

Modelo de intervención en crisis, como un proceso integral.

Propuesta de un Programa de atención psicológica a través de un trabajo psicoeducativo en el Hospital Infantil Los Ángeles, Pasto - Nariño

Mayra Alejandra Salazar Caldas

Leydi Vanesa García Chávez

Estudiantes del Programa de Psicología

Universidad Mariana

Resumen

El presente artículo pretende dar a conocer el abordaje de un proyecto que se enfoca principalmente en la intervención de la práctica profesional en Psicología, desde un modelo de intervención en crisis, con una perspectiva integral, cuyo objetivo es apoyar el desarrollo de actividades de los distintos programas de psicoeducación, adaptación al contexto hospitalario, y prevención en los servicios que ofrece el Hospital Infantil Los Ángeles (HILA) de Pasto, Nariño, respondiendo de manera integral a las necesidades de salud, en procura de contribuir al bienestar mental de los usuarios.

En este sentido, se hizo la revisión teórica en bases de datos confiables a nivel internacional, nacional y regional, además de la experiencia que se ha adquirido en el desarrollo de la formación de la carrera, partiendo de que en el ámbito hospitalario se debe tener la presencia del apoyo psicológico. Como lo mencionan Porto y Merino (2011), la psicología clínica se encarga de la investigación, evaluación, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de las cuestiones que afectan a la salud mental; es por ello que este modelo de intervención en crisis se adaptó como protocolo, con base en las necesidades en cada servicio asignado y las distintas actividades que se ha venido realizando en el HILA. Se trabajó principalmente en los servicios de Oncohematología, quemados, lactantes y UCI neonatal, de manera integral, en pro de la salud física y el equilibrio emocional, ante lo cual se evidenció el cumplimiento del objetivo y las manifestaciones positivas y vivenciales de los usuarios del HILA.

Palabras clave: diagnóstico, intervención en crisis, psicoeducación, psicología clínica, pacientes, terapia de apoyo.

Introducción

A lo largo de la vida [hay] crisis que interrumpen de forma brusca el curso normal de nuestra propia historia; éstas pueden ser de tipo evolutivo, las cuales son previsibles, consustanciales al paso del tiempo y a la consecución de etapas vitales, o bien circunstanciales o accidentales, sobrevenidas e inesperadas. Tienen en común, que interrumpen nuestra trayectoria vital, generando cambios en nuestro equilibrio emocional.

Del modo en que [sean superadas] estas crisis, dependerá el restablecimiento saludable de dicho equilibrio emocional [que permita continuar] con una vida satisfactoria o, por el contrario, se produzca un deterioro que haga que no avancemos y nos quedemos estancados, [afectando de forma negativa la calidad de vida]. (Fernández, 2010, p. 3).

Es importante señalar que una enfermedad o un accidente, entre otras situaciones que perturban la salud, y que hacen parte de las crisis circunstanciales, tienen efectos no solo en el bienestar físico de una persona, sino también en su salud mental, entendida ésta como un estado de bienestar físico, mental y social, que ayuda a las personas a tener una buena calidad de vida. De ahí la importancia de entender el servicio de salud de forma integral, el cual sirvió para ayudar y orientar emocionalmente a los pacientes y a sus familiares a enfrentar una situación adversa que afecte la salud, y más aún cuando el directamente afectado es un niño o adolescente.

Según Fernández (2010), existen diversos factores que van a influir en cómo se viva las situaciones críticas y en cómo las incorporemos al estilo de vida de manera satisfactoria. "Variables personales, familiares, sociales, el hecho en sí mismo y sus consecuencias, determinarán las reacciones que se produzca ante la crisis y su recuperación" (p. 3). En estas circunstancias, además de las capacidades personales como

la resiliencia, el apoyo social e interpersonal se convierten en factores fundamentales en el equilibrio emocional y físico de los sujetos.

Por tanto, la atención psicológica a través del trabajo psicoeducativo, la resolución de los sentimientos de culpa y el apoyo emocional, entre otros, fueron necesarios para que los pacientes y sus familiares o acompañantes afrontaran de una mejor forma, su afectación emocional. Lo anterior hace parte de la psicología clínica, la cual según Korchin (1976) es la rama de la psicología que busca mejorar la situación de las personas que enfrentan problemas, mediante la investigación, evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de todos los factores que afecten a la salud mental y a la conducta adaptativa, en condiciones que puedan generar malestar subjetivo y sufrimiento al individuo humano.

Por lo anterior, el proyecto de práctica profesional en psicología, titulado “Modelo de intervención en crisis como proceso integral”, buscó la puesta en escena de competencias como el saber, el hacer y el ser, propias del ejercicio de esta disciplina, que han sido desarrolladas a lo largo de la formación profesional. Por ende, dentro de un contexto hospitalario, se hizo necesario que las psicólogas practicantes tuvieran la función de apoyar al equipo multidisciplinario en las tareas asignadas, con la finalidad de enriquecer sus conocimientos y aportar en el contexto de manera funcional; en este caso, principalmente a través de los programas de psicoeducación, intervención, prevención, cuidado y adaptación al servicio hospitalario dentro del HILA.

Metodología

“Las reacciones habituales ante el estrés [provocado] por una crisis, suelen pasar por cuatro fases: Fase aguda, Fase de reacción, Fase de reparación y Fase de reorientación. (Fernández, 2010, p. 8). Con base en estas fases, existen dos etapas de la intervención en crisis: la primera es la relación, donde se empieza estableciendo las reacciones cognitivas, afectivas y conductuales, explorando los sistemas relacionales más significativos (familia, trabajo, etc.); se brinda oportunidades para que la persona afectada exprese sus emociones. Una vez establecido lo anterior, se procede a evaluar la crisis, determinando la percepción de sí mismo del paciente, y se determina posibles estrategias de afrontamiento. Finalmente, se establece algunos objetivos y metas para lograr la superación de la crisis.

En la segunda etapa se lleva a cabo las estrategias para la aceptación de las metas y objetivos definidos, en torno a la reestructuración cognitiva, el apoyo emocional, la expresión de emociones, la toma de decisiones y la desensibilización sistemática. Finalmente se evalúa las estrategias y se establece un plan de seguimiento para verificar que la crisis sea superada.

El desarrollo de las etapas será efectuado a través de la realización de actividades como los talleres lúdicos, que permitan el aprovechamiento del tiempo libre de los pacientes y que además contribuyan a su salud mental; por otra parte, con los acompañantes y familiares se llevará a cabo actividades de psicoeducación y prevención. Todo lo anterior se hará con

el fin de lograr una atención que responda a las necesidades de atención psicológica, en busca del bienestar mental de los pacientes y de sus familiares, lo cual es la finalidad de este proyecto.

Para llevar a cabo los procesos propuestos en la práctica, se ha hecho uso de recursos teóricos y logísticos, como la planta física que proporciona espacios como el Centro lúdico, el Aula hospitalaria del Servicio de Oncohematología, el Consultorio de Psicología y el Servicio de hospitalización, para lograr la construcción de realidades que beneficien a los niños y sus núcleos familiares directos.

Resultados

En este apartado se presenta los aspectos más relevantes que se obtuvo a lo largo del periodo de práctica profesional en psicología.

Durante los dos semestres de práctica en el HILA, se propuso como objetivo general, apoyar el desarrollo de actividades de los distintos programas de psicoeducación, adaptación al contexto hospitalario y prevención en los distintos servicios, con base en el modelo de intervención en crisis, y responder de manera integral a las necesidades de salud, en procura de contribuir al bienestar mental de los usuarios. Para su cumplimiento se planteó cuatro objetivos específicos que conllevan a su realización.

El primero, que consistió en articular los programas de atención psicológica del HILA, con base en las dos etapas del modelo de intervención en crisis, que permitiera, a través del acompañamiento psicológico, fortalecer la calidad de servicios en pro de la salud mental integral de los usuarios, fue planteado a partir del aporte que se debe generar en el proceso de práctica, cumpliendo a su vez con la continuidad de las diferentes actividades expuestas en este proyecto, con el fin de aplicar y diseñar dichas actividades bajo este modelo.

El segundo objetivo fue: Desarrollar los procesos de psicoeducación al paciente oncológico y sus responsables, en temas relacionados con autocuidado, adherencia al tratamiento y cuidado al cuidador, empleando estrategias que contribuyan a la salud mental de los usuarios.

El tercero fue desarrollar procesos de psicoeducación, apoyo emocional, adaptación al contexto hospitalario, y crear actividades de resolución de sentimientos de culpa y prevención de accidentes para los servicios asignados.

Finalmente, promover procesos lúdicos y psicoeducativos relacionados con la promoción de la lactancia materna, y brindar apoyo a las actividades necesarias para dar continuidad a los programas de Madre canguro y Vínculo afectivo.

Durante el acercamiento y adaptación de las practicantes al contexto hospitalario y los acompañamientos realizados en los diferentes servicios, se evidenció varias situaciones de los pacientes y responsables a partir del diagnóstico de la enfermedad y en el transcurso del tratamiento que

debían seguir. En este proceso se pudo observar, en los usuarios, manifestaciones de angustia, apatía, sentimientos de culpabilidad, tristeza, abulia, entre otros, que generaban estrés en la mayoría de los casos. Por ello, se vio la necesidad de intervenir con respecto a las circunstancias inesperadas que han llevado a los pacientes a la hospitalización, lo cual ocasionó un cambio significativo en su vida y en la de sus familiares, pues se veía afectado su equilibrio emocional, realizando para ello, la siguiente adaptación del modelo de intervención en crisis.

Propuesta interventiva para el primer objetivo del Plan operativo

Teniendo en cuenta las diferentes necesidades expuestas en proyectos anteriores y la confirmación de las mismas dentro de la experiencia vivencial de las practicantes, se articuló las diferentes expectativas del usuario y su familia integralmente, con base en las dos etapas del modelo de intervención en crisis, que permitieron, a través del acompañamiento psicológico, fortalecer la calidad de servicios en pro de la salud mental integral de los usuarios.

Fase I

Primera Sesión

- Inicialmente se evaluó las reacciones cognitivas, afectivas y conductuales que han provocado el incidente, y el impacto en el paciente. Se exploró los sistemas relacionales más significativos como la familia, y la expresión de emociones. Esta acción se hizo según la denominación de interconsulta.
- Posteriormente se evaluó las variables más frecuentes de necesidad encontradas a nivel del entorno de la persona, sus fortalezas y debilidades, con el fin de determinar las estrategias para afrontar la crisis.

Como principales necesidades se encontró: la falta de espacios de aprovechamiento del tiempo libre, el establecimiento de redes apoyo -no necesariamente familiares-, la oportunidad

de expresar las emociones, brindar técnicas de autocuidado, adecuada adherencia al tratamiento, reestructuración cognitiva, psicoterapia de apoyo.

Fase II

Segunda Sesión

- Se planteó las diferentes estrategias, resultado de la exploración con cada uno de los pacientes, y se determinó que, generalmente, compartían las mismas necesidades por servicios. De manera general, las estrategias y actividades trabajadas fueron: grupos de encuentro, talleres psicoeducativos, reestructuración cognitiva, apoyo emocional, expresión de emociones, toma de decisiones. Se brindó estrategias de afrontamiento y resiliencia, según las necesidades y diagnósticos.
- En el servicio de Quemados se trabajó la resolución de sentimientos de culpa y el entrenamiento en asertividad, desensibilización sistemática -temor frente a los tratamientos practicados y molestias de la hospitalización-, prevención de accidentes caseros.
- En el servicio de Oncohematología se hizo un análisis costo-beneficio respecto a los largos períodos de hospitalización y relajación, autocuidado de la salud física y emocional.
- En el servicio de Lactantes y UCI neonatal se trabajó el fortalecimiento del vínculo afectivo.
- Por último, se hizo seguimiento y exploración tanto de la situación de crisis como de los avances después de la aplicación de este modelo. Esto dependió en muchos casos de que el paciente permaneciera por un período largo de tiempo en el Hospital o que, por el contrario, se le diera de alta.

Servicios en los cuales se realizó las actividades que hacen parte de la intervención en crisis durante todo el periodo de práctica

Tabla 1. *Pacientes atendidos por servicios*

	Lactantes	Oncohematología	Quemados	UCI Neonatal	Total
Número de participantes	83	149	156	41	525

La Tabla 1 presenta de manera global, todos los pacientes atendidos por servicios, según el modelo de intervención en crisis, a quienes se les aplicó todo el protocolo mencionado. Se observa que en el servicio de Oncohematología y Quemados hubo más casos atendidos, debido a que por solicitud del Área de Psicología del Hospital, se requería más énfasis en estos dos servicios. En el servicio de Lactantes también se evidenció un número significativo, ya que es un área de fácil acceso. El servicio

de UCI neonatal es el de menos casos atendidos, por cuanto los casos del Programa Madre Canguro a trabajar, eran muy pocos, y el acceso a los pacientes era difícil por la carga de actividades programadas para los familiares.

Servicios en los cuales se realizó los seguimientos que hacen parte de la intervención en crisis durante todo el periodo de práctica

Tabla 2. Seguimiento a cada servicio

	Lactantes	Oncohematología	Quemados	UCI Neonatal	Total
Número de participantes	26	79	158	16	279

La Tabla 2 refleja los seguimientos que se ha realizado por cada servicio asignado durante el proceso de práctica. Se evidencia que el número de seguimientos del Servicio de Quemados es relativamente mayor al de los demás, debido a su constante rotación de pacientes, que casi no necesitan hospitalización prolongada. Lo contrario se observa en el Servicio de Oncohematología, donde se mantiene a los pacientes por estancias prolongadas debido al tratamiento. En el Servicio de

Lactantes, el valor reflejado corresponde al primer nivel de práctica, ya que en el segundo no se realiza seguimientos. En el Servicio de UCI Neonatal se encuentra un número reducido de seguimientos en comparación con los otros servicios, por situaciones como la poca colaboración de los pacientes y el personal asistencial, la falta de espacios para trabajar, ausencia de las madres, saturación de personal asistencial y diversos procedimientos que dificultaron el trabajo.

Tabla 3. Programa de Semillas de Autocuidado

	Autocuidado							Total
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Septiembre	Octubre	Nov.	
Número de participantes	----	----	----	----	18	9	7	34
	Cuidado al Cuidador							Total
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Septiembre	Octubre	Nov.	
Número de participantes	----	----	----	----	10	14	3	27
	Adherencia al Tratamiento							Total
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Septiembre	Octubre	Nov.	
Número de participantes	19	21	19	10	8	7	4	88

La Tabla 3 refleja los resultados del número de participantes de la psicoeducación de Autocuidado por mes, evidenciando que en el mes de septiembre hubo más, debido al inicio del Programa de Semillas de Autocuidado de la salud y, en consecuencia, los pacientes aún no habían recibido la información. Se observa además que el número descendió en los meses de octubre y noviembre dado que en el Servicio de Oncohematología la hospitalización es más prolongada; con base en lo anterior, en estos meses se brindó la psicoeducación solo a los pacientes que iban ingresando.

Respecto al tema Cuidado al cuidador, la mayoría de pacientes y familiares participaron en el mes de octubre, y la población se redujo en noviembre, por recomendaciones médicas de

aislamiento de la mayoría de usuarios. En el mes de noviembre se refleja el número de pacientes que se alcanzó a intervenir, hasta que finalizó el proceso de práctica profesional.

En cuanto al tema de Adherencia al tratamiento, la psicoeducación fue brindada durante todo el periodo de práctica, como fue establecido en el cronograma de actividades; por lo tanto se evidencia un mayor número de participantes. De otra parte, se observa una descendencia en el segundo ciclo del proceso de práctica profesional con respecto al número de pacientes, debido a que en el Servicio de Oncohematología los pacientes reingresan constantemente por controles o recaídas, por lo cual se realiza esta actividad solo con los usuarios nuevos o con aquéllos que no hayan recibido la información.

Tabla 4. Psicoeducación en Prevención de Accidentes caseros

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Septiembre	Octubre	Nov.	Total
Número de participantes	25	29	20	26	25	16	15	156

Fue en el mes de marzo cuando participó el mayor número de personas en la psicoeducación de prevención de accidentes caseros del Servicio de Quemados, aunque el número no varía

significativamente en los demás meses; el número minoritario que se evidencia en noviembre se debe a que la práctica profesional se realizó hasta el día 12 por motivos de finalización de la misma.

Tabla 5. Programa Madre Canguro

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Septiembre	Octubre	Nov.	Total
Número de participantes	----	----	----	----	6	5	8	18

En la Tabla 5 se puede observar que el Programa Madre canguro se ejecutó a partir del mes de septiembre, como fue establecido en el cronograma de actividades; se llevó a cabo en el Servicio de UCI Neonatal, con los pacientes que cumplían los requisitos; el

número de participantes por cada mes es relativamente parecido, entre el rango de 5 a 8 personas. Cabe aclarar que pocos usuarios requerían este tipo de intervención y el tema solo se trabajó en este servicio.

Tabla 6. Programa Psicoeducación en Promoción de Lactancia Materna

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Septiembre	Octubre	Nov.	Total
Número de participantes	10	26	34	13	---	---	---	83

La Tabla 6 muestra que la participación de los usuarios se fue incrementando hasta el mes de abril; esto dependió de cómo las practicantes se adaptaban al contexto hospitalario. En el mes de mayo se evidencia un número menor, ya que el primer nivel de práctica culminó a mediados de este mes. Es importante aclarar que la promoción de lactancia materna se trabajó en dos servicios: UCI Neonatal y Lactantes.

Discusión

Para la realización de este proyecto fue necesario abordar algunos conceptos que giran en torno a la psicoeducación y la psicología clínica; al interior de estas ramas de la psicología es donde se aborda temas como intervención en crisis, autocuidado, apoyo emocional, adherencia al tratamiento, entre otros.

La práctica profesional se enfocó principalmente en la adaptación del Modelo de intervención en crisis desde una perspectiva integral a la población del HILA y a las diferentes actividades que se llevaba a cabo en los servicios, según sus necesidades, desde las interconsultas hasta los grupos de encuentro. El objetivo consistió en influir activamente en el funcionamiento físico y psíquico de los usuarios, durante un periodo de desajuste o de desequilibrio emocional, con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos, circunstancias o accidentes que les producen malestar, teniendo en cuenta que una crisis es “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (Slaikue, 1988, p. 14). Las crisis pueden ser del desarrollo o evolutivas (esperables) o circunstanciales (accidentales inesperadas o imprevisibles) (Erikson, 1968).

Las crisis evolutivas son aquéllas que sobrevienen cuando una persona va cumpliendo etapas en su vida desde la niñez hasta la vejez. Según Fernández (2010) éstas presentan una conducta indiferenciada y marcan un trastorno en el área intelectual y afectiva. Las crisis circunstanciales son las inesperadas o accidentales y dependen principalmente de factores externos; dentro de éstas están las enfermedades y accidentes; por lo tanto, este proyecto se centró en las crisis de tipo circunstancial.

Entendiendo que una crisis es la respuesta a eventos peligrosos y es vivida como un estado doloroso, la persona tiende a movilizar reacciones muy poderosas que le ayudan a aliviar su malestar y a recuperar el equilibrio que existía antes del inicio

de la crisis. Si es así, la crisis puede ser superada y el sujeto aprende, además, a emplear nuevas estrategias adaptativas que le pueden ser de utilidad en el futuro. Sin embargo, no todos tenemos la capacidad para afrontar dichas situaciones, como en el caso de los usuarios y familiares del HILA, razón por la cual, las practicantes, por medio de la intervención, brindaron recursos necesarios como entrenamientos en asertividad, llevados a cabo con satisfacción, puesto que la persona tuvo la oportunidad de aprender durante su estancia hospitalaria, el control de las emociones, haciendo válido su sentir y aprendiendo a actuar ante éste, para no generar consecuencias de malestar ante sus reacciones. Al trabajar el control de las emociones, el equilibrio emocional, catarsis, entre otros, se puede afirmar que por medio de la lectura de un lenguaje gestual, verbal y corporal, se generó y permitió que los sujetos vivenciaran su aquí y ahora, dejándoles expresar todos los sentimientos y emociones que les causaban malestar, con el propósito de trabajar la salud mental, entendida no solamente como el bienestar físico, sino también psicológico y social (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2013), la cual también es el compromiso de la Institución y el personal asistencial en pro de los usuarios.

Es importante tener en cuenta que cuando la conducta usual de la persona se modifica como consecuencia de experiencias estresantes, ésta se manifiesta a través de cambios en pensamientos, emociones y respuestas, que pueden ser interpretados como indicio de alteración de las funciones biológicas, por el cambio repentino en su vida debido al efecto del desastre sobre su persona y el entorno familiar. Los signos y síntomas de una reacción psicológica ante una situación de crisis son producidos en las áreas emocionales, cognitivo, fisiológico y de conducta (Fernández, 2010); entre estos síntomas están la ansiedad, los sentimientos de culpa, irritación, depresión, aflicción, desesperación, agresividad, y desconfianza, entre otros. De ahí la importancia del apoyo emocional que se brindó para manejar la crisis, con base en lo cual las practicantes de psicología buscaron ayudar a reactivar los hábitos, actividades o ciclos de vida afectados por la crisis; por esto, este modelo se enfocó principalmente en un perfil preventivo con una perspectiva psicosocial. Los resultados, según las diferentes actividades de intervención en crisis, muestran que fue posible que los usuarios vivenciaran sus momentos existenciales, manifestando las experiencias y los sucesos que habían vivido, por ejemplo, con la expresión de emociones.

De esta manera se puede afirmar que el proceso de práctica profesional en Psicología contribuyó a que tanto pacientes como familiares, tomaran conciencia del sentir, pensar y

actuar. Además, se intervino en situaciones como el recibir un diagnóstico, hospitalización prolongada que genera ansiedad e irritabilidad, accidentes en el hogar, entre otros, como una forma de prevención para que no se repitiera el suceso que provocó malestar y que los usuarios se reeduchen a través de la misma.

Psicoeducación

Según Pino, Belenchón, Sierra y Livianos (2008), la psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren un trastorno psicológico, el cual generalmente es producido por algún tipo de crisis. Es por eso que las temáticas relacionadas con el autocuidado, la prevención de accidentes caseros, promoción de lactancia materna y vínculo afectivo, entre otras, hacen parte de la psicoeducación que contribuye a la superación de una crisis.

Las necesidades humanas son expresadas a través de la conducta; se encuentran presentes a lo largo de la vida y van desde las necesidades fisiológicas básicas, hasta la autorrealización que las representa y a los deseos más elevados. Para mantener estas necesidades en equilibrio y poder desarrollarnos, nace el autocuidado, el cual es la práctica de las actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar. Al aumentar la capacidad de autocuidado aumenta la autoestima (Orem, citada por Rivero, González-Acosta, González-Barrero y Núñez, 2007).

La teoría del autocuidado tiene su origen en una de las más famosas teoristas norteamericana, Dorotea Orem, para quien el autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo; es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.

El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. (Prado, González, Paz y Romero, 2014, párr. 19).

Uno de los supuestos que de aquí se desprende, es que todos los seres humanos tienen:

La capacidad para cuidarse, y este autocuidado se aprende a lo largo de la vida, principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Es por ello que no es extraño reconocer en [nosotros mismos], prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades. (Prado et al., 2014, párr. 43).

Es así como las personas desarrollan prácticas de autocuidado, que se transforman en hábitos que contribuyen a la salud y el bienestar. Todas estas actividades son medidas por la voluntad; son actos deliberados y racionales que realizamos muchas veces sin darnos cuenta siquiera, y que se han transformado en parte de nuestra rutina de vida. Los niños, cuando aprenden estas prácticas, se están transformando en personas que se proporcionan sus propios cuidados; son, entonces, sus propios agentes de autocuidado. Es por ello que se llevó a cabo el Programa de Semillas de Autocuidado que se ejecutó en el Servicio

de Oncohematología durante el proceso de práctica profesional, el cual tenía como fin sensibilizar y educar al paciente y sus responsables, acerca de la importancia del autocuidado como factor protector de salud física y mental, además de sensibilizar sobre el adecuado manejo de su tratamiento y educar acerca del cuidado que debe tener el cuidador.

En lo referente al cuidado del cuidador, existe consenso en afirmar que las personas que asumen el rol de cuidadoras familiares de enfermos crónicos, se hacen cargo de una gran cantidad de tareas que les colocan en una situación de alta vulnerabilidad, estrés e incertidumbre, que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos y emocionales. (Ferré-Grau, Rodero-Sánchez, Cid-Buera, Vives-Relats y Aparicio-Casals, 2011, p. 11).

Muchas de estas personas “tienen la sensación de sentirse física y emocionalmente atrapadas” (García-Moya, 2013, p. 123), “incluso con sentimientos de culpabilidad que pueden provocar claudicación, y/o incapacidad para seguir atendiendo las demandas de su familiar enfermo” (Ferré-Grau et al., 2011, p. 11). Cuidar al cuidador familiar, significa tener en cuenta también a los miembros de la familia durante el proceso de superación de una crisis, sea enfermedad o accidente, en especial cuando los cuidados son realizados en la propia casa, y ser conscientes de que este proceso no finaliza con la salida del paciente del hospital, siendo esencial el acompañamiento en el manejo adecuado de la separación definitiva con la persona cuidada.

Algunos síntomas que refieren las personas cuidadoras son: ansiedad, problemas cardiovasculares, depresión, hipertensión, impotencia e indefensión, insomnio, soledad, agudización de los propios problemas de salud, incertidumbre ante el futuro, y aumento del consumo de fármacos. En concordancia con esto, el resultado que se logró en el Servicio de Oncohematología del HILA fue que los usuarios, a partir de la psicoeducación y expresión de emociones, lograron conocer la importancia y lo terapéutico de la experiencia y vivencia de sus estados emocionales, como confusión, miedo, rabia, angustia, y tristeza, que fueron los más comunes. Por esta razón, las practicantes lograron mediante actividades que van dentro del Programa de Semillas para el Autocuidado, que tanto pacientes como familiares realizaran una autoexploración de sus estados emocionales, lo cual les permitió hacer conciencia de los mismos, como inicio de un proceso psicológico vivenciando su situación actual, y aceptándola. También dieron sugerencias relacionadas con buscar ayuda en los momentos difíciles, hacer uso de los servicios que presta el Hospital en cuanto a la orientación a sus pacientes, como factor protector que contribuye al bienestar físico y equilibrio emocional de sus usuarios.

Se logró además que los usuarios comprendieran la importancia de expresar sus emociones, ya que esto aporta a su salud psíquica y mental; fue necesario hacer que reconocieran que lo que sienten es una parte fundamental en la vida, e influye en las relaciones, tanto con los demás como con ellos mismos, y que “las dificultades para identificarlas y expresarlas correctamente, puede crear problemas y un alto grado de malestar” (Muñoz, 2016, párr. 1), afectándoles en sus diferentes sistemas. Asimismo, se logró que los pacientes identificaran que sus emociones son una fuente importante de información de su estado actual.

Las emociones y sentimientos son una fuente importante de

información: nos guían, nos ayudan a dar sentido a lo que nos sucede, a entendernos a nosotros mismos, a relacionarnos con los demás, nos motivan para alcanzar metas, producir cambios, y a evitar situaciones dañinas o perseguir aquello que nos hace felices. (Muñoz, 2016, párr. 11).

En este sentido, como proceso terapéutico, una de las técnicas usadas fue la de reestructuración cognitiva, ya que por medio de la observación y el acompañamiento permanente por parte de las practicantes de Psicología, se pudo evidenciar que muchos de los usuarios tenían en sus pensamientos algunas distorsiones cognitivas o pensamientos irracionales de la realidad; por tal motivo, con su ayuda se logró que identificaran y pusieran sus pensamientos desadaptativos desde lo real, con respecto al diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, de tal modo que pudieran ser sustituidos por otros más apropiados de afrontamiento, y se redujera o eliminara así, la perturbación emocional. Como menciona Clark (1989, citado por Bados y García, 2010) “el terapeuta formula una serie de preguntas y retoma experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos” (p. 2), de tal modo que puedan ser modificados.

Por otra parte, dentro del proyecto se pretende hablar sobre otro factor importante en el proceso de atención en crisis, como es, el vínculo afectivo, temática con la cual se realizó psicoeducaciones para sensibilizar a los padres de familia de los pacientes de los servicios de UCI Neonatal y Lactantes del HILA, sobre la importancia del Programa Madre Canguro, optimizar la salud emocional y por ende la salud física de los pacientes prematuros, abordando temas en cuanto a la posición canguro, adherencia al programa, apego, lactancia materna y vínculo afectivo. Las practicantes lograron sensibilizar, en el sentido de que la posición Madre canguro y la lactancia materna no solamente traen beneficios físicos sino también psicológicos, principalmente cuando se realiza el contacto piel a piel entre la madre y el hijo, ya que esto contribuye al vínculo afectivo, entendido por Bowlby (1990, citado por Guerra, 2013, p. 121):

...como una relación única, específica y perdurable entre dos personas, con profundos efectos en el desarrollo físico, psicológico e intelectual durante los primeros años de vida, y se constituye, además, en el fundamento de la relación padres e hijo que se despliega a lo largo del tiempo.

Es importante que el niño responda con comportamientos que refuercen la socialización, tales como la sonrisa y la mirada a los ojos de sus padres. Por esto, cuando hay una separación prolongada [...], debido a la hospitalización del niño, se provoca en los padres una ruptura de roles, sentimientos de angustia y pérdida de control sobre la situación; esta situación y los sentimientos que la acompañan provocan a su vez una pérdida de autonomía. (Guerra, 2013, p. 122).

Esto se relaciona con las manifestaciones de las madres, cuando expresan que les gustaría que haya más actividades vinculantes con los padres; por tal motivo, durante la psicoeducación grupal, las practicantes explicaban que el contacto piel a piel también lo podían hacer los hombres, logrando así una mayor apropiación y compromiso por la figura paterna, lo cual podía evitar en un futuro, consecuencias negativas o desagradables.

También se logró sensibilizar a los participantes en la importancia de un adecuado apego, ya que el neonato se vincula a los adultos

que son sensibles, receptivos y a los que permanecen como cuidadores consistentes, por lo cual las practicantes les brindaron herramientas para poner la información suministrada en práctica, explicando que el bebé necesita de estimulación y constante aceptación por parte del otro, ya que esto contribuye al proceso de estructuración de la personalidad del ser humano, por lo cual, al contribuir con la autoestima se ayuda a la aceptación positiva.

Como sostiene Rogers (citado por Poe, 2014), la personalidad se estructura por “un patrón único de pensamientos, sentimientos, y conductas determinadas por la herencia y por el ambiente, relativamente estables y duraderos que diferencian a cada persona de las demás y que permiten prever su conducta en determinadas situaciones” (párr. 1). Por esto, es primordial brindar estabilidad emocional a un niño recién nacido, dado que en esta etapa empieza a estructurar el concepto del yo y a darse cuenta de que no está solo, sino que cuenta con un otro o unos otros que lo cuidan y satisfacen sus necesidades básicas, tanto físicas como emocionales. Por ende, es necesario que se maneje de forma adecuada el rol de padres.

Las practicantes también lograron realizar terapia de apoyo con los padres de los pacientes, brindando herramientas para que los usuarios desarrollaran sus recursos y potencialidades, en pro de un equilibrio emocional para mejorar su calidad de vida.

La familia influye en el desarrollo socio afectivo del infante, ya que los modelos, valores, normas, roles y habilidades son aprendidos durante este período, lo cual está relacionado con el manejo y resolución de conflictos, habilidades sociales y adaptativas, conductas sociales y emocionales, aunque los factores que afectan el desarrollo de los niños y niñas son múltiples, es importante identificar la influencia de la familia y de los estilos y pautas de crianza en el desarrollo socio afectivo, además de identificar factores de riesgo y problemas de salud mental en la niñez, tales como, depresión infantil, agresividad, baja autoestima y problemas en conductas adaptativas. (Burbano y Muñoz, 2016, p. 71).

Lo anterior evidencia que gran parte del aprendizaje y seguridad emocional y física de los infantes, es responsabilidad de los padres; por ello, en el Servicio de Quemados, la psicoeducación de prevención de accidentes caseros fue dirigida con el objetivo de sensibilizar al paciente y sus responsables acerca de la importancia de la prevención en el hogar, como factor protector para reducir el riesgo. Se logró comprobar que los usuarios expresaban sus emociones, tomándolas como una parte fundamental de la vida y las relaciones sociales, tanto con los demás como ellos mismos, siendo importante la capacidad de reconocer los sentimientos, aceptar las emociones, vivenciándolas y aprendiendo de ellas, en este caso frente a los accidentes caseros.

Debido a la interacción y acompañamiento diario con los pacientes y familiares, se identificó que en este servicio los padres presentaban constantemente sentimientos de culpa con relación al accidente o situación por la cual estaban pasando los pacientes; por este motivo, durante la intervención de las practicantes se abordó este tipo de pensamientos que generaban perturbación emocional en los padres, con el fin de lograr una catarsis acerca de los sentimientos de culpa que existen usualmente en este servicio. La intervención psicológica permitió que los consultantes confrontaran sus experiencias del pasado

en el presente, tales como sus recuerdos, que de alguna u otra manera manifestaban a través de su lenguaje verbal y corporal, y que estaban alterando su equilibrio emocional.

La intervención de las practicantes logró eliminar prejuicios y aliviar las cargas emocionales. Por otro lado, al desarrollar la actividad con una metodología de grupo de encuentro constituido por individuos con necesidades y experiencias similares, haciendo que compartieran sus vivencias acerca de los accidentes que sus hijos sufrieron en su hogar, se logró una re-educación emocional en la que aprendieron a reconocer, experimentar y, en última instancia, a controlar las propias emociones. Se pudo identificar que cada uno de los participantes se convirtió en apoyo para el otro, y al permitirles hablar de sus experiencias, la actividad se consideró un proceso terapéutico.

En los encuentros de las psicoeducaciones grupales, realizadas cada semana, se evidenció la apertura de un espacio reflexivo, al ver la situación por la que estaban pasando los consultantes, como un evento que también podía estar afectando a otras personas. Los participantes liberaron una gran carga emocional al compartir las experiencias de manera abierta, lo que les permitió mirar y vivenciar de una forma más asertiva las situaciones particulares. Por lo anterior, se puede afirmar que se logró una relación amena, como también una comunicación asertiva entre los participantes y las practicantes, quienes sensibilizaron a los usuarios para que pudieran tener una coherencia entre el sentir, el pensar y el actuar, sustentando que siempre se debe intentar llegar a la autorregulación de las emociones, trabajo tanto corporal, como mental y emocional, dimensionando el aquí y el ahora de la persona; por lo tanto, se considera una atención integral, entendida como la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida. De manera global, los usuarios agradecieron espacios como éstos, ya que son temas de gran interés y aporte para su vida.

La adherencia al tratamiento es otro elemento fundamental dentro del proceso de recuperación de una enfermedad o accidente. La OMS (citada por Pfizer. s.f.) define la adherencia a un tratamiento, como el cumplimiento del mismo; es decir, “tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo del tratamiento indicado” (p. 2). El paciente debe involucrarse en su enfermedad y tomar parte en las decisiones que se adopte, así como seguir el tratamiento que mejor se ajuste a sus necesidades y forma de vida.

La falta de adherencia al tratamiento puede traer consecuencias negativas como empeorar la calidad de vida de la persona, impedir el control de la enfermedad, generar la aparición de efectos secundarios, con una mayor probabilidad de recaídas, e incluso, mayor probabilidad de fallecimiento. Por lo tanto, es fundamental que se acoja estrategias que faciliten la adherencia al tratamiento, que permitan al paciente adoptar un sentido de cumplimiento y responsabilidad con el tratamiento, teniendo siempre en mente las recomendaciones médicas. En este sentido, es tan esencial la participación del paciente, como la responsabilidad de familiares y amigos durante el tratamiento, en especial cuando se trata de enfermedades crónicas.

Por lo tanto, existen argumentos que sustentan la necesidad que se encontró en el Hospital, en general, de realizar constantes intervenciones como la orientación o psicoeducación en adherencia al tratamiento con los pacientes, porque esto contribuyó en gran medida al proceso terapéutico, siendo necesario reflexionar que por tratarse de un fenómeno multidimensional, las intervenciones deben estar dirigidas a todos los estamentos involucrados, tales como, pacientes, familiares y equipo de salud. Esto incluye, sensibilizar al personal sobre la importancia de llevar a cabo dichos tratamientos, y no postergarlos o anularlos, e incluir la adaptación al contexto hospitalario, y generar espacios para ayudar al paciente en el aprovechamiento del tiempo libre a través de la implementación de talleres lúdicos.

Cabe mencionar que todos los procesos mencionados hacen parte de la Psicología clínica, la cual se encarga de la investigación, la evaluación, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la prevención de las cuestiones que afectan a la salud mental. Se trata de una rama de la Psicología que atiende las condiciones que pueden generar malestar o sufrimiento a las personas. Se puede entender como una disciplina a medio camino entre la Medicina y la Psicología, que toma como punto de partida un diagnóstico realizado a una persona, y a partir de ello se analiza las relaciones que se establece entre el enfermo y su entorno, el tratamiento, el estado de salud o los comportamientos.

Todo ello da lugar a que se establezca que, a través de este tipo de psicología, no solo hay que tratar al paciente, sino también a su familia, porque se observó que éste es un recurso de importancia para lograr el objetivo del proyecto y el de cualquiera que pretenda intervenir ante situaciones no agradables en niños.

Los elementos mencionados no solo contribuyeron a la superación de una crisis, sino también a lograr una resiliencia personal, entendida como la capacidad para hacerle frente a los eventos adversos y lograr adaptarse bien ante esas situaciones desfavorables; esta capacidad no significa no sentir malestar o dolor emocional ante calamidades como la muerte de un ser querido, una enfermedad grave, un accidente, problemas socio económicos, entre otros, que generan impacto en las personas y producen una sensación de inseguridad, incertidumbre y dolor emocional; significa que aun así, las personas logran, por lo general, sobreponerse a esas situaciones y adaptarse bien a lo largo del tiempo; el camino que se llevó a cabo para ‘resistir’ implicó enfrentarse a factores estresantes y a malestares emocionales; de esta forma, las personas se permiten seguir con sus vidas frente a las adversidades, lo cual implica una serie de conductas y formas de pensar que los seres humanos aprenden y desarrollan. Santos (2000, citada por Infosalus, 2017) define la resiliencia como una “actitud vital positiva a pesar de las circunstancias difíciles y representa el lado positivo de la salud mental. Consiste también en saber aprender de la derrota y transformarla en oportunidad de desarrollo personal” (párr. 3).

Así mismo la autora afirma que las áreas en las que se trabaja para superar el trauma, son cuatro: -aceptación de la realidad, -adaptación o reformulación de la vida tras el trauma, -construcción de una red social de apoyo y -búsqueda de un sentido o propósito

en la vida. Estos últimos aspectos constituyeron las temáticas que se llevó a cabo en cada una de las diferentes actividades, independientemente del origen de la crisis.

Conclusiones

El proceso de práctica formativa en Psicología en el Hospital Infantil Los Ángeles fue una experiencia de aprendizaje significativo, según las características de los pacientes, el contexto y la importancia que ha adquirido la psicología clínica en las instituciones de salud pública. En este sentido, se ve el progreso porque a medida que se avanzó en el tiempo, se brindó mayor atención psicológica de manera integral.

Integrar y articular las diferentes actividades dentro del modelo de intervención en crisis fue un gran logro a lo largo del proceso de práctica, ya que contempla las necesidades del paciente y su familia, y pretendió aprovechar los recursos con los que cuenta la Institución para continuar promoviendo la atención integral humanizada de los niños, niñas y adolescentes.

La intervención psicológica en el Servicio de Oncohematología permitió evidenciar que padecer cáncer, genera varios cambios en el entorno del paciente infantil, tanto a nivel personal, como social y espiritual. En gran medida, sus efectos son: tristeza, aislamiento, ansiedad, agresividad, rechazo hacia el personal de salud, baja autoestima y otros, por lo que el trabajo en este ámbito favoreció el ajuste emocional y psicosocial en todas las áreas afectadas. Se permitió que los niños y niñas con cáncer y sus responsables tuvieran un mayor manejo del dolor, una mejor adherencia a los tratamientos y una disminución significativa tanto de los efectos secundarios de los tratamientos, como de los síntomas psicológicos.

La intervención que se realizó en el Servicio de Quemados permitió evidenciar el desconocimiento de varios de los usuarios acerca de los accidentes que pueden ocurrir en el hogar, y cómo prevenirlos, además de los cambios físicos y psicológicos que se genera al sufrir un accidente y que afectan todos los ámbitos de desarrollo de la persona, por lo cual es necesario abordar situaciones que desencadenan malestar, como la culpa con relación al accidente, ya que la mayoría de los padres sentían que todo fue su responsabilidad, y este tipo de pensamientos los desestabilizaba emocionalmente.

Con base en lo anterior se logró que los padres expresaran sus emociones, y se sensibilizaran acerca de que los accidentes no ocurren por casualidad, pues siempre hay un factor interno o externo que los precipita. Lo importante es aprender de la experiencia y, gracias a la psicoeducación de prevención de accidentes caseros, se pudo dar algunas pautas y recomendaciones de cómo cuidar y prevenir que los hijos sufrieran una situación igual o similar por la que se encontraban en el servicio. Por esta razón es importante seguir realizando grupos de encuentro en donde se permita a los usuarios expresar su sentir, y que se den cuenta de la existencia de personas que pasan por la misma situación, y que pueden servir de apoyo, por lo cual se debe hacer la psicoeducación de una forma llamativa, en donde los participantes puedan tener un aprendizaje significativo a partir de la reeducación.

La estrategia del programa Madre canguro, Promoción de lactancia materna es una herramienta muy valiosa en el objetivo de fortalecer el vínculo afectivo entre padres e hijos, y asegurar el óptimo desarrollo emocional, cognitivo y social de los niños; por esta razón, es importante seguir promoviendo la actividad e incluso extenderla a otros servicios.

Agradecimientos

En primera instancia a Dios, por brindarme el tiempo para prepararme como profesional; a mis padres, por ser mi guía y los precursores de esta vivencia, pues gracias a ellos me encuentro en la etapa de culminar el proceso de formación, y por quienes deseo salir adelante. Además, a las personas que me brindaron su apoyo incondicional en este año de práctica: hermanos, amigos, mi pareja, todos los que se convirtieron en el fundamento de mi formación.

Al Hospital Infantil Los Ángeles, por darme la oportunidad de trabajar en sus instalaciones y por ser ésta una institución de formación para mi proceso como futura psicóloga; así mismo, a quienes son la base de este trabajo: los pacientes, por cuyas enseñanzas significativas he logrado comprender la importancia de mi labor y por quienes me estoy preparando para generarles un bienestar a sus vidas.

A mi asesor de práctica, el magíster Leoncio Paredes y a mi supervisora la psicóloga Violeta Zúñiga, quienes me orientaron, acompañaron, corrigieron, apoyaron y fortalecieron en el arduo proceso de convertirme en una profesional idónea.

Mayra Alejandra Salazar Caldas

Agradezco profundamente al personal asistencial del Hospital Infantil Los Ángeles de la ciudad de Pasto, por abrirme las puertas y permitir hacer posible mi proceso de práctica profesional, experiencia nueva en vida, acompañada de múltiples sentimientos y experiencias; un trabajo que me permitió aprender profesional y personalmente.

A mi asesor Leoncio Paredes y a mi supervisora Violeta Zuñiga, por su paciencia, tiempo y dedicación durante el proceso de práctica profesional.

Vanessa García Chávez

Referencias

- Bados, A. y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Recuperado de http://www.academia.edu/9128420/Reestructuraci%C3%B3n_cognitiva_paso_a_paso
- Burbano, J. y Muñoz, J. (2016). Salud mental y fortalecimiento de resiliencia durante el proceso de hospitalización y recuperación en niños, niñas y adolescentes del Hospital Infantil Los Ángeles. *Boletín Informativo CEI* 3(3), 67-72.
- Erikson, E. (1968). *Identity, Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton Company.

- Fernández, L. (2010). Modelo de intervención en crisis. En busca de la resiliencia personal. Recuperado de <https://orientaciones.files.wordpress.com/2014/05/trab-modelo-de-intervencion-en-crisis-lourdes-fernandez.pdf>
- Ferré-Grau, C., Rodero-Sánchez, V., Cid-Buera, D., Vives-Relats, C. y Aparicio-Casals, M. (2011). *Guía de Cuidado de Enfermería: Cuidar al cuidador en atención primaria*. Tarragona, España: Publidisa S.A.
- García-Moya, R. (Coord.). (2013). *Características y necesidades de atención higiénico-sanitaria de las personas dependientes*. España: Ediciones Paraninfo S.A.
- Guerra, M. (2013). Fortalecimiento del Vínculo Padres-Hijo a Través del Proceso de Cuidado de Kristen Swanson. Recuperado de <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/58/0>
- Infosalus.com. (2017). Qué es la resiliencia. Recuperado de <http://www.infosalus.com/actualidad/noticia-resiliencia-12-consejos-sencillos-dia-dia-20140316100133.html>
- Korchin, S. (1976). *Modern clinical psychology: principles of intervention in the clinic and community*. New York: Basic Books.
- Muñoz, A. (2016). La expresión de emociones y sentimientos. Recuperado de <http://motivacion.about.com/od/emociones/fl/La-expresioacuten-de-emociones-y-sentimientos.htm>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Salud Mental, un estado de Bienestar. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Pfizer. (s.f.). La adherencia al tratamiento: Cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. Recuperado de https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FO-ROpizer_2009.pdf
- Pino, A., Belenchón, M., Sierra, P. y Livianos, L. (2008). *Trastorno bipolar y Psicoeducación: Desarrollo de un Programa para Clínicos*. Alicante, España: Editorial Club Universitario.
- Poe, E. (2014). Teoría de la personalidad según Carl Rogers. Recuperado de <https://es.slideshare.net/hadeseros/presentacion-de-psicologia-36423691>
- Porto, J. y Merino, M. (2011). Definición.de
- Prado, L., González, M., Paz, N. y Romero, K. (2014). La teoría Déficit de Autocuidado: Dorotea Orem, punto de partida para calidad de atención. *Revista Médica Electrónica* 36(6).
- Rivero, N., González-Acosta, M., González-Barrero, M. y Núñez, M. (2007). Valoración Ética del Modelo de Dorotea Orem. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 6(3).
- Slaikue, K. (1988). *Intervención en Crisis: Manual para Práctica e Investigación*. México: Editorial Manual Moderno.



Fuente: pixabay.