidad familiar puede verse afectada por la presencia de SIDA en los miembros de la familia, que además de ser una enfermedad física y social los expone a una posible mortalidad, y estos factores también pueden aumentar la carga de los cuidadores, ya que por ejemplo: los miembros de la familia tienen problemas con su propia salud, sienten que su salud emocional se ha deteriorado y la salud de los seres queridos se deteriora con el tiempo, lo que también

puede cambiar las relaciones con los familiares que los cuidan.

Todos los cuidadores viven con otras personas y pueden contar con un tercero para ayudarlos en su rol de cuidadores, pero a pesar de esto, la mayoría de los cuidadores necesitan el apoyo de otros para llevar a cabo su cuidado. Esto puede deberse al aislamiento de las crisis familiares relacionadas con la enfermedad, así como al estigma social y al miedo a la infección. No saber qué esperar cuando buscan ayuda también les afecta, ya que tienen que contarles a los demás cómo es la enfermedad y cómo se pueden sentir con alguien que vive con el VIH/SIDA. Cuando se trata de asuntos financieros, creían que la asistencia financiera en forma de enfermedad es necesaria. La carga económica de la enfermedad se explica por su carácter crónico, el costo del tratamiento y la incapacidad de los pacientes para trabajar la mayor parte del tiempo, ya sea por condiciones de salud o discriminación social. Además de lo anterior, la mayoría de los cuidadores familiares son amas de casa que no pueden trabajar debido a sus responsabilidades de cuidado. Siente la necesidad de cambiar su comportamiento actual en el cuidado de un familiar enfermo y evalúa posibles alternativas; pero cuando ya están emocionalmente agotados, no cambiarán debido a las dificultades emocionales que implica la evolución. Es importante tener en cuenta que los familiares buscan ayuda y escuchan, por lo que, si con ellos trabaja personal activo, por ejemplo, voluntarios que laboran en diversas organizaciones de salud, se les puede capacitar en la toma de decisiones, habilidades de escucha activa en las relaciones. ayuda, según los familiares lo consideren necesario (Quintana, 2015).

Es por eso que un suceso vital como es el diagnóstico de una persona con VIH es un acontecimiento de gran relevancia, además de diversas decisiones en la constitución de la vida del paciente, llegando a afectar su proceso evolutivo como tal. Por ello es necesario realizar una previa

valoración en función a su personalidad, nivel de autoestima, apoyo social y sobre todo la capacidad que posee para afrontarlo. Es por eso que, dentro de los objetivos de la intervención psicológica en esta población se encuentran el generar resiliencia y adherencia a través de la identificación de recursos y fortalezas que las personas poseen para hacer frente a las adversidades. Asimismo, reforzar su autonomía, los vínculos personales y redes de apoyo social, la reinserción en sus proyectos vitales, así como, alcanzar un bienestar emocional que le permita mantener una buena calidad de vida (Macías et al., 2018).

Finalmente, es importante enfatizar que el apoyo psicológico es imprescindible para el paciente y su familia, dado que es necesario desarrollar habilidades de afrontamiento ante la enfermedad. También es muy conveniente seleccionar un profesional certificado y con experiencia en el tratamiento de pacientes con VIH.

El campo de la psicología desde la rama de la psicología de la salud se ha enfocado en brindar explicaciones y plantear posibles soluciones a los problemas de salud, haciendo hincapié en el mejoramiento de la calidad de vida, principalmente en las enfermedades crónico-degenerativas. Por ende, en el tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA se establece una relación medicina-psicología, la cual abarca desde la intervención hasta la prevención, enfocándose en la etapa secundaria y terciaria (Olvera y Soria, 2008).

En términos breves, la psicología de la salud tiene como objetivo principal aportar con intervenciones comportamentales para prevenir la transmisión del virus. También es importante recalcar que se enfoca en orientar a la persona a entender su enfermedad y asumirla de manera menos agresiva, haciendo hincapié en adaptarse a las alteraciones emocionales y conductuales a través del afrontamiento activo de

las barreras interpersonales que trae consigo la enfermedad, con el objetivo de reducir el desgaste psicológico del paciente y su familia. La psicología de la salud se ha desarrollado en función de los avances sanitarios, complementándose con las diferentes ramas científicas que se han implementado.

Por tal razón, las alteraciones generadas por las enfermedades crónico-degenerativas se han explicado desde diferentes aristas, siendo una de las más relevantes la psiconeuroinmunología, la cual ha brindado evidencias de que el sistema inmunológico puede modificarse a través de las vías psicológicas. Sin embargo, en el caso del VIH aún no existen estudios suficientes que respalden dicho postulado; a pesar de ello, no debemos descartar esta hipótesis puesto que tanto el diagnóstico como la evolución de la enfermedad tienen consecuencias directas en el plano psicológico, las cuales tienden a ser tan o más graves que la propia enfermedad.

Remor et al. (2003) manifiesta que “las hipótesis más actuales se dirigen a que los aspectos psicológicos funcionarían como mediadores de los auto-cuidados, hábitos no saludables y adhesión al tratamiento” (pág. 311). Por tal razón, el enfoque psicológico desde la perspectiva de la psiconeuroinmunología y el modelo biopsicosocial ha tomado gran relevancia, determinando así que los factores comportamentales influyen en la función inmune y en la salud de las personas con VIH/SIDA. Es por eso que, variables como el apoyo social, conductas de autocuidado, hábitos positivos y negativos relacionados con la salud son factores prioritarios en los cuales se debe trabajar para disminuir los problemas actuales en el tratamiento psicológico de los pacientes, con el afán de lograr estabilidad en el cuadro clínico a través de la adaptación a la enfermedad y la adhesión al tratamiento (Olvera y Soria, 2008).

Es una realidad que enterarse del diagnóstico de VIH, representa una noticia que causa un gran impacto psicológico en la persona, ya que esta condición médica supone una gran amenaza para la vida y una profunda transformación en la forma de vivir. Tal pueden ser los efectos de la misma, que inclusive puede significar un evento traumático que provoque una crisis bajo determinadas condiciones; por lo tanto, no se pueden dejar de lado las reacciones, sobre todo de tipo emocional, que provoca este diagnóstico, considerando las diferencias por las condiciones personales y características de la personalidad. Pese a ello, se pueden establecer parámetros para clasificar las reacciones emocionales que, como proponen Edo y Ballester (2006), se califican como alteraciones universales, generales, lógicas y variables.

Las universales son las que se experimentan, en mayor o menor cantidad o intensidad, por los positivos de VIH o enfermos de SIDA de todas las partes del mundo; las generales son exclusivas de la infección por el VIH porque ya han sido descritas con anterioridad en otros tipos de enfermedades; las lógicas son consecuencias razonables de la enfermedad puesto que se trata de respuestas de la persona ante un suceso estresante que pone en peligro su existencia y finalmente las variables que se describen porque existen diferentes reacciones entre los afectados y dentro del propio enfermo, ya que, su estado psicológico fluctúa mucho a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

Desde el momento de la información sobre los resultados e inclusive antes de conocer el diagnóstico, se evidencian diferentes respuestas emocionales; sin embargo, habría que tomar en cuenta que la presencia o no de cierta sintomatología, su intensidad y grado de malestar que provocan estaría determinado por factores personales. Así antes de hacerse las pruebas médicas es común que los individuos experimenten miedo y ansiedad por el proceso, y cuando reciben los resultados se

encuentra un gran abanico de respuestas observadas como: aparición de ideas depresivas, abatimiento, llanto, situaciones de indefensión, negación e irritabilidad, destacando sobre todo el shock emocional intenso con la aparición de tensión muscular, crisis de angustia, llanto, crispación, entre otros (García, 2002).

En este apartado cabe destacar que se pueden identificar el establecimiento de ciertos trastornos de ansiedad, estrés, y uno en especial que es la reacción de estrés agudo asociado al VIH, tratándose de un cuadro transitorio que aparece en un individuo tras la notificación de la seropositividad o cuando, tras llevar un período de tiempo como portador asintomático, es informado de la progresión de la infección (Flores 1997, citado de Flores y Borda, 2006).

2.11.11. Características del curso y evolución del VIH

Por tal razón, es común que se presenten diferentes características, muchas de ellas propias del curso y evolución de la enfermedad. Se comprende que existen variaciones de acuerdo con el tipo de paciente que la padece, como por ejemplo, hay quienes presentan un pronóstico menos favorable que otros o pacientes que viven muchos años más de lo esperado en el diagnóstico de SIDA. Las causas de esto ocurren por la cepa viral o ciertas diferencias en el proceso de replicación del virus que pueden ser determinantes para una mayor supervivencia. Sin embargo, conviene explicar las variables psicosociales que pueden ser un factor que, en combinación con otros, influya sobre estos cambios evidenciados. Entre estos se destacan los siguientes:

Estrés: sentimiento de tensión física o emocional que puede ser provocado por una situación que haga sentir a la persona frustrada, nerviosa o enojada, como puede ser el hecho de lidiar con un

diagnóstico de VIH y atravesar todo el proceso de la enfermedad. El estrés manifestado de forma prolongada puede provocar presión arterial alta, enfermedades del corazón y depresión en el sistema inmune, lo cual puede ser especialmente problemático para las personas que viven con VIH, ya que tienen su sistema inmune afectado, por lo que tienen mayor probabilidad de presentar complicaciones respecto al curso de su enfermedad. Esto ha sido demostrado por estudios que refieren que altos niveles de estrés crónico, pueden llevar a un aumento de la carga viral y una disminución de los recuentos de CD4 y, por lo tanto, acelerar la progresión de la enfermedad del VIH (Zepeda, 2022).

Estilo de afrontamiento: el afrontamiento de tipo activo que busca acciones con el fin de apartar o evitar el estresor, en conjunto con el estilo enfocado en el problema, tendría resultados psicológicos positivos que se traducen en mejores condiciones de salud. Por el contrario, los afrontamientos por evitación, confrontación, distanciamiento, autocontrol y escape suelen asociarse a resultados psicológicos negativos, acompañados de un pronóstico menos favorable de la enfermedad (Vargas y Aguilar, 2009).

Depresión: es uno de los trastorno con mayor comorbilidad con enfermedades no psiquiátricas crónicas y en este caso el VIH/ SIDA no es la excepción, siendo muy común en la población con el diagnóstico de esta enfermedad, presentando una alta prevalencia, con episodios que comparten las mismas características clínicas que otras poblaciones, así pues Soto y Cruz (2014) proponen que los pacientes con VIH/ SIDA también manifiestan desánimo y/o incapacidad de sentir placer, presentar cambios conductuales tales como aislamiento e irritabilidad, además presentan un agravante debido a que están expuestos a sufrir los cambios neurovegetativos propios de este trastorno, que les produce

insomnio, inapetencia, polifagia y cambios en el peso corporal. Existe una fuerte evidencia que la depresión y el estrés, alteran el sistema nervioso, inmunológico y endocrino, lo que influye para el desencadenamiento y evolución de la enfermedad, cuyos portadores manifiestan una alta incidencia de anormalidades electroencefalográficas y más anomalías en la valoración neuropsicológica. La depresión, manía o psicosis pueden aparecer en la encefalopatía por SIDA.

Apoyo social: resulta ser una variable muy determinante para comprender el curso y evolución de la enfermedad por VIH, pues se han encontrado evidencias de que los sujetos positivos para el VIH con niveles bajos de apoyo social experimentan más síntomas físicos, más desesperanza y depresión que aquellos con un nivel alto de apoyo social; sin embargo, y considerando los resultados de otras investigaciones, la interacción del apoyo social y la enfermedad no debe conceptualizarse e investigarse continuamente como un predictor de los resultados de salud. Los cambios en el apoyo social también pueden ser un efecto de la patología (Remor, 2002).

Percepción de control: Remor et al. (2001) han observado que la percepción de control es un aspecto importante en el bienestar psicológico de pacientes con VIH y con SIDA, destacándose como un recurso adaptativo que puede ayudar a la persona para que se ajuste a la enfermedad y moderar el distrés.

Sufrimiento percibido: Montalvo (2015) menciona que esta reacción se intensifica por la amenaza de la enfermedad o por sus consecuencias, relacionadas con la incertidumbre ante el futuro, la proximidad de la muerte, las pérdidas, el dolor o los síntomas experimentados; siendo situaciones que afectan el estado de ánimo que pueden destruir la integridad física y social de la persona. Una respuesta ante eso sería la

valoración del sufrimiento emocional de la enfermedad, que proporciona elementos que permiten determinar las acciones para cuidarlo con una actitud y un sentimiento de apoyo hacia su situación de salud.

Una vez establecidas las diferentes reacciones emocionales, sintomatología, y factores psicosociales que influyen en el curso de la enfermedad del VIH/SIDA, es fundamental hacer hincapié en las estrategias que se han formulado para su tratamiento. En la actualidad la terapia HAART resulta ser muy eficiente en el proceso de tratamiento en personas que conviven con VIH, pero así mismo requiere de una fuerte adhesión terapéutica que la persona debe lograr a un régimen estricto de indicaciones farmacológicas y de cuidado. Y es en el fenómeno de adhesión terapéutica donde se encuentra un conjunto de factores psicológicos y sociodemográficos del paciente que pueden tener implicaciones en este objetivo. Según Villa y Vinaccia (2006), entre estos factores destacan aspectos tales como las características del individuo, la presencia o no de un trastorno psicológico o discapacidad mental, motora o sensorial, las creencias en salud, la falta de autocuidado, las expectativas pobres o distorsionadas frente al tratamiento y la enfermedad, las creencias socioculturales, la apatía, el pesimismo o la aceptación realista. De la misma forma, la aceptación de la enfermedad y todas sus implicaciones, la historia previa de adhesión, la insatisfacción con el profesional, la situación social, el apoyo familiar y social, la estabilidad de la vivienda, la pobreza, el desempleo y demás variables que atañen directamente a la persona enferma, son factores que afectan directamente la adhesión terapéutica.

Como se mencionó anteriormente, el VIH/SIDA es una enfermedad que afecta el bienestar físico, psicológico y social de las personas, generando desequilibrio familiar y social; a más de ello, el estigma, la

discriminación, la falta de tratamiento antirretroviral, la presencia de infecciones, las hospitalizaciones y los fallecimientos son factores que provocan alteraciones en la calidad de vida de la persona infectada. Por tal razón, una persona con VIH/SIDA tiende a presentar una calidad de vida deteriorada caracterizada por estilos de autocuidado inadecuados, relaciones interpersonales limitadas, aislamiento, negatividad, etc.

Por ende, en las personas con VIH/SIDA el tratamiento psicológico se convierte en un reto y en un propósito para el psicólogo, en primera instancia por las complicaciones propias de la enfermedad juntamente con las barreras sociales e interpersonales que se generan en el entorno próximo del paciente infectado. Las enfermedades crónico-degenerativas perduran y son mortales; en términos breves no mantienen un pronóstico estable ni presentan síntomas constantes; por tal razón los pacientes pueden sentirse bien en algunas ocasiones y mal en otras, lo cual se establece como una barrera para atender al paciente desde su integralidad (Olvera y Soria, 2008).

Por consiguiente, el objetivo principal en el tratamiento de pacientes con VIH/SIDA es fomentar la autonomía y promover el afrontamiento activo del paciente. El psicólogo debe enfocar su labor en el diseño y creación de planes y formatos terapéuticos idiosincráticos, adaptados en función de las necesidades y recursos específicos de cada paciente.

2.11.12. Intervención clínica en casos de VIH

La intervención clínica requiere un trabajo coordinado y complementario entre los distintos niveles de atención, brindando integralidad desde los estadios iniciales de la enfermedad hasta las etapas más crónicas de la misma. Es por tal razón que resulta fundamental categorizar las necesidades tal como se muestra a continuación.

Afrontamiento del diagnóstico inicial de VIH: hacer hincapié en aspectos positivos, como por ejemplo cambios a nivel personal, adaptación a estilos de vida saludable, desarrollo y aprendizaje de protocolos de autocuidado, con el objetivo de que el paciente inicie un proceso de afrontamiento activo de su enfermedad.

Información sobre la enfermedad y autocuidados: psicoeducar al paciente sobre su diagnóstico, haciendo énfasis en el autocuidado como una estrategia que permite potenciar el bienestar de la salud física y mental del paciente, a través de hábitos saludables, con el objetivo de que el paciente tenga una mejor calidad de vida (Fundación Clínica Shaio, 2020).

Manejo de reacciones emocionales inestables y expresión de la ira: se enfoca en dos aristas diferentes el conocimiento y el manejo. El primero tiene como objetivo aprender a conocer las emociones y sentimientos propios del paciente para lograr mayor sintonía con su propio mundo afectivo; la segunda consiste en gestionar lo que siente, comprendiendo lo que comunican sus emociones propias y las de los demás.

Afrontamiento del estrés: incluye un proceso dinámico que se adapta en función de los recursos propios del paciente, acorde a las demandas del suceso estresante. Por tal razón, en el caso del VIH/SIDA algunos pacientes desarrollan un afrontamiento activo con esfuerzos conscientes y voluntarios del paciente para lograr estabilidad en su cuadro.

Búsqueda de apoyo social y emocional: en primera instancia se debe identificar si la persona necesita apoyo emocional, pero más aún es fundamental conocer si lo acepta. El trabajo del psicólogo se enfoca en ser empático y respetar los espacios requeridos por el paciente, haciéndole conocer que como paciente puede recibir o rechazar la

ayuda, en caso de que el paciente acepte al apoyo, se debe priorizar la escucha activa y la empatía.

Búsqueda de empleo y reinserción laboral: el diagnóstico de VIH/SIDA desestabiliza las diferentes áreas de funcionamiento del paciente. Resulta fundamental trabajar en la reinserción social y laboral para que el paciente genere nuevas de redes de apoyo y conductas de productividad que le permitan sentirse útil.

Afrontamiento de la muerte y del proceso de morir: en el caso de pacientes con VIH/SIDA se debe brindar acompañamiento durante la fase terminal de la enfermedad, también es fundamental apoyar a la familia con el objetivo de controlar posibles alteraciones emocionales e implicarlos adecuadamente en el proceso de despedida.

En conclusión, el análisis realizado de los argumentos planteados nos permitió establecer las implicaciones e importancia de la psicología como disciplina de investigación y sobre todo de intervención que resulta necesaria para el abordaje integral de una enfermedad actualmente crónica, como lo es el VIH/SIDA, dada la influencia de variables psicológicas involucradas en cada uno de los procesos por los que atraviesa esta enfermedad. A partir de esto se plantea la necesidad de una mayor inclusión de profesionales en psicología en los procesos de intervención realizados a través de un trabajo interdisciplinario para un tratamiento en el que se obtengan mejores resultados.

Esto pondría de manifiesto el deber de todos los profesionales de la salud en asumir el VIH/SIDA desde una perspectiva biopsicosocial como un sistema multidimensional en el que la modificación de una dimensión puede producir alteraciones en la otra, lo que permitirá comprender más coherentemente la enfermedad, con el afán de fomentar una mejor

calidad de vida tanto en los pacientes como en su familia, haciendo hincapié en el diseño de un plan de tratamiento integral cuyo objetivo principal sea generar en el paciente estilos de afrontamiento activo que le permitan comprender la problemática y participar en la búsqueda activa de soluciones y en la ejecución de las mismas.

2.11.13. Intervención psicológica en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Es incuestionable que la entrada de una persona a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tiene un impacto significativo, tanto físico como emocional. En estas situaciones, los pacientes y sus familiares suelen experimentar miedo, soledad y pérdida de independencia, lo que le enfrenta a la vulnerabilidad, el sufrimiento y la muerte. Estas condiciones también afectan a los miembros del equipo de salud que, a pesar de los esfuerzos incansables de los pacientes y sus familiares, son los que han recibido entrenamiento para atenderlos y, cada vez con mayor frecuencia, para salvar sus vidas. Sin embargo, es frecuente que los médicos, enfermeros y terapeutas se cuestionen sobre el papel de un psicólogo en una UCI, dado que la mayoría de los pacientes están intubados, sedados y con una disminución en su capacidad de comunicación (Contreras y Palacios, 2014).

Para un trabajo interprofesional efectivo, es necesario clarificar las funciones y responsabilidades de cada miembro del equipo, que deben complementarse para lograr una colaboración eficaz. En este sentido, la participación de un psicólogo es esencial para el trabajo interdisciplinario en las UCI, y este artículo tiene como objetivo presentar y argumentar por qué es importante y relevante (Contreras y Palacios, 2014).

Los estudios han demostrado que los factores emocionales y afectivos tienen un impacto significativo en el paciente que ha ingresado en una UCI. La experiencia puede ser aterrizante y las necesidades de los pacientes incluyen factores de tipo físico, psicosocial e informacional. Además, los factores afectivos están asociados con un deterioro cognoscitivo y pueden afectar negativamente la capacidad del paciente para tomar decisiones. Por lo tanto, es importante tener en cuenta estos factores en el trato de los pacientes en UCI. La participación de un psicólogo en el equipo interdisciplinario de la UCI resulta indispensable para abordar estos factores emocionales y afectivos y mejorar la calidad de atención y cuidado del paciente (Contreras y Palacios, 2014).

Es importante reconocer que los pacientes y familiares en una UCI tienen necesidades emocionales y psicológicas que van más allá de la dimensión física. Es fundamental considerar sus necesidades de información y comunicación, así como sus preferencias respecto a la toma de decisiones relacionadas con su salud. Además, es importante prestar atención a las diferencias individuales de los familiares en cuanto a la cantidad de información que requieren, ya que algunos pueden ser vigilantes, buscando mucha información para tranquilizarse, mientras que otros pueden ser evitadores, es decir, evitando cualquier tipo de información (Gómez et al., 2009).

Los pacientes no son los únicos afectados cuando ingresan a UCI, puesto que esto supone una barrera física y psicológica entre familia y paciente. El aislamiento del paciente tiene repercusiones para ambos, pues influye de manera negativa en el sistema familiar (Contreras y Palacios, 2014).

Los familiares corren el mismo riesgo que el paciente crítico para desarrollar alteraciones afectivas, emocionales y físicas, ya que vivirán muchos momentos de estrés. Por ello, la familia está en riesgo de

desarrollar enfermedades mentales durante la estancia en el hospital como en el ingreso del paciente a UCI como ansiedad y depresión; sin embargo, estos tienden a disminuir con el tiempo, aunque los duelos y cuadros de estrés postraumático suelen extenderse en el paciente aún cuando este es dado de alta de UCI (Contreras y Palacios, 2014).

2.11.14. Impacto de UCI en los familiares del paciente crítico

Los pacientes no son los únicos afectados con el ingreso a la UCI. Tal como afirman Rodríguez et al., el ingreso de una persona enferma a este tipo de unidad supone una barrera física y psicológica en la dinámica relacional familia-paciente. El aislamiento del enfermo lejos de la familia tiene repercusiones para ambos, lo que de manera indirecta influye negativamente en el sistema familiar. Desde ese momento, los miembros de la familia corren el mismo riesgo que tiene el paciente crítico de desarrollar alteraciones afectivas, emocionales y físicas y vivirán intensos momentos de estrés. De hecho, de acuerdo con Anderson, la familia del paciente en UCI también está en riesgo de desarrollar enfermedad mental, tanto durante la estancia hospitalaria como una vez que el paciente ha egresado de la UCI. Aunque la ansiedad y la depresión en la familia suelen estar presentes, sus síntomas tienden a disminuir con el tiempo; sin embargo, situaciones relacionadas con pérdidas y duelos tienden a complicarse a medida que pasa el tiempo, al igual que sucede con los cuadros de estrés post traumático, que suelen instaurarse cuando el paciente ya ha sido dado de alta de la UCI. También Plaszewska-Zywko y Gazda resaltan que los familiares de los pacientes de la UCI experimentan emociones negativas de alta intensidad, en especial los padres y los hijos adultos; y en comparación con los hombres, las mujeres presentan mayores niveles de emociones y de necesidades.

El trastorno de estrés post traumático ha sido bien estudiado no solo en los pacientes de UCI sino también en sus familias. De acuerdo con diferentes reportes, 14-27% de los sobrevivientes de la UCI desarrollan el trastorno, que incluso puede ser crónico. Así mismo, se ha reportado que en estos pacientes el estrés post traumático puede presentar comorbilidad con ansiedad, depresión y trastornos del sueño; además, puede demorar la recuperación, generar sentimientos de angustia por separación de los seres queridos y disminuir la funcionalidad y la calidad de vida. La prevalencia de estrés postraumático en las familias también es representativa. Anderson y col. Realizaron un estudio donde encontraron que el 35% de los familiares que participaron, presentaron síntomas de estrés postraumático, relacionados con la experiencia de tener un ser querido en UCI luego de 6 meses de ocurrido el hecho, y 46% de aquellos que perdieron un familiar presentaron duelo complicado luego de 6 meses. Con base en estos resultados, los autores sugieren que los familiares de pacientes en UCI sean evaluados por ansiedad aguda y depresión durante la experiencia en UCI y por estrés post traumático y duelo complicado luego del alta o muerte del paciente.

En lo referente al estrés, algunas de las principales fuentes de estrés de la familia del paciente crítico son: la tecnificación del entorno, la falta de intimidad y de espacios adecuados, el alto número de profesionales diferentes que atienden al paciente, la falta de confianza en los servicios de salud, el lenguaje técnico y la escasez de información, el sometimiento a las restrictivas normas de la unidad, el síndrome de estrés del traslado (ansiedad generada por el paso del paciente de la UCI a una unidad de hospitalización) y designar un tutor sustituto que asuma tomar decisiones por el paciente y representar sus deseos.

García et al. (2002) indican que además la familia se enfrenta a una situación de crisis vital y de muerte inminente caracterizada por: falta de control sobre la situación; incertidumbre en los momentos de

espera; incertidumbre sobre el futuro del paciente; cambios de roles dentro de la familia y desajuste en su funcionamiento; preocupación por no sentirse preparados para tomar decisiones sobre el paciente y percepción de falta de libertad para verbalizar dudas y temores. De hecho, la enfermedad aguda en uno de los miembros de una familia puede afectar negativamente a toda la familia y desencadenar conflictos en el funcionamiento y la integridad familiar.

En el estudio de Chaboyer et al., se encontró que la experiencia de pacientes y familiares en la UCI es ambivalente, aunque está especialmente asociada con soledad, vulnerabilidad, indefensión y pérdida de importancia. Por lo tanto, concluyen los autores que, además de enfermeras para la UCI, se requiere de profesionales de la salud que proporcionen apoyo emocional durante la transferencia a esta unidad y que precisamente deben desarrollarse, aplicarse y evaluarse estrategias para lograr este tipo de apoyo. La familia, en especial los parientes cercanos, parecen ser una fuente de apoyo fundamental para el paciente crítico. De hecho, en el estudio cualitativo realizado por Engstrom y Soderberh se encontró que los pacientes críticos expresaron sentirse dependientes de los familiares cercanos y así mismo sentirse asustados y solos en su ausencia. Son uno de los medios para comunicarse, sentirse motivado, comprendido, seguro y reconocido.

En un estudio cualitativo realizado por Sanner, se encontró que a siete de las 14 familias a quienes se les solicitó la donación de órganos de su familiar, este acto les resultó secundario en importancia, pues su preocupación estaba centrada en la muerte de su pariente. Sin embargo, los participantes reconocieron que necesitaban apoyo para aliviar las reacciones inmediatas de preocupación, para poder pensar de manera racional y lograr así respuestas fundamentadas. Y es que la familia del paciente crítico necesita tener como aliados a los miembros del equipo

de salud que cuidan de su familiar, pues de esa manera retorna a ellos la ilusión de tener algún grado de control de la situación. Kim et al. realizaron un estudio aleatorizado controlado con 275 enfermeros de los cuales 206 trabajaban en la UCI, con el objetivo de evaluar los efectos de un programa para la alianza entre el cuidador formal y la familia del paciente (Family- Provider Alliance Program) sobre la percepción de la alianza terapéutica, la satisfacción laboral y la calidad del cuidado. Entre otros, encontraron que tal alianza explica la varianza de 7,2% en la satisfacción laboral y de 11,4% en la calidad del cuidado. Además, permitió observar que el programa puede ser efectivo para que las enfermeras perciban empoderamiento por parte de la familia.

Estudios como el de Olsen et al. y el de Ciufu et al. han resaltado la importancia de la comunicación sobre el estado del paciente crítico, por su calidad protectora en el proceso de ajuste tanto del paciente como de la familia. De hecho, Ciufu et al., indican que una proporción importante de pacientes y familiares se sienten insatisfechos con la información recibida en la UCI y recomiendan atender a esta necesidad de manera prioritaria.

De acuerdo con lo anterior y en concordancia con el planteamiento de Olsen et al., si se establece una forma de diálogo en la que se puedan sopesar el estrés y los beneficios del apoyo que le puede dar la familia al paciente en UCI, es posible lograr un mejor posicionamiento de esta en beneficio de la recuperación del paciente. En consecuencia, el cuidado del paciente en la UCI debe incluir la participación de la familia, ya que esta favorece una mejor comprensión, una mayor cooperación y el mantenimiento del vínculo con el paciente. No hay evidencia alguna de que esta pueda ser una medida con consecuencias perjudiciales, por el contrario, se conoce que los pacientes de UCI se sienten complacidos con la participación de la familia en su cuidado. De hecho, Errasti y Tricas

afirman que la evidencia apoya el hecho de que las políticas de visitas flexibles en UCI son benéficas al igual que la participación de la familia en el cuidado intensivo del paciente, así como la adquisición de roles más específicos en el contexto de las visitas y su relación con el paciente.

De acuerdo con lo anterior, una política de acceso libre de visitantes que tiene en cuenta los deseos del paciente, sus necesidades y las de su familia y su estado de salud, impacta de manera positiva tanto al paciente como a su familia y cuidadores. Por lo tanto, las relaciones entre los médicos de la UCI y las familias de los pacientes deben estar basadas en la confianza mutua y de esta manera favorecer que, en la UCI, familiares y otros visitantes se consideren socios en el proceso de atención. No obstante, pese a la pertinencia de la participación activa de la familia en el cuidado intensivo de su pariente, es necesario considerar que con frecuencia estarán pasando por procesos de duelo complicado y/o de estrés postraumático que podrán persistir aún tras el egreso del paciente. De acuerdo con Tyrie y Mosenthal, el hecho de que se comprenda y se maneje el duelo complicado de la familia del paciente en UCI y se tengan en cuenta las necesidades emocionales y educativas de esta, a través de equipos interdisciplinarios capaces de atender adecuadamente sus necesidades, favorece que las familias optimicen la capacidad de tomar decisiones y en consecuencia puede afectar positivamente al paciente.

Los riesgos que pueden aparecer en los pacientes de UCI son desarrollar enfermedades mentales; aunque la ansiedad y depresión en la familia suelen estar presentes, sus síntomas tienden a disminuir con el tiempo; también está el estrés como tal, y los cuadros de estrés postraumáticos, como también conflictos en el funcionamiento y la integridad familiar. Los pacientes reaccionan mucho mejor cuando los familiares y otros visitantes también tienen atención. La participación activa de la familia,

es necesaria cuando se está atravesando por procesos complicados o de estrés post traumático (Contreras y Palacios, 2014).

Así mismo, los profesionales a cargo están acostumbrados a resolver situaciones inmediatas y urgentes, ya que, en estos contextos, el objetivo principal es preservar la vida, por lo que la salud mental de los pacientes hospitalizados queda en segundo plano. Así, la intervención del psicólogo hospitalario aún sigue siendo un problema para aquellos profesionales de la salud que no aceptan el modelo biopsicosocial que aporta a todos los ámbitos de la persona; además, la intervención psicológica trae perjuicios consigo, con el que no pueden ser tratados, ya que la mayoría no está consciente de su entorno (Contreras y Palacios, 2014). El psicólogo puede modificar dichos entornos como parte de la intervención para facilitar el ajuste a nuevos contextos tanto para el paciente como para los familiares. En cuanto a las labores que puede desarrollar el psicólogo en la UCI se encuentran la evaluación psicológica y el apoyo emocional a pacientes que no se encuentren sedados, con el fin de reducir síntomas de agitación, ansiedad y depresión que podrían retrasar la mejoría del paciente o alterar aún más sus funciones fisiológicas. Igualmente, el psicólogo se encuentra en la capacidad de realizar evaluación e intervención familiar que permita el ajuste de la familia a la situación actual, reduciendo el impacto de tener un ser querido en la UCI y promoviendo estrategias de afrontamiento que resulten adaptativas para enfrentar la situación, disminuyendo la ansiedad y mejorando la comunicación con el equipo de salud (Contreras y Palacios, 2014).

Por otra parte, según los mismos autores, se deben tomar en cuenta las habilidades clínicas que un profesional de la salud mental en el ámbito hospitalario debe poseer, como la capacidad de llevar a cabo intervenciones en crisis, procesos de duelo anticipado, psicoeducación,

técnicas de manejo del dolor, evaluación psicológica e intervención breve, manejo de situaciones familiares complicadas, comunicar malas noticias y, en general contar con un buen repertorio de técnicas que le permitan llevar al paciente y a su familia a utilizar sus propios recursos para afrontar la situación de la mejor manera posible.

Cuando se realiza el abordaje psicológico desde la perspectiva comportamental, el paciente y su familia son evaluados de manera continua en el marco de un proceso analítico y dinámico, en búsqueda de conductas blanco y de factores mantenedores de las mismas. Es importante considerar el uso de procesos de observación conductual que permitan obtener datos adecuados al objetivo de intervención y que a la vez sean precisos, contrastables y favorezcan la realización de análisis funcionales antes de la intervención y la evaluación de la eficacia de la misma. Por ejemplo, serían conductas objeto de observación en una UCI, saludar al paciente, comunicar al paciente su estado clínico o a su familia, preguntar al médico por su estado clínico, hablar con el familiar que se encuentra en UCI, llorar o reclamar.

Finalmente, es importante recalcar que el psicólogo hospitalario debe poseer varias habilidades que le permitan realizar un abordaje apropiado dentro de los diferentes contextos en su labor.

El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es un acontecimiento altamente estresante y no exento de dificultades emocionales, tanto para el propio paciente como para su familia. Las propias condiciones físicas del entorno, la tecnificación, el ruido, las alarmas, los problemas de sueño y descanso, el dolor, las dificultades de comunicación debido al propio proceso de enfermedad o a los medios técnicos y farmacológicos necesarios para tratarlo, el miedo a la pérdida de la salud o de la propia vida, la falta

de autonomía, etc., son variables que influyen en el estado anímico del paciente durante su estancia en la UCI y después de la misma (HUCI, 2020). De esta manera, la labor del psicólogo clínico como profesional de la salud mental juega un rol preponderante tanto en el ingreso, estadia y egreso del paciente y su entorno.

La atención psicológica en el ámbito hospitalario, específicamente en UCI, representa una modalidad de intervención de alta complejidad. Se parte de una consideración bio-psico-social del paciente ingresado o enfermo, que incluye las características particulares del contexto y las diferentes dinámicas que forman parte de la institución hospitalaria. Así, las características del contexto hospitalario tienen una influencia tanto en los pacientes como en los propios profesionales, generando un impacto para ambos. Podríamos hablar del encuentro de dos desconocidos llamados a entenderse, pero que no tienen por qué encontrarse en las mejores condiciones para ello, sometidos ambos a sus propias circunstancias personales. Aunque pueda parecer una obviedad, cabe explicitar que el hospital es un escenario en el que la experiencia del sufrimiento, tanto físico como psíquico, está constantemente presente, realidad que los diferentes profesionales sanitarios tienen que afrontar de manera excelente en su práctica habitual. Si bien el dolor físico pertenece a la esfera de los pacientes, el dolor psíquico se expresa tanto en pacientes como en profesionales, ya que no es posible acercarse a un paciente que sufre sin que este sufrimiento encuentre un eco en el profesional mismo. Si bien la posición del paciente ingresado y de los profesionales es claramente asimétrica, cada uno de ellos a su manera puede encontrar en el hospital un ambiente estresante.

Durante el ingreso hospitalario, las características de alejamiento o reducción de los apoyos sociales y ambientales habituales, así como la pérdida de intimidad, de individualidad y de control sobre las actividades

cotidianas, son para los pacientes algunos de los primeros elementos productores de estrés (Groves y Muskin, 2006). Estos elementos pueden favorecer en el paciente más vulnerable un desequilibrio significativo, que no le permita adoptar estrategias de afrontamiento eficaces. Para el enfermo, desprenderse de su ropa y objetos, someterse a pruebas invasivas, compartir habitaciones, soportar interrupciones del sueño para la realización de distintas actuaciones sobre él mismo o sobre otro enfermo o ruidos constantes en determinadas unidades de vigilancia, suponen un malestar añadido a la propia enfermedad. Sin embargo, también hay otra serie de circunstancias generadoras de estrés o ansiedad que comparten tanto profesionales como pacientes. Entre ellas, podemos encontrar el factor de incertidumbre en términos de Rodríguez y Zurriaga, (1997) sobre el pronóstico y evolución de determinadas enfermedades, sobre todo si consideramos que las propias intervenciones clínicas, con frecuencia, forman parte también de ese pronóstico.

Igualmente, las dificultades de comunicación Zas (2011) manifiestan que pueden ser cuanto menos inquietantes para unos y otros. Sí compartir información es complicado en sí, los procesos de comunicación se pueden dificultar aún más ante pacientes que por su situación de enfermedad se ven privados de la posibilidad de entender, hablar o escuchar, o también por la gran confluencia de personas y colectivos, con culturas y perspectivas diferentes. Sin embargo, a pesar de lo señalado anteriormente, a la mayoría de los pacientes, y cuanto más graves, el contexto hospitalario les ofrece posibilidades protectoras y esperanzadoras, viviéndolo como un lugar de cuidado. El deseo de mejora o curación y el sentirse cuidado y tratado, permite tolerar y sublimar el sufrimiento. En este sentido, tanto el trato recibido por parte de los profesionales como una buena comunicación representan elementos fundamentales de satisfacción más allá de la propia evolución de la

enfermedad o mejoría de los síntomas, quedando grabadas las vivencias y la conexión emocional con los profesionales y con otros pacientes. En todo este contexto, es fundamental tener presente la importancia de responder a las necesidades psicológicas, ya que suele ocurrir que, a mayor gravedad médica, por la urgencia en las actuaciones, menor cuidado se tenga frente a aspectos psicológicos.

De forma complementaria, cuando hablamos de necesidades psicológicas, no solo nos referimos a las de los pacientes, sino también a las de los profesionales sanitarios, quienes pueden verse necesitados de asesoramiento sobre cómo abordar y manejar complejas situaciones, en las que los procesos psicoemocionales de ambos pueden desempeñar un papel nuclear y que trascienden el conocimiento y el saber hacer de sus respectivos campos de especialización, encontrándose por ello desprovistos de herramientas para su manejo efectivo.

Como se mencionó anteriormente, la UCI es un servicio de alta complejidad de acceso restringido. En ella se encuentran equipos especializados con todo lo necesario para brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, lo cual, por su estado, las personas ingresadas requieren monitorización continua, vigilancia y tratamiento específico. El ingreso a esta área no solo afecta al paciente sino también a su familia perturbando este aislamiento indirectamente al sistema familiar. Es así donde familiares y pacientes corren el mismo riesgo de desarrollar alteraciones afectivas, emocionales y físicas, sobre todo viviendo momentos de estrés. Las familias del paciente en UCI también están en riesgo de desarrollar enfermedades mentales, tanto en estancia hospitalaria como una vez que el paciente ha regresado a la UCI (Contreras y Palacios, 2013). Además, la ansiedad y la depresión pueden llegar a estar presentes en familiares, esta sintomatología con el tiempo va disminuyendo, sin embargo, en situaciones donde existen

pérdidas y duelos tiende a complicarse a medida que pasa el tiempo y de la misma manera sucede con el estrés postraumático que suele establecerse en los pacientes de la UCI que son dados de alta.

2.11.15. Factores que generan estrés en los familiares del paciente de UCI

Existen factores que generan estrés en los familiares de los pacientes de UCI el cual se divide en dos:

Referido a las características de las UCI en donde se encuentran: tecnificación del entorno, alto número de profesionales que atienden al paciente, falta de confianza en los servicios de salud, lenguaje tecnificado y síndrome de estrés que se da por el traslado de la UCI a una unidad de hospitalización, y; referido a los familiares, se encuentran: situaciones de crisis, falta de control sobre las situaciones, incertidumbre en los momentos de espera, cambios de roles en el seno de la familia y no sentirse preparados para tomar decisiones sobre el paciente.

Es así por lo que se requiere que los profesionales de salud promuevan apoyo emocional durante la transferencia a esta Unidad a los familiares, así mismo es de gran importancia mencionar que la familia es un apoyo indiscutible en las partes emocionales y físicas. Cuando un paciente tiene dificultades en el entorno familiar, sus procesos y sus resultados son mucho más lentos, a diferencia de tener una familia que brinda apoyo a su pariente obteniendo así mejores resultados, por lo que se destaca que tanto las relaciones entre los médicos de la UCI y las familias de los pacientes internados, son como una avenida tridimensional que debe basarse en la ética y la confianza mutua con la finalidad de concentrarse en el paciente, de ahí que este ocupa la punta superior de la triada, apoyándose en el equipo de salud y familia.

En cuidados intensivos, los profesionales se preocupan por estabilizar al paciente y dejan de lado la salud psicológica del mismo, lo cual suele ocurrir cuando los pacientes están inconscientes, sedados o intubados. Además, existe un cierto rechazo a la participación de profesionales de salud mental por la percepción de afectar la agenda de médicos y enfermeras, lo cual conlleva a que los pacientes en las UCI no tengan una apropiada ayuda psicológica al ser atendidos emocionalmente por quienes no tienen tiempo y entrenamiento necesario para atender estos problemas de manera eficaz, pudiendo incluso exacerbar la crisis, es decir, intensificarla o añadir cargas innecesarias a sus cuidadores.

Entre las labores que puede desarrollar el psicólogo en UCI están: la evaluación psicológica y el apoyo emocional a pacientes que no estén sedados, dirigido hacia sus necesidades físicas, emocionales y espirituales; evaluación e intervención familiar para reducir el impacto de tener al familiar en el centro, facilitando procesos de duelo, firma de consentimientos y comprensión de estados psicológicos que pueden impedir o promover una adecuada toma de decisiones; promoviendo estrategias para enfrentar la situación y disminuir la ansiedad, a su vez, mejorando la comunicación con el equipo de salud.

Para todo ello, es indispensable que el psicólogo tenga conocimiento de términos médicos que permitan la comprensión del estado de salud del paciente, su diagnóstico, pronóstico y las intervenciones a las que está siendo sometido y de las cuales se pueden inferir los diferentes estados emocionales que se presentan, además, de manera general debe contar con un buen repertorio de técnicas que le permitan llevar al paciente y a su familia a utilizar sus propios recursos para afrontar la situación de la mejor manera posible, algunas a mencionar son la capacidad de llevar a cabo intervenciones en crisis, procesos de duelo anticipado,

técnicas de manejo del dolor, evaluación psicológica e intervención breves, psicoeducar y entrenar en primeros auxilios psicológicos a los familiares y a los miembros del equipo de salud para que prevengan una potencial crisis que se suscite en el paciente.

Los psicólogos también pueden contribuir a la adaptación activa de la estancia del paciente en la UCI, ayudando en la prevención de conductas y situaciones de riesgo tanto para el paciente como la familia y el equipo de salud, promoviendo en sí estrategias de afrontamiento en el manejo de estrés, distrés y alteración de ánimos, apoyando de forma continua al paciente y a la familia a quienes les ha sido anunciado su ingreso a la UCI.

Es importante recalcar la importancia de una atención integral del paciente, aun si su estado es crítico, se debe cubrir sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales. El psicólogo debe trabajar de forma integral con el equipo de salud, de modo que el paciente y su familia reciban un tratamiento de calidad y puedan afrontar adecuadamente la situación por la que atraviesan.

2.11.16. Atención psicológica en cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son una disciplina joven, todavía desconocida, poco explorada, poco integrada en los currículos y programas de formación. Los temas relacionados con el final de la vida son todavía difíciles de asumir. Los médicos y el personal sanitario siguen estando formados para cuidar y salvar vidas, pero cuesta aprender a “cuidar” cuando ya no es posible “curar”.

La sociedad actual busca soluciones para prolongar la vida, para parecer más joven, para luchar contra todas y cada una de las enfermedades. Evitamos hablar del final de la vida y seguimos escondiendo a

nuestros hijos y seres queridos, evitando el sufrimiento que suponen las enfermedades, sin embargo, no hay mayor sufrimiento que el desconocimiento, la falta de dignidad, la obstinación, el paternalismo y la ausencia de información. Todos tenemos derecho a poder conocer y decidir, igual que hacemos durante nuestras vidas, sobre cómo será nuestro final.

Los cuidados paliativos pretenden dar una respuesta científica, profesional, humana y coordinada a las necesidades del paciente en situación avanzada, a su familia y/o personas cuidadoras. Deben realizarse desde la perspectiva de una atención integral, que incluye la situación avanzada de pacientes con enfermedad oncológica y no oncológica, a cualquier edad. El objetivo de esta atención integral y coordinada es favorecer que el paciente viva con dignidad la última etapa de la vida, tratando de conseguir que se produzca sin un sufrimiento insoportable, conservando la capacidad para transmitir los afectos en los últimos momentos, ofreciendo al paciente la posibilidad de tomar decisiones sobre su cuerpo y su propia vida y respetando las convicciones y valores que han guiado su existencia. Igualmente, favorecer que la familia tenga el apoyo psicoemocional y una atención adecuada a su situación.

2.11.17. Los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son una parte fundamental del tratamiento de toda enfermedad grave en la que esté en riesgo la vida del ser humano. El cuidado paliativo se centra en el alivio del sufrimiento de las personas con alguna enfermedad crónica grave, irreversible o en etapa final, sobrellevamos los síntomas físicos y psicosociales para una mejor adaptación y bienestar.

Los cuidados paliativos se enfocan para pacientes con una enfermedad en etapa terminal e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas requieren del apoyo médico, social, espiritual, psicológico y familiar durante la enfermedad y el duelo. La atención paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal del desarrollo humano. Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida y el bienestar de los pacientes y de sus familias, quienes se enfrentan a enfermedades amenazantes que debilitan y provocan múltiples complicaciones biológicas, afectivas y sociofamiliares que llegan a generar una situación de sufrimiento, logrando mitigar el dolor y otros síntomas, proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo.

Los cuidados paliativos están dirigidos a pacientes de cualquier edad, con cáncer y enfermedades crónicas incurables y evolutivas que se encuentren en situación avanzada o terminal. Las intervenciones paliativas se basarán, fundamentalmente, en las necesidades del paciente y su familia, más que un plazo concreto de supervivencia. Los criterios para la definición de un paciente terminal son:

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
- Pronóstico de vida limitado.
- Escasa respuesta a tratamientos específicos.
- Evolución de carácter oscilante y crisis de necesidades.
- Intenso impacto emocional y familiar.
- Repercusiones sobre la estructura cuidadora.

Los cuidados paliativos deben proporcionarse a todos los pacientes que lo precisen en cualquier ámbito de atención primaria o complementaria, a pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles.

2.11.18. Evaluación y diagnóstico

Uno de los objetivos principales que se tiene dentro de los cuidados paliativos, es el tratar de obtener o encontrar una mejor calidad de vida o alcanzar un alto nivel de bienestar emocional para la persona que ha sido diagnosticada con una enfermedad terminal y la de su familia; por lo tanto, para poder llegar a obtener o conseguir este objetivo es importante que se dé un proceso de evaluación preciso, que nos permita llegar a un diagnóstico y plantear el tratamiento necesario.

Con la evaluación psicológica en cuidados paliativos se trata de conseguir la diferencia entre las posibles respuestas psicológicas adaptativas y las respuestas psicológicas desadaptativas. Las primeras son aquellas respuestas más “saludables” que son más cercanas a lo esperable y que contribuyen a la persona enferma en ajustes emocionales con respeto a su enfermedad; mientras que las segundas son las que interfieren en el proceso de ajuste de la situación y que por esta razón pueden llegar a empeorar o disminuir la calidad de vida de la persona enferma y así a su bienestar.

Para este proceso de evaluación, el instrumento evaluativo más importante con el que cuentan los profesionales de la salud mental es con la entrevista psicológica semiestructurada, la cual nos ayudará a recoger información de las respuestas y conductas que la persona ha llevado a cabo desde su diagnóstico, la forma de afrontamiento al mismo y su estado emocional. La entrevista no se direccionará a un interrogatorio, más bien, aquí el paciente tendrá la libertad de exponer abiertamente todo aquello que ha podido llegar a sentir y pensar; en este proceso no solamente se recogerá información mencionada por la persona, sino también se tomará muy en cuenta su comportamiento no verbal, sus gesticulaciones al momento de mencionarnos sobre su

enfermedad y lo que ha conllevado el estar pasando por esta situación, la forma en que se expresa, su postura, forma de interactuar, entre otras.

Para poder completar el proceso de evaluación y diagnóstico, también se puede hacer uso de instrumentos psicométricos que nos proporcionen información sobre comportamientos indicadores del impacto emocional del paciente; también, se trabajará con el equipo de profesionales responsables del paciente, que nos brinden información sobre la historia médica, la enfermedad actual y pasada, el tipo de tratamiento y medicación que está recibiendo, análisis o exámenes solicitados por otros especialistas que puedan llegar a influir en el estado de ánimo del paciente y que sean de origen orgánico.

De manera similar, se deberá llevar a cabo una entrevista con la familia del paciente o sus cuidadores para poder identificar o corroborar la sintomatología, estado anímico o emocional del paciente, así como también el proceso de adaptabilidad hasta ese momento que ha tenido este frente a su enfermedad. Nos permitirá también conocer si hay presencia de situaciones problemáticas y la afectación que ha llegado a tener la familia con respecto a su pariente, pudiendo ser estos sentimientos de estrés como el miedo, ira, impotencia, frustración entre otras; la familia, al ser una red de apoyo, tiene la capacidad de brindar apoyo afectivo, pero a su vez, la evolución de la enfermedad del miembro de la familia puede suponer reacciones emocionales intensas que provocan estrés como se mencionó anteriormente. Es donde radica la importancia de que se brinde atención psicológica al paciente y a la familia o cuidadores principales. Este procedimiento de evaluación nos dará paso a un diagnóstico y a un posible plan de tratamiento.

2.11.19. Tratamiento

El tratamiento psicológico en cuidados paliativos se caracteriza por abordar de forma global al paciente. Para responder a las diversas necesidades del enfermo, es necesaria una planificación de carácter holístico, donde cada profesional pueda asesorar y acompañar de la mejor manera. Por ello, se expone que existen funciones desempeñadas por todo el equipo de salud, mientras que otras necesitarán una formación específica. Esto incluye tratamiento en psicoterapia para una progresiva adaptación y control de trastornos mentales como depresión, estrés, dolor, entrenamiento en relajación, respiración, terapia grupal y familiar.

Un buen acompañamiento al paciente por su familia tiene valor preventivo para luego poder lidiar con el proceso de duelo. Si existe un entorno donde tanto paciente, familiares y profesionales estén seguros y se sientan en un entorno de confianza, la comunicación se tornará mucho más llevadera y esto va a favorecer la disminución de estrés, aumentando el aspecto espiritual y sanador de los cuidados paliativos. También conectar con los pacientes y sus familias procura el encuentro de necesidades, la toma de decisiones y la conexión con el tratamiento.

La intervención y tratamiento en cuidados paliativos se divide en tres ejes de acción; la intervención en el paciente, familia y el profesional de salud. A fin de alcanzar una intervención exitosa que realce la calidad de vida de los pacientes, es crucial establecer una relación basada en la confianza mediante una comunicación afectuosa. El counselling resulta un método de comunicación frecuente en cuidados paliativos. Se destaca por resaltar la autonomía del paciente, acompañarle en sus decisiones y que se basen en la voluntad del paciente, el counselling es un proceso participativo, donde el profesional mantiene una relación

donde se valida y confronta al paciente, respetando su autonomía con el propósito de ayudarlo a tomar las decisiones más adecuadas teniendo en cuenta su estado afectivo y emocional.

Lo primero a lo que se enfrenta el paciente es el momento antes del diagnóstico, es muy probable que el paciente tenga sentimientos de angustia, y es un momento muy desagradable ya que implica un cambio importante en su vida. Durante el tratamiento, el paciente y familiares deben tomar decisiones importantes en un momento emocional intenso, por lo que el miedo estará muy presente, por eso es importante que el profesional empatee con toda esa montaña rusa de emociones.

El segundo paso es validar, escuchar y comprender, aquí tiene mucho que ver la asertividad. Misma que permite poder gestionar y manejar los sentimientos y se basa en el respeto, se la utiliza para empatizar y comprender.

El tercer paso es informar y precisar para orientar y conlleva una serie de pasos como:

- Estar absolutamente seguro del diagnóstico, buscar un lugar tranquilo.
- Hay que considerar que el paciente tiene derecho a conocer sus circunstancias.
- Tener en cuenta que el hecho de informar es, en este orden, un acto humano, ético, médico y legal.
- Es importante para el profesional interiorizar que no hay una fórmula que implique éxito al cien por cien.
- Como se ha mencionado anteriormente, se recomienda averiguar lo que el paciente sabe, quiere saber y está en condiciones de saber.
- Dar tiempo al paciente, para que pueda preguntar.

- No discutir con las negociaciones.
- Aceptar ambivalencias, no establecer plazos, ni límites.
- Utilizar palabras simples y evitar palabras malsonantes.
- Extemar la delicadeza.
- Es un proceso gradual, no es un acto único.
- No decir nada que no es verdad.
- No quitar la esperanza

Se puede decir que desde los primeros comienzos de los cuidados paliativos la atención hacia el moribundo implica una atención global que persigue el objetivo primordial de lograr el máximo confort y bienestar. Para ello a lo largo de las diferentes intervenciones se plantean objetivos generales y específicos que vayan cubriendo las diferentes necesidades físicas, psicológicas y sociales que requiere cada persona.

La labor del psicólogo es muy necesaria en este tipo de unidades, en las que el desgaste emocional generado por realidades tan duras como el sufrimiento y la muerte que están presentes diariamente puede mermar la calidad de servicio que se ofrece a los pacientes y a sus familiares. La evaluación e intervención hacia los pacientes y familiares han de tener como objetivo último satisfacer las necesidades y preocupaciones de ambos para lograr el máximo confort y bienestar. Teniendo presente tanto lo que se dice como la forma en que se dice, mediante el fomento de habilidades de comunicación y la expresión de emociones.

2.11.20. Atención psicológica al acompañante y familiares

El hospital ha sido descrito como un estresor de tipo físico, cultural, social y personal, sobre todo para el paciente quien comienza su estadía en el mismo, así como para las personas que lo acompañan. Por lo tanto,

estar en un territorio desconocido para el paciente implica diversos malestares tanto psicológicos como físicos (Benítez et al., 2016).

Este proceso de hospitalización no solamente causa un impacto emocional en el paciente, sino también en su entorno social, es decir, familiares, amigos cercanos, entre otros. Lo que indica que la familia cumple un rol fundamental en el entorno del usuario (Bautista et al., 2016).

Cabe resaltar que las familias hacen parte sustancial del proceso de enfermedad por el que atraviesa cualquier persona, por lo que, la participación de las familias se convierte en un proceso continuo cuya intención va más allá del proceso de acompañamiento, la cual busca generar acciones transformadoras que mejoren los beneficios de interacción entre la comunicación terapéutica y relación de ayuda (Bautista et al., 2016).

El desarrollo de la participación familiar implica la toma de decisiones multidisciplinares en donde actúan familiares, pacientes y profesionales de salud, donde se exponen todas las opiniones, consecuencias de cada una de ellas y se utilizan los medios de apoyo necesarios para facilitar el proceso, por lo que, es de suma importancia que el personal sanitario les ayude en el proceso (Benítez et al., 2016).

Tomando en cuenta que la familia de un paciente en estado crítico tiene necesidades de cercanía e interacción, de manera que los profesionales los guíen dentro de un ambiente integral de apoyo y compromiso, siendo partícipes en las actividades relacionadas al cuidado (Bautista et al., 2016).

Por otro lado, en cuanto a la relación entre la familia y el equipo médico, primeramente, es importante conocer el impacto de un familiar enfermo, el cual, según Birgin et al. (2018) produce en una primera fase un grado de:

- Desorganización que rompe la estructura de funcionamiento establecida, tanto para el paciente como para la familia.
- Estado de shock que puede ir transformándose en aceptación y colaboración con el equipo profesional o negación y rechazo.

Si bien todo el sistema familiar se verá afectado ante la enfermedad de uno de sus miembros, existirá un cuidador designado o también conocido como “cuidador informal”, quien cambiará su estilo y calidad de vida juntamente con el enfermo, y será quien modificará sus actividades cotidianas para asumir esta nueva responsabilidad (Carreño y Chaparro, 2016).

El cuidador se enfrentará a múltiples circunstancias estresantes que posiblemente deterioren su salud física y mental, aumentando el riesgo de padecer patologías como depresión, ansiedad, síndrome del cuidador quemado, entre otras, lo cual está estrechamente relacionado con el hecho de que la enfermedad del familiar acarrea consigo altos niveles de preocupación y agotamiento (Carreño y Chaparro, 2016).

La familia y específicamente el cuidador informal, al igual que el enfermo, deberán atravesar un proceso de adaptación y aceptación a la enfermedad, sin embargo, esta situación suele ser complicada para todos los involucrados, en especial para el cuidador, quien está más expuesto a sufrir alteraciones psicosociales como el aislamiento de la

red de apoyo, irritabilidad, sobrecarga de cuidado, aislamiento social, descuido personal y declives económicos (Mesa et al., 2017).

Además, los cuidadores combaten contra factores de riesgo a nivel conductual como el empeoramiento de la dieta, poca o nula actividad física, etc., y a las posibles alteraciones fisiológicas entre las que predominan los dolores musculares, alteraciones del sistema inmunológico, obesidad e hipersecreción de glucocorticoides (Mesa et al., 2017).

Por lo tanto, como se ha mencionado anteriormente, la enfermedad pone en crisis no solo al enfermo sino a la familia, quienes deben conocer si la enfermedad es aguda, incapacitante, crónica o recurrente. Favorecerá el vínculo para encontrar nuevos patrones de relación que corresponden a la nueva etapa que se está iniciando (Birgin et al., 2018).

El médico, al conocer el proceso para llegar a ser enfermo y paciente, los factores y condiciones que motivan la consulta, los cuales se configuran en una cierta forma de presentación, se ubica en una posición privilegiada para desarrollar una adecuada y satisfactoria relación médico/paciente/familia de colaboración. El establecer esta relación de manera efectiva es la herramienta más importante para un tratamiento exitoso, y la disponibilidad y el tiempo que el médico dedica en la consulta son por sí solos los dos factores más valiosos para un resultado adecuado (Floyd y Dago, 2014).

Los mismos autores mencionan que, para lograr ese nivel de efectividad y competencia, es necesario adquirir ciertas destrezas y habilidades para ser experto en algunas herramientas psicológicas, como las que se mencionan en la Figura 8.

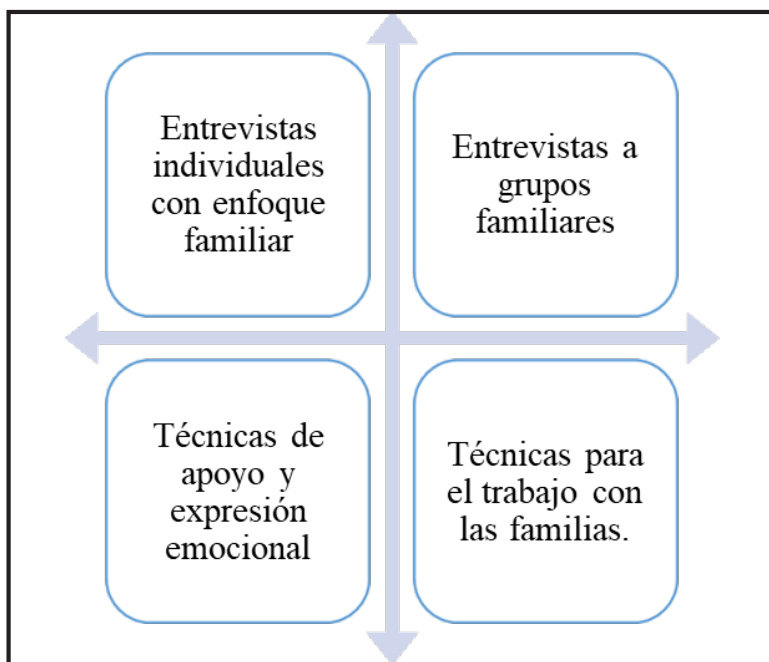


Figura 8. Herramientas psicológicas según Floyd y Dago (2014).

Estas habilidades le dan al médico un perfil que lo ubica como el único profesional de la salud, que aplica y conjunta un modelo de atención que incluye los procesos de atención: biológico, emocional, cognitivo (educativo), conductual, familiar (relaciones interpersonales), epidemiológico (riesgos y recursos sociales), nutricional y espiritual, con lo cual se supera con mucho el modelo bio-psico-social, dando paso a una opción de atención verdaderamente integral.

De esta manera, se menciona que la relación colaborativa médico-paciente-familia se establece cuando el médico adquiere habilidades y destrezas con los propósitos estipulados en la Figura 9:

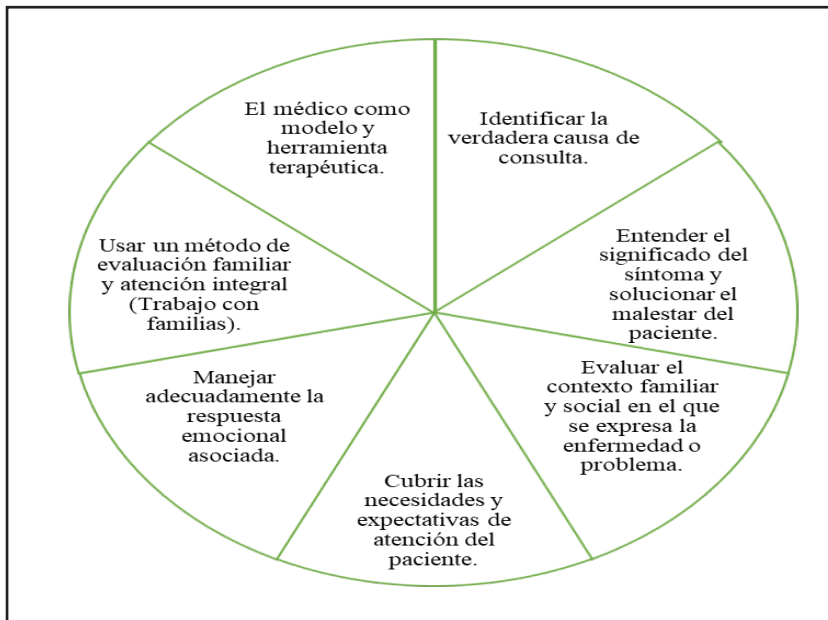


Figura 9. Propósitos de la relación colaborativa médico-paciente-familia según Floyd y Dago (2014).

En base a todo lo mencionado, es importante poder brindar apoyo a los miembros de la familia de un paciente dependiente, convirtiéndose así en una necesidad de prioridad, puesto que varios factores demográficos, sociales, políticos y económicos lo justifican. Tales factores son el aumento de la necesidad de atención, la disminución de capacidad de atención familiar. Profesionalmente, la atención empezó centrándose en la persona como tal, en sus sentimientos, problemas y necesidades, sin embargo, hoy en día, la intervención ha ido evolucionando, ampliando la atención a cuidadores principales y posteriormente poder incluir a varios miembros de la familia. Siendo una intervención interdisciplinar, puesto que, cuenta con técnicas e instrumentos avalados científicamente (Ortiz, 2007).

Por ende, es primordial conocer a la familia, sus características, necesidades y problemas, conociendo así las demandas para la intervención psicológica, a través de evaluaciones integrales de la situación del paciente, revisión de historias clínicas y sociales, bibliografía, entrevistas, etc. Toda necesidad identificada en el paciente puede tratarse en intervención psicológica familiar, puesto que amortigua el impacto de la enfermedad sobre la persona; estas necesidades varían de acuerdo a factores múltiples, tales como, la etapa de vida del paciente, si la enfermedad es congénita, hereditaria o adquirida, curso y evolución de la dependencia, áreas afectadas en el organismo, adaptación a la enfermedad, alteraciones del comportamiento, psicopatología asociada a la dependencia, conciencia de la enfermedad, nivel de desarrollo cognitivo y variables personales como los rasgos de personalidad, vulnerabilidad al estrés, resistencias al cambio, actitudes, rol antes o después de la situación de dependencia, situación económica individual y/o familiar, entre otros (Ortiz, 2007).

Así también, las necesidades que la familia presenta incluyen información, orientación y formación de la enfermedad, habilidades y destrezas para realizar tareas de cuidado y autocuidado, el uso de recursos y ayudas técnicas existentes en la comunidad; apoyo emocional, descarga afectiva y expresión de sentimientos y emociones, necesidades surgidas por la presencia de otros acontecimientos vitales estresantes. Existe una amplia gama de programas e intervenciones psicológicas con familias para diferentes necesidades que se quieran cubrir, perfil de la persona en situación de dependencia, áreas y el contexto en el que se quiera intervenir, cuando se conozca el tipo y modelo de intervención. Fijaremos los objetivos generales y específicos. En la intervención con familias pueden y en algunos casos deben de estar implicados profesionales de diferentes disciplinas sociales, sanitarias, entre otras (Ortiz, 2007).

Al conocer que el acompañante o cuidador del enfermo es la persona que asume la responsabilidad de tareas que los coloca en una situación de gran vulnerabilidad, estrés y carga, son más propensos a padecer problemas físicos, emocionales y sociofamiliares, por ende, necesitan intervenciones psicológicas (Sauceda y Maldonado, 2003; Velázquez y Espín, 2014).

De modo que una de las principales estrategias para el cuidador es el apoyo social brindado por el resto de los miembros de la familia y el equipo médico, además de promover la conciencia de autocuidado, lo que significa que no descuide sus horarios y rutinas, que tome un tiempo para sí mismo, se entrene en un adecuado afrontamiento del estrés y resiliencia con enfoque participativo, de género y de derechos en igualdad de oportunidades, todo esto como medidas preventivas a un cuadro psicopatológico (García et al., 2021).

Algunas de las intervenciones más frecuentes son las de respiro, las cuales consiste en dejar al enfermo a cargo de alguien más facilitando tiempo disponible para el cuidador informal; los grupos de autoayuda, en donde comparte y recibe consejos de personas en su misma condición; psicoeducación, la cual tiene como finalidad brindar un entrenamiento en estrategias y habilidades de afrontamiento a las consecuencias del cuidado; resolución de problemas y un proceso psicoterapéutico individual enfocado en el desarrollo y mantenimiento de una relación terapéutica con cuidadores, empleando técnicas basadas en modelos de estrés y afrontamiento o en modelos cognitivos-conductuales (Hurtado, 2021).

Adicionalmente, hay temas que según el desarrollo de la enfermedad del paciente se deben trabajar con el cuidador, como el cuidado informal comunitario, duelo anticipado, dinámicas familiares que interfieren con el cuidado e interacciones psicológicas en el trinomio cuidador-paciente-médico (Hurtado, 2021).

Según Martínez (2020) el tratamiento en general se basa en:

- “Enseñar al cuidador a poner límites, aprendiendo a negar la realización de demandas que no sean importantes y pedir ayuda a otros familiares o amigos para dividir la tarea del cuidado” (pág. 99).
- “Enseñarle a cuidar de sí mismo y mantener su aspecto físico” (pág. 99).
- “Indicarle la necesidad de buscar la ayuda de otros familiares” (pág. 99).
- “Animarle a inscribirse en grupos de apoyo” (pág. 99).
- “Proporcionarle guías de cuidado de personas dependientes y fomentar una alimentación sana” (pág. 99).
- “Buscar junto con el cuidador un espacio para dedicarse a él mismo y a sus actividades de ocio favoritas” (pág. 99).
- “Instruirle a fomentar en la medida de lo posible la autonomía de la persona dependiente” (pág. 99).
- “Enseñarle a gestionar el tiempo de la manera más eficiente” (pág. 99).
- “Combatir sentimientos de culpabilidad y marcar objetivos de mejora a corto plazo” (pág. 99).

Se puede concluir que la complejidad de las alteraciones que al fusionarse y recaer en el cuidador causarán el empeoramiento de la calidad de vida, la insatisfacción de necesidades y una mala percepción de salud que se resumiría en un estado de estrés crónico, de ahí surge la gran necesidad de implementar intervención psicológica en los cuidadores para mitigar este malestar emocional. De igual manera, el lograr una buena relación entre el paciente/médico/familia es fundamental para lograr una óptima recuperación del enfermo y la disminución de los efectos adversos posteriores.

Bibliografía

- Achury, D. y Pinilla, M. (2016). La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería Universitaria*, 13(1), 55- 60. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.001>
- Afiansso. (4 de agosto de 2020). *Psiconeuroinmunología. Interrelación entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario*. <https://bit.ly/45I9SDk>
- Alcamí, J. (2008). Introducción. Unabreve historia del sida. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, *Revista elSevier*, 26, 1-4. [https://doi.org/10.1016/S0213-005X\(08\)76556-X](https://doi.org/10.1016/S0213-005X(08)76556-X)
- Alonso, A., Rexach, L. y Gisbert, A. (2008). Criterios de selección de pacientes con enfermedades no oncológicas en programas y/o servicios de cuidados paliativos. *Medicina paliativa*, 17(3), 161–171. ISSN 1134-248X.
- Asociación Americana de Psicología. (2017). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta. *Enmiendas*. <https://bit.ly/3Q4eijj>
- Arzate, C., Ochoa, F. y Alvarado, S. (s.f). La relación médico-paciente-familia en Oncología. 1, 41-48.
- Ayarza, G., Torres, A., Marsal, L., Sarrá, J., Lari, F., Gamarro, C. y Tortosa, S. (4 de agosto de 2018). Apoyo emocional y counselling al paciente oncológico. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*, 29(6), 110-116. <https://bit.ly/3M8EYgK>. ISSN 1886-8924
- Baquerizo, T. (s. f.). Aspectos emocionales en el paciente quirúrgico - Libro cirugía. <https://bit.ly/400tt0p>

- Bautista, L., Arias, M., y Carreño, Z. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte de la Ciudad de Santander*. 2(3), 197-309. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
- Benítez, J., Martínez, E., y Gelves, M. (2016). Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. *Revista Latinoamericana*. 42(4): 391-398. ISSN 1989-2055.
- Benito, G., Nadador, V., Fernández-Alcázar, J., Hernández-Salvan, J., Ruiz-Castro, M. y Riquelme, I. (2006). Intervenciones del psicólogo en las Clínicas del Dolor: una propuesta desde la experiencia de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares, Madrid. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(4), 254-262. Versión impresa ISSN 1134-8046.
- Bernal, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista cubana de salud pública*, 29(1), 48-51., 48-51. <https://bit.ly/46Yvxbk>. ISSN 1561-3127.
- Birgin, D., Giordano, E., y Zuker, M. (2017). La importancia del vínculo entre equipo profesional, paciente y familia en el proceso de la enfermedad. *Hematología*, 22(2), 164-168. <https://bit.ly/3QpchhU>
- Buela-Casal y Caballo, V. (Eds.), Manual de psicología aplicada, 27-48, Madrid: S. XXI. ISBN: 958-33-6974-8.
- Cabrera, Y., López-González, E., López-Cabrera, E. y Arredondo, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127. <https://bit.ly/3txlP1i>

- Carapia-Sadurni, A., Mejía-Terrazas, G., Nacif-Gobera, L. y Hernández-Ordóñez, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4), 260–263.
- Carballeira, M. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Revista Salud Mental*, 25(2), 33-37. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58222505.pdf>
- Carreño-Moreno, S., y Chaparro-Díaz, L. (2016). Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Aquichan*, 16(4), 447-461. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.4>
- Casado, V. (2012). Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria (Vol. II).
- Castañera Quintero, L. (2006). XXIII Jornadas Nacionales de Universidades y Educación Especial.
- Castro, R. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista De Salud Pública. Cuernavaca, México*. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000400012>
- Cázares de León, F., Vinaccia, S., Quiceno, J. y Montoya, B. (2016). Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: *Revisión sistemática de la literatura. Psychologia*, 10(2), 73–85. <https://doi.org/10.21500/19002386.2480>
- Christello, M., Portella, V., Roggia, J., Stein, D. y Miritiz, A. (2012). Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados. *Revista Evidentia*, 9, 40.
- Cladyz, M. (2019). *Factores psicosociales en el dolor crónico*. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4937>

- Colegio Oficial de Psicólogos. (1998). El perfil del psicólogo clínico y de la salud (Vol. 69). *España*. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1097>
- Contreras, M. y Palacios, E. (2013). Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). *Revista de la Universidad Industrial de Santander, Salud*, 46(1), 47–60. <https://acortar.link/fHNGAO>. ISSN 0121-0807
- Cortés, Z. (2015). *Técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del dolor en niños y niñas con cáncer*. Pereira: Universidad Católica de Pereira. <http://hdl.handle.net/10785/3310>
- Coutaux, A. (2019). El dolor y su tratamiento en adultos. *EMC - Tratado de Medicina*, 23(1), 1–15. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(18\)41700-X](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(18)41700-X)
- De Roos, V., De Jongh, D., Hollander-Gijsman, V. y Zitman, V. (2010). Tratamiento del dolor crónico del miembro fantasma mediante un enfoque psicológico centrado en el trauma. *Investigación y gestión del dolor* 15, 65-71, DOI: 10.1155/2010/981634
- Díaz, J., Leal, C. y Gómez, M. (2013). El sufrimiento de las personas amputadas. Un enfoque etnográfico con aplicaciones psicoterapéuticas. *Revista de Psicología de la Salud (New Age)*, 1(1). DOI: <https://doi.org/10.21134/pssa.v1i1.887>
- Die, M. (2013). Intervención Psico-Oncológica en el Ámbito Hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 4(2), 119–133. <https://doi.org/10.5093/cc2013a10>

- Domínguez, C. (2019), Consideraciones éticas para el cuidado de pacientes con dolor por cáncer en la comunidad. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 35(4), 1-12. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252019000400014
- Donker, F. (1991). Evaluación y tratamiento conductual del dolor crónico. ISBN 8432307114.
- Donker, F. y Sierra, J. (1992). La función del psicólogo clínico en un hospital general: El ejemplo de Holanda. *Papeles del Psicólogo*, 52, 90-93. ISSN-e 1886-1415.
- Duque de Estrada, A., Grau, J., Hernández, E. y Werner, R. (2006). La Psicología de la Salud en la Atención Hospitalaria. *En La Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*.
- Edo Alarcón, M. y Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 11(2), 79-90. ISSN 1136-5420/06.
- Eduvic, I. (31 de octubre de 2018). Escola Itinere. Obtenido de <https://itinere.eduvic.coop/la-funcion-del-sintoma/>
- Encarnación. (2009). Psiconeuroinmunología. Interrelación entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario. *Elsevier*, 29(6), 110-116. ISSN 0212-047X.
- Fernández, C. y Flores, A. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica contemporánea*, 2(2), 187. DOI <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>

- Fernández, M. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 47(6), 251-256. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
- Ferrándiz, M. (s.f). Fisiopatología del dolor.
- Floyd, M. y Dago, R. (2014). La importancia de buena comunicación entre el médico y el niño, la familia, y otros profesionales. *Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva*, 7(3), 148-163. ISSN (impreso): 1889-4208.
- Fritzsche, K., Liptaia, C. y Henkeb, M. (2004). Distrés psicosocial y necesidad de tratamiento psicoterapéutico en pacientes con cáncer sometidos a radioterapia. *Librería Nacional de Medicina*. DOI: 10.1016/j.radonc.2004.03.015
- Fundación Clínica Shaio. (23 de julio de 2020). Autocuidado, una responsabilidad con nuestra salud. *Fundación Clínica Shaio*. <https://acortar.link/nQIUDT>
- García Huete, E. (2002). Psicología de los afectados por el VIH/SIDA. *Revista Española de Drogodependencias*, 27(3), 310-324. <http://hdl.handle.net/10550/22191>
- García-Cantillo, C., Reyes-Ruiz, L. y Sánchez-Villegas, M. (2021). Abordaje psicológico de los cuidadores informales de discapacidad: una mirada desde el análisis documental de la normatividad colombiana. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(5), 550–561, <https://doi.org/10.5281/zenodo.5459769>
- Gómez-Carretero, P., Soriano, J., Monsalve, V., y Andrés, J. (2009). Satisfacción con la información: posible variable interviniente en el estado de ánimo de cuidadores primarios de pacientes críticos. *Clínica y salud*, 20(1), 91-105. ISSN 2174-0550

- González, A. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 610-617. <https://bit.ly/3tHUPML>
- Groves, M. y Muskin, P. (2006). *Tratado de Medicina Psicosomática*. Tomo Barcelona, España: Ars Médica. ISBN: 84-9751-202-2
- Hernández, M. y Cruzado, J. (2013). Atención psicológica al paciente oncológico: De la evaluación al tratamiento. La atención psicológica a pacientes con cáncer. *Clínica y Salud*, 24(1), 1-9. <https://doi.org/10.5093/cl2013a1>
- Herrera, J. (2018). *Psiconeuroinmunología para la práctica clínica*. Universidad del Valle Programa Editorial. doi:10.25100/peu.100\
- Hoyl, T., Valenzuela, E. y Marín, P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista médica de Chile*, 128(11), 1199 - 1204. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000001100003>
- HUCI. (2020). Proyecto de intervención psicológica en las UCI durante la Crisis Del Covid-19. *Semicuuc*, 1-8. <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/05/PROYECTO-DE-INTERVENCION-PSICOLGICA-HUCI-Y-AVALES.pdf>
- Hurtado-Vega, J. (2021). Impacto psicosocial e intervenciones de apoyo para cuidadores informales de personas dependientes en México. *Psicología Iberoamericana*, 29(1). <https://doi.org/10.48102/pi.v29i1.339>

- Javaloyes, N., Schröder, M. y Comas, M. (2001). Evaluación de la intervención psicológica en la enfermedad terminal. *Revista de Psicología de la Salud*, 13(2). DOI: <https://doi.org/10.21134/pssa.v13i2.771>
- Jiménez, K. (15 de 08 de 2017). Ajuste psicosocial en pacientes amputados. *Revista Cúpula*, 43, 8-44. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v31n2/art02.pdf>
- Jimenez, R. y Olivares, E. (2014). La intervención psicosocial de la salud en contextos hospitalarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(4), 1525-1537. <https://is.gd/sXEguU>
- Lazo, M. y Véliz, K. (julio-septiembre de 2017). Las habilidades blandas del psicólogo clínico en su intervención en la salud pública. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*. <http://hdl.handle.net/20.500.11763/cccss1703psicologo-clinico-ecuador>
- León, F. (2016). Preparación Psicológica para la intervención quirúrgica . *Psychologia avances de la Disciplina*, 85. ISSN 1900-2386.
- López, A. y Iriondo, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Revista Clínica Contemporánea*, 10(1), 1-19. doi: <https://doi.org/10.5093/cc2019a2>
- Macías, C., Isalgué, M., Loo, N. y Acosta, J. (2018). Enfoque psicológico para el tratamiento de personas que viven con VIH/sida. *Revista Información Científica*, 97(3), 660–670. <https://is.gd/sl9pel>. ISSN 1028-9933
- Mantilla, M. y Fernández, C. (2019). Acompañamiento psicológico a adulto mayor en proceso de duelo por amputación supracondílea: un estudio de caso. *Revista de Psicología*

GEPU, 10(2), 252-271. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8121127&orden=0&info=link>

Marti-Gil, C., Barreda-Hernández, D., Pérez, M. y Barreira-Hernández, D. (2013). Counseling: una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente. *Farmacia Hospitalaria*, 37(3), 236-239. doi: <https://dx.doi.org/10.7399/FH.2013.37.3.559>

Martínez, S. (2020). Síndrome del Cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(1), 97–100. <https://is.gd/BBFFHj>. ISSN 2386-8201

Meingüer, M., Cuellar, M., Clara, Á., Álvarez, N., Mejía, A., Galindo, Ó. y Martínez, J. (2018). Terapia psicológica como adyuvante en la recuperación del paciente amputado. *Revista de Cancerología*. 5, 13-21. http://www.journalofcancerology.com/pdf/jcancer_2018_01_013-021.pdf

Melita, G. y Lorimer, M. (2011) Dolor del miembro fantasma y conciencia corporal: conceptos actuales y direcciones futuras. *Opinión actual en anestesiología*. 24(5), 524-531. DOI: 10.1097/ACO.0b013e32834a105f

Mesa-Gresa, P., Ramos-Campos, M. y Redolat, R. (2017). Cuidado de pacientes oncológicos: una revisión sobre el impacto de la situación de estrés crónico y su relación con la personalidad del cuidador y otras variables moduladoras. *Psicooncología*, 14(1), 93. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55814>

Mesquita, A. (2021). *Amputación y salud mental: una revisión sistemática*. [Tesis de grado, Universidad de Oviedo]. Repositorio Institucional RUO. <https://bit.ly/3kWIItMs>

- Ministerio de Salud Pública de Ecuador, (2019). Desarrollo de un curso de capacitación en VIH, Sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas para la eliminación de la transmisión materno-infantil (ETMI Plus) dirigido a profesionales de la salud y con aval académico. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/04/Protocolo_de_Manejo_Clinico_de_la_Eliminacion_de_la_Transmision_Maternoinfantil_PLUS_2023_2024.pdf
- Moix, J. (1994). Modulación psicológica de la recuperación postquirúrgica. *Revista de la Universidad Autónoma de Barcelona*, 61(61), 79–84. <https://is.gd/vxOe4k>
- Montalvo, A. (2015). SIDA: sufrimiento de las personas con la enfermedad, Cartagena. *Avances en Enfermería*, 33(1), 85-93. <https://is.gd/x9zQN6>
- Moreno, V. (20 de abril de 2021). *Acción Familiar*. Obtenido de La función del síntoma. <https://is.gd/R992My>
- Myers, B. (2012). *Hablemos de El Apoyo Emocional a Personar Adultas con Enfermedades Oncohematológicas* (Vol. 10). Barcelona: Adiciones. <https://is.gd/HTE7f6>
- Narváez, F. (2020). Cuidados paliativos: Intervención psicológica en el final de la vida. *Comillas.edu*. <https://is.gd/XjLJII>
- Instituto Nacional de Cáncer. (2021). ¿Qué es el cáncer? Obtenido de <https://is.gd/xwu0RZ>
- Navarro, J. (2004). *ENFERMEDAD Y FAMILIA: Manual de intervención psicosocial*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa C, (2009). *Psicooncología*. In *Actualizacions de la Societat catalana de Recerca i Teràpia del comportament (Monografia en CD-ROM)*. SCRITC.

- Olvera, J. y Soria, M. (2008). La importancia de la Psicología de la Salud y el Papel del Psicólogo en la Adherencia al tratamiento de Pacientes Infeccionados con VIH. *Revista Electrónica de Psicología*, 11(4), 149–158. <https://is.gd/HhNmLg>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Panorama General del VIH SIDA*. <https://is.gd/27YgGk>
- Ortiz, M. (2007). Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Psychosocial Intervention*, 16(1), 93–105. <https://is.gd/R3sZGJ>. ISSN: 1132-0559.
- Osimani, M. (1999). *Informe Final Investigación. Conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) en SIDA y drogas en Uruguay. Población de una zona de Montevideo. 2008-2009*. IDES.
- Patiño, J. (4 de 12 de 2020). *Herramientas de afrontamiento*. Obtenido de Herramientas de afrontamiento. <https://is.gd/pNBcgH>
- Peña, M. (2017). *La intervención del psico-oncólogo en el tratamiento del niño con cáncer y su familia*. Universidad Católica Argentina. <https://is.gd/WKhI04>
- Pérez Alvarez, M. (1991). Medicina, psicología de la salud y psicología clínica. *Revista de Psicología de la Salud*, 21-44.
- Pérez, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27(4), 232-233. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>
- Pozo, J. (2022). *Infección por VIH*. Clínica Universidad de Navarra. <https://is.gd/RNNUJC>

- Prevención de Enfermedades, (20 de julio de 2022). *Division of HIV Prevention, National Center for HIV, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention*, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. <https://acortar.link/AFJ4CD>
- Prieto, J. (1999). *El dolor crónico. Aspectos psicoevolutivos en la edad adulta*. Valencia: Promolibro. ISBN: 84-7986-300-5.
- Pilar, A. (2006). *Intervención psicológica en cáncer*. Consejo General de la Psicología. <https://acortar.link/2fa041>
- Queralto. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Argentina: Pearson. ISBN: 84-330-1804-3.
- Quintana, I., (2015). Intervención educativa en familiares y vecinos de pacientes con VIH/sida. *Revista de información científica*, 91(3), 472-481. <https://is.gd/MsmI6i>
- Radusky, P. y Mikulic, I., (2018). Impacto emocional del diagnóstico de VIH en personas residentes en buenos aires. *Anuario de Investigaciones*, 25, 107-125.
- Raquel. E, y Ahearn, F. (1989). *Manual de la Atención de Salud Mental para Víctimas de Desastres (OPS)*.
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Originales*, 30(3), 143-14. <https://is.gd/s1NCcg>
- Remor, E., Ulla, S. y Arranz, P. (2001). ¿Es la percepción de control un factor protector contra el distrés emocional en personas VIH?, *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 22(3), 5-10. <https://is.gd/97nLmb>

- Ricart, A. (2008). La Comunicación en Medicina Intensiva. *Revista Clínica Contemporánea*.
- Robert, C. A. (2013). ScienceDirect. <https://is.gd/4YkwAa>
- Rodríguez, M. y Frías, L. (2005). Psicología y Salud. <https://is.gd/L3SFn6>
- Rodríguez, J. y Zurriaga, R. (1997). Estrés, enfermedad, hospitalización. *Revista Clínica Contemporánea*, 1-19.
- Rodríguez-Marín, J. (2001). La psicología del dolor. *Revista* (1), 5-24. DOI: <https://doi.org/10.21134/pssa.v13i1.769>
- Rubio, D., Neuber, K., Araya, F., Gutiérrez, H., Arias, L., Olguín, C., y Banda, E. (2017). Intervención de ejercicios de habilidad motora manual en el dolor y función en sujetos adultos con artritis reumatoide: serie de casos. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24(6), 294-303. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2017.3576/2017>
- Sauceda García, J. M., y Maldonado Durán, J. M. (2003). *La Familia: su dinámica y tratamiento*. (Organización Panamericana de la Salud (PAHO) e Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Eds.). ISBN: 92 75 32468 9.
- Scharf, B. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Persona y bioética*, 9(2).
- Sebastián, J. y Alonso, C. (2003). El proceso de adaptación a la enfermedad e intervención psicológica. *Nova Sidonia Oncología y Hematología*, 793-803. <http://dx.doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>

- Solomon, S. (1987). Psychoneuroimmunology: interactions between central nervous system and immune system. *PubMed*, 18(1), 1 -9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3316677/>
- Soto, J. y Cruz, J. (2014). Depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. En L. W. Pérez Ríos, & M. Á. Ferrer Almaraz, Educación. Handbook T-IV: Congreso Interdisciplinario de Cuerpos Académicos (Vol. IV, págs. 1-8). *Guanajuato: ECORFAN*.
- Sternbach RA (Eds.), *Handbook of Psychophysiology*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Tomás, J. (s.f.). *Desarrollo de la percepción del dolor y bases de su control*. Psiquiatría-Paidopsiquiatría. <https://is.gd/VPHMdj>
- Tonon da luz, S., Ávila, A., Oliveira, T., Andrade, M., Ventoza, F. y Berral de la Rosa, F. (2010). Valoración del daño corporal en amputados de miembros inferiores prueba de sensibilidad, postura, sobrecarga articular y calidad de vida. *Trauma* 21(3).
- Universidad Internacional de la Rioja. (08 de febrero de 2021). La entrevista psicológica: claves y objetivos de esta herramienta. <https://is.gd/v5hvdQ>
- Valentín, V. y Murillo, M., (2013). COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO. *Seom.org*. https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/comunicacion_oncologia/8.pdf
- Vargas Mendoza, J., y Aguilar, J. (2009). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, 19(2), 215-221. ISSN (Versión impresa): 1405-1109.

- Vargas, L. (2016). Construcción de pruebas psicométricas: aplicaciones a las ciencias sociales y de la salud. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 10(2), 91-94. doi: <http://dx.doi.org/10.19083/ridu.10.479>
- Vela, E. (2016). *Los amputados y su rehabilitación. Un reto para el Estado*, CONACYT. <https://is.gd/90KSBD>
- Velázquez, Y., y Espín, A. (2014). Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(1), 3–17. <https://is.gd/d4oAjX>. ISSN 0864-3466
- Velez, F. y Tobar, R. (2021). Boletín Anual de VIH / sida 2020. *Estrategia Nacional de VIH/Sida-ITS*.
- Villa, I. y Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y Salud*, 16(1), 51-62. <https://doi.org/10.25009/pys.v16i1.792>
- Zaneti, P., Martínez, R. y Castillo, D. (2020). Dolor: algunos criterios psicológicos. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 36(2). <https://is.gd/QPpic5>. ISSN 1561-2996.
- Zas, B. (2011). Experiencias en Psicología Hospitalaria. *Revista Clínica Contemporánea*. ISBN 978-607-96454-3-4
- Zas-Ros, B. (2016). *Psicología Hospitalaria* (ALFEPSI (ed.)). <http://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2011/11/Psicologia-Hospitalaria-Barbara-Zas.pdf>. ISBN 978-607-96454-3-4
- Zepeda, K. (2022). *Estrés y VIH*. Consejo Estatal para la Prevención del Sida en Jalisco. <https://is.gd/vHY7TV>



Universidad
Nacional
de Loja

Apuntes de Psicología Hospitalaria

Apuntes de psicología hospitalaria es una guía para el abordaje del trabajo del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario, donde se abordan conceptos generales de los servicios médico-sanitarios, como del paciente hospitalizado y la labor del psicólogo hospitalario, entre algunos ámbitos de referencia, para de esta forma conocer la intervención de las diferentes patologías. El abordaje se realiza desde un enfoque clínico, previniendo, evaluando e interviniendo en cada una de las problemáticas que se encuentren en los pacientes.

El libro se ha dividido en dos capítulos, en el primero se aborda de manera general los ámbitos de referencia del trabajo hospitalario enfocado a la salud mental; en el segundo capítulo se analizan temas específicos sobre el abordaje de las patologías más comunes que requieren atención psicológica, permitiendo generar procesos terapéuticos específicos en cada paciente.

