

**Apoyo en el Servicio de Psicología Hospitalaria Orientado al Desarrollo
del Proyecto de Humanización de la Clínica Foscal Internacional**

Slendy Natalia Salazar Gómez.

ID. 297783

Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2020

**Apoyo en el Servicio de Psicología Hospitalaria Orientado al Desarrollo
del Proyecto de Humanización de la Clínica Foscal Internacional**

Slendy Natalia Salazar Gómez.

ID. 297783.

Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de:

PSICÓLOGA

Director del Proyecto:

Paula Fernanda Pérez Rivero

Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2020

Dedicatoria

A mi madre, el motor de mi vida.

Agradecimientos

Conocí personas mágicas que con el poder interno que tienen sus almas transforman a otras.

Reafirmé que la educación es un recurso imprescindible de la vida.

Comprendí que la amistad surge de lo inesperado.

Aprendí a ver mi realidad con otros ojos y motivarme a generar cambios.

Reconocí el valor que tiene el conocimiento y el sentido humano cuando los juntas, porque al llevarlos a cabo comprendes el significado real de la vida.

Entendí que más vale disfrutar del presente que obligarte a cumplir expectativas del pasado.

Distinguí que el ser humano se aferra a la perfección, aun cuando ésta es una utopía.

Clarifiqué las necesidades sociales de mi país, y la responsabilidad que recae en nosotros.

Viví un sin fin de cosas en esta aventura inigualable, y de todo esto solo me queda agradecerle a mi familia, profesores, amigos, futuros colegas, y a cada persona que confió y me abrió las puertas para ejercer este camino que he elegido, la psicología.

Finalmente, un agradecimiento especial a la doctora Fabiola por la oportunidad que me ha brindado para ejercer en la Clínica Focal Internacional, y asimismo, a todas las personas que allí conocí e hicieron de este proceso un recuerdo inolvidable.

Tabla de Contenidos

Introducción	12
Justificación	13
Objetivos	15
Contextualización de la Institución	16
Referente Conceptual	17
Metodología	22
Resultados	26
Discusión	31
Conclusiones	35
Recomendaciones	36
Referencias Bibliográficas	37
Anexos	42

Lista de tablas

Tabla 1. Estadística descriptiva de los servicios atendidos en hospitalización.	29
Tabla 2. Estadística descriptiva de los servicios atendidos en UCI.	29

Lista de figuras

Figura 1. Número de atenciones realizadas.	26
Figura 2. Género.	27
Figura 3. Ciclo vital.	27
Figura 4. Líneas de intervención.	28

Lista de Anexos

Anexo A. Protocolo de primeros auxilios psicológicos en el ámbito hospitalario.	42
Anexo B. Procedimiento primeros auxilios psicológicos.	56
Anexo C. Encuesta de satisfacción taller HUCI.	61
Anexo D. Recursos de apoyo.	62
Anexo E. Tamizaje en salud mental para pacientes TB, TB FR, TB/VIH.	64

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Apoyo en el Servicio de Psicología Hospitalaria Orientado al Desarrollo del Proyecto de Humanización de la Clínica Foscal Internacional.

AUTOR(ES): Slendy Natalia Salazar Gómez

PROGRAMA: Facultad de Psicología

DIRECTOR(A): Paula Fernanda Pérez Rivero

RESUMEN

El presente trabajo de grado expone las acciones desarrolladas en la modalidad de servicio social, a través del apoyo al departamento de psicología hospitalaria orientado al desarrollo del proyecto de humanización de la Clínica Foscal Internacional. Dentro de las líneas de intervención se encuentra hospitalización, UCI y centro de cáncer, de las cuales se obtuvo un total de 427 personas atendidas. La atención psicológica se dio a partir de la ejecución del proyecto HUCI, la intervención psicosocial a pacientes con larga estancia y pacientes del centro de cáncer, el desarrollo del plan egreso hospitalario y el plan de estrategias de cuidados para adultos mayores con delirium, demencia y depresión. Igualmente, se diseñó un protocolo de primeros auxilios psicológicos en el ámbito hospitalario como recurso de apoyo para los funcionarios de la clínica. Como consecuencia, cada una de las actividades realizadas es resultado de la humanización de los servicios de salud, distinguido como un compromiso ético que garantiza el respeto a la dignidad humana, y por ello, requiere del trabajo interdisciplinar para el logro de los objetivos.

PALABRAS CLAVE:

Psicología hospitalaria, humanización, atención psicológica, primeros auxilios psicológicos

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Support in the Hospital Psychology Service Oriented to the Development of the Humanization Project of the International Foscal Clinic

AUTHOR(S): Slendy Natalia Salazar Gómez

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Paula Fernanda Pérez Rivero

ABSTRACT

The present degree work exposes the actions developed in the modality of social service, through the support of the hospital psychology service oriented to the development of the humanization project of the International Foscal Clinic. Among the intervention lines are hospitalization, ICU and cancer center, from which a total of 427 people were assisted. The psychological attention was given through the execution of the HUCI project, the psychosocial intervention to patients with long stays and patients from the cancer center, the development of the hospital discharge plan and the plan of care strategies for older adults with delirium, dementia and depression. It was also designed a protocol for psychological first aid in the hospital setting as a support resource for clinic officials. As a consequence, each activity carried out is the result of the humanization of health services, distinguished as an ethical commitment that guarantees respect for human dignity, and therefore requires interdisciplinary work to achieve the objectives.

KEYWORDS:

Hospital psychology, humanization, psychological care, psychological first aid

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

La atención psicológica en el ámbito hospitalario ha obtenido un reconocimiento significativo a través de los años, particularmente, por la dirección que se le ha otorgado al concepto de salud, la cual está fundamentada bajo el modelo biopsicosocial, distinguido por reconocer no sólo los factores biológicos, sino también los factores psicológicos y sociales para determinar el estado de bienestar del paciente.

Por ende, la psicología se convierte en un apoyo profesional esencial en el ámbito hospitalario, comprendiendo que se han evidenciado resultados positivos en lo que respecta a la prevención de enfermedades en cuya génesis la conducta es un eje etiológico fundamental, así como la disminución de problemas psicológicos ligados al proceso de la enfermedad (diagnóstico, padecimiento, tratamiento, curación/cronificación y rehabilitación) y la mejora de relación médico- paciente frente a la comunicación, toma de decisiones y cumplimiento de prescripciones (Colegio Oficial de Psicólogos de España, 1998).

Partiendo de lo anterior, el área de psicología hospitalaria de la Clínica Foscal Internacional, con el fin de generar bienestar tanto físico como mental en pacientes y familiares, ha implementado un proyecto que promueve la humanización de todos los servicios, teniendo en cuenta que “las características del contexto hospitalario tienen una influencia tanto en los pacientes como en los propios profesionales” (López e Iriondo, 2019, p.3).

Así pues, ante la alta demanda existente en la Clínica Foscal Internacional, se hace necesario apoyar los diferentes servicios que atiende el área de psicología hospitalaria, los cuales incluye: centro de cáncer, hospitalización y Unidad de Cuidado Intensivo (UCI).

Justificación

Uno de los mayores retos que afronta el sistema de salud colombiano es la humanización de los servicios de salud, aquella que da lugar a acciones que promueven el sentido del cuidado y el respeto por la dignidad de cada ser humano, una atención integral que busca dar respuesta a las necesidades de las personas, fundamentadas no solo en los factores clínicos, sino también en los factores sociales, psicológicos, económicos y culturales. La humanización es uno de los proyectos más distinguidos que ha establecido la Clínica Foscal Internacional, a través de una atención basada en la empatía, el respeto, la comunicación, el trato digno, el acompañamiento espiritual y psicológico (Clínica Foscal, s.f), por ende, el apoyo de éste se ha convertido en el foco principal del presente servicio social.

El servicio social por medio de la atención psicológica brindará beneficios importantes en los pacientes, familiares y personal de la salud. Por un lado, se ha demostrado que los pacientes y familiares logran modular las respuestas emocionales y conductuales, que favorecen la aceptación, el compromiso y mejora de la condición médica del paciente (Bayés, 1994; Berrocal, Fava y Sonino, 2016; citado por López e Iriando, 2019). Mientras que, desde la visión del personal de la salud, se logra establecer una relación mucho más amena y receptiva con el paciente y los familiares, que promueve el buen desarrollo del proceso médico. Partiendo de lo anterior, el trabajo desarrollado proporcionó sustento teórico sobre aquellos conocimientos que ha descubierto la ciencia y así mismo, nuevos hallazgos relacionados con la población a trabajar, concediendo a futuros colegas la posibilidad de

desarrollar nuevas intervenciones o propuestas de investigación en la Clínica Foscá Internacional u otro contexto hospitalario que sea de interés.

Finalmente, las practicas actuales favorecieron la construcción de conocimientos y habilidades propias como futura profesional, específicamente desde el ámbito de la psicología clínica y de la salud, mediante la identificación de personas en situación de riesgo en términos de salud, la prevención de enfermedades, la promoción de conductas saludables, la evaluación e intervención psicológica a paciente y familiares, la ejecución de la labor de acuerdo a las leyes y normas que rigen a los psicólogos en Colombia, entre otros aspectos.

Objetivos

General

Apoyar el servicio de psicología hospitalaria orientado al desarrollo del proyecto de humanización de la Clínica Foscal Internacional.

Específicos

- Aplicar estrategias didácticas desde la literatura y el juego para la evaluación e intervención psicológica.
- Ejecutar el proyecto HUCI de acuerdo a las líneas de estrategia establecidas.
- Proporcionar estrategias de cuidado para adultos mayores con delirium, demencia y depresión.
- Aplicar el plan egreso hospitalario de acuerdo a la patología del paciente.
- Brindar atención psicosocial a pacientes con larga estancia hospitalaria y pacientes del centro de cáncer.
- Diseñar un protocolo de primeros auxilios psicológicos en el ámbito hospitalario.
- Desarrollar habilidades y competencias propias del ejercicio del psicólogo clínico y de la salud.

Contextualización de la Institución

Según afirma la Clínica Foscal (s.f), la institución fue resultado de una idea generada por el doctor Virgilio Galvis Ramírez en 1976, quien creó la Fundación Oftalmológica de Santander (FOS). Ante el éxito de ésta, y la experiencia adquirida, se visualiza una gran obra que en 1982 se hace realidad, un edificio moderno de 5 mil 80 metros cuadrados. Posteriormente, la necesidad de complementar la institución con otras especialidades médicas, otorga que médicos especialistas y el apoyo de Carlos Ardila Lülle, logren en 1993 la Fundación oftalmológica de Santander- Clínica Carlos Ardila Lulle (FOSCAL), reconocida como el centro más grande, integral y de mayor tecnología del oriente colombiano.

Luego, como respuesta a la necesidad de cubrir el déficit de atención en salud de la región, nace la Clínica Foscal Internacional en el año 2010, destacada por brindar servicios integrales de salud a pacientes nacionales e internacionales. Entre sus unidades especializadas se destacan el Centro Oftalmológico, Ortopedia, Laboratorio Clínico, Centro Pediátrico, Imágenes Diagnósticas, Centro Elite para tratamiento de la obesidad, Instituto del Corazón de Bucaramanga, Centro Internacional de Otorrinolaringología y el Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas Virgilio Galvis Ramírez.

Ahora bien, la institución tiene como misión brindar servicios integrales de salud de clase mundial, formación humana y académica, desarrollo científico y esperanza de vida, con responsabilidad social. Y como visión se describe que en el 2020 serán un complejo médico líder en seguridad del paciente, humanización, docencia e investigación en América Latina. Finalmente, los valores institucionales son la disciplina, la ética, el liderazgo, el respeto, el sentido de pertenencia y la transparencia.

Referente conceptual

Al transcurrir los años, las ciencias de la salud han experimentado cambios significativos a partir del reconocimiento del modelo biopsicosocial y por tanto, la definición de la salud, la cual se distingue hoy por hoy como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2006, p. 1), comprendiendo que, ésta se encuentra sujeta a diversos factores, no sólo orgánicos, sino también ambientales, comportamentales y de servicios públicos.

Por consiguiente, hablar de salud corresponde integrar la salud mental, entendida como el estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, el cual le permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para responder a sus necesidades cotidianas, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad (Ley N° 1616, 2013), es decir, se trata de “un aspecto primordial del bienestar y el desarrollo de los individuos, las sociedades y los países” (Organización Mundial de la Salud, 2008; citado por Restrepo & Jaramillo, 2012, p.203).

En Colombia, se ha observado el incremento de la carga de enfermedad por los problemas y trastornos mentales y del comportamiento, la epilepsia, el suicidio, la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, además de otros factores que inciden en el bienestar y la calidad de vida de las personas y su comunidad. Se halló que los trastornos mentales más frecuentes en niños (siete a 11 años) son el trastorno por déficit de atención con una prevalencia de 3%, seguido del trastorno de ansiedad de separación con 1,8%. En los

adolescentes (12 a 17 años) el trastorno de ansiedad se reconoce como el más prevalente con 3,5%. Por otro lado, en la población de 18 a 44 años de edad, se encuentran los trastornos afectivos como lo más prevalentes con un 2,4%; y finalmente, en personas de 45 años o más, el 1,3% presenta cualquier trastorno depresivo y el 1,2% trastorno de ansiedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Ahora bien, la presencia de trastornos mentales puede ser explicada por diferentes causas; una de ellas radica en la conducta y estilo de vida que llevan los individuos, es por ello que, desde la psicología clínica y de la salud se busca constantemente la promoción de estilos de vida saludables, la modificación de hábitos insanos para la prevención de trastornos físicos y/o mentales, el acompañamiento psicológico ante tratamientos de enfermedades específicas como la diabetes, el cáncer, el sida, entre otros, así como la evaluación y mejora del sistema sanitario (Oblitas, 2008), todo esto contando con el apoyo de profesionales de las ciencias de la salud que puedan ser soporte para el logro de los objetivos.

Uno de los campos de acción de la psicología clínica y de la salud, es el ámbito hospitalario, comprendiendo que es allí donde se presentan mayores necesidades en relación a la salud física y mental. Si bien es cierto, en el ámbito hospitalario se pueden presentar circunstancias difíciles que pueden afectar el bienestar de los pacientes y/o familiares, ya sea a causa de la larga estancia hospitalaria, la desadaptación ante la situación de hospitalización, el recibimiento de malas noticias (enfermedades terminales, fallecimiento de un ser querido, etc.), “el alejamiento o reducción de los apoyos sociales y ambientales habituales, la pérdida de intimidad, de individualidad y de control sobre las actividades cotidianas” (Groves & Muskin, 2006, citado por López e Iriando, 2019, p. 3), entre otras cosas.

Por ello, es común que ante alguna de las circunstancias mencionadas anteriormente, las personas presenten crisis, en las que pierden temporalmente la capacidad de dar una respuesta efectiva y ajustada al problema, y se encuentren inmersas en un estado temporal de trastorno, desorganización y de necesidad de ayuda, al enfrentar un obstáculo que impide el cumplimiento de sus expectativas vitales (Universidad Industrial de Santander, 2014).

Ante una situación de crisis, se requiere de una intervención de primera instancia o también llamada primeros auxilios psicológicos (PAP), que se distingue por un conjunto de estrategias empleadas de manera inmediata tras ocurrir la crisis o emergencia; esta intervención tiene como objetivo proporcionar apoyo para restablecer la estabilidad personal a nivel emocional, físico, cognitivo y conductual, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona con los recursos de ayuda (Osorio, 2017).

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha demostrado que los pacientes que han recibido PAP reportan un mayor bienestar subjetivo, tienen una recuperación más rápida, desarrollando menos síntomas de reexperimentación como pesadillas, recuerdos, sensaciones físicas, o flashbacks durante el primer mes luego de la experiencia traumática (Cortés y Figueroa, 2011), y por lo tanto, también se reducen los niveles de ansiedad a comparación de quienes no reciben PAP (Everly, Lating, Sherman y Goncher, 2016, citado por Contreras, 2018). Así pues, se trata de una intervención que trae consigo el alivio emocional, la disminución del consumo de tabaco, alcohol y/o sustancias psicoactivas, la disminución de conflictos interpersonales, entre otros beneficios (Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres, 2018).

Por otro lado, es importante destacar que la intervención psicológica, ya sea de primera o segunda instancia, requiere del uso de diversas técnicas psicológicas que favorecen el bienestar de las personas que permanecen en el ámbito hospitalario y así mismo, ayudan en la recuperación de los pacientes. El desarrollo del presente trabajo se basó en el enfoque cognitivo conductual, teniendo en cuenta que éste busca fundamentar sus procedimientos en hallazgos que cuenten con validación empírica (Plaud, 2001, citado por Ardila, 2015), y cuyo foco primario de interés es el cambio de patrones mal adaptativos de procesamiento de la información y del comportamiento (Chávez- León, Benitez- Camacho, Ontiveros, 2014). Hay que mencionar, además, que no sólo se toman en consideración los aspectos relacionados con la recuperación y eliminación de un síntoma, sino que también se contempla brindarle al consultante herramientas que contribuyan a potenciar aquellas habilidades conservadas y promover aquellos recursos facilitados por su entorno, favoreciendo su adaptación en los diferentes contextos y dando mejoría a su calidad de vida (Ballen, 2015).

Una de las técnicas más reconocidas del enfoque cognitivo conductual es la técnica de reestructuración cognitiva, la cual consiste en que la persona “con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros” (Bados & García, 2010, p. 2). Por otra parte, se encuentra la técnica de relajación y respiración, distinguida para emplearse en todas aquellas situaciones cuyo tratamiento requiere la reducción de la actividad simpática del sistema neurovegetativo, de la tensión muscular o del estado de alerta general del organismo (López, 1996), y así mismo, “potencia el control de las emociones negativas” (Ibáñez- Tarín & Manzanera- Escartí, 2012, p. 379).

De igual manera, se encuentran las técnicas para el incremento y mantenimiento de conductas, como lo es la técnica del reforzamiento positivo, dada a través de “un estímulo (evento, conducta u objeto) cuya presentación contingente a una conducta da lugar a un aumento o mantenimiento de esta” (Bados & García- Grau, 2011, p. 2). Por otro lado se destaca la técnica de distracción cognitiva, la cual busca apartar la atención del paciente en aquello que le genera malestar (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009), a través de actividades que requieran de atención y esfuerzo mental.

En definitiva, los psicólogos clínicos y de la salud aplican sus habilidades ante cualquier comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con el fin de tratar, modificar o prevenir estos en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse (Colegio Oficial de Psicólogos de España, 1998), por lo tanto, es válido decir que poseen responsabilidades y funciones primordiales dentro del ámbito hospitalario; las necesidades que se presentan en este contexto requieren de atención profesional que no solo se centre en la condición física, sino que también se tenga en cuenta la salud mental, fundamental para una buena adherencia al tratamiento, una recuperación progresiva y una mejor calidad de vida para el paciente y sus familiares.

Metodología

Población

Durante el servicio social en la Clínica Focal Internacional se realizó atención psicológica a mujeres y hombres, de población infantil, adolescente, adulta y adulta mayor, quienes cumplían su estancia hospitalaria como pacientes o como familiares del paciente.

Instrumentos y Recursos

Como apoyo para el proceso de evaluación e intervención psicológica se hizo uso de la entrevista clínica, la observación, recursos didácticos y de literatura disponibles en la sala lúdica, la encuesta de satisfacción para talleres HUCI (véase anexo C) y el tamizaje en salud mental para pacientes con tuberculosis (TB), tuberculosis fármacorresistente (TB FR), tuberculosis/virus de la inmunodeficiencia humana (TB/VIH) (véase anexo E). Así mismo, se requirieron de recursos informáticos, arquitectónicos y de papelería, los cuales incluye: equipo de cómputo con internet, impresora, salón de capacitación, televisor, teléfono, hojas, tabla legajadora, marcadores, colbón, colores, cartulina, lapiceros, lápices y borrador.

Procedimiento

Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos (HUCI).

Socialización proyecto HUCI. Como primera medida, se identifican los pacientes nuevos que han ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a través de la búsqueda activa en la base de datos. Luego, se busca al paciente y sus familiares, para brindar atención psicológica, y así mismo información del proyecto H-UCI, su propósito, y los diferentes beneficios que tiene éste para ellos. Finalmente, se registra en el sistema SAP la historia clínica.

Taller HUCI. Una vez a la semana se da la invitación a los familiares y/o cuidadores de los pacientes en UCI, con el fin de realizar psicoeducación de temas que sean pertinentes y de ayuda para ellos durante su permanencia en UCI.

Seguimiento. Teniendo en cuenta las alteraciones emocionales que pueden presentarse ante la situación clínica del paciente y la misma estancia en UCI, es necesario hacer seguimiento día por medio a pacientes y/o familiares, donde se evalúa y se realiza intervención psicológica según sea el caso. Finalmente, se registra en el sistema SAP la historia clínica.

Acompañamiento psicológico a menores de edad. Como primera instancia, se identifica si el paciente está en condiciones para recibir la visita del niño/a o adolescente, si es así, se le informa al jefe de enfermería el ingreso del menor de edad. Seguidamente, se prepara al menor para el acceso a UCI y se define el tiempo total en el que puede permanecer. Luego, se procede al ingreso del menor de edad con acompañamiento de un adulto responsable. Se permite la visita de tal manera que sea significativa y favorable para el paciente. Finalmente, se retira al menor de edad junto con su acompañante después de cumplirse el tiempo de visita establecido, se evalúa el estado de ánimo del menor, pensamientos ante la experiencia vivida, se interviene y se da cierre del acompañamiento.

Acompañamiento psicológico ante comunicación de malas noticias. Se atiende el llamado del personal de UCI. Posteriormente, se identifica la problemática presente y se brinda el acompañamiento psicológico. De acuerdo al caso, se aplican técnicas para la regulación emocional. Se fomenta el fortalecimiento del apoyo familiar/social y la búsqueda

de estrategias para afrontar la situación del presente. Finalmente, se registra en el sistema SAP la historia clínica.

Intervención psicosocial a pacientes con larga estancia y pacientes centro de cáncer. Por medio de la búsqueda en la base de datos se seleccionan los pacientes a atender. Luego, se realiza la entrevista clínica, como proceso para evaluar el estado de ánimo del paciente, las alteraciones emocionales, y la red de apoyo familiar/social con la que cuenta. Posteriormente, se realiza la intervención psicológica haciendo uso de técnicas cognitivo conductuales y estrategias didácticas como la literatura y el juego. Finalmente, se determina si el paciente debe continuar en seguimiento, y se le explica que en dado caso de requerir los servicios de psicología hospitalaria, puede solicitarlos con el personal de enfermería o directamente con el médico.

Plan de estrategias de cuidados para adultos mayores con delirium, demencia y depresión. En primer lugar, por medio de la búsqueda en la base de datos o la remisión del personal médico o de enfermería se seleccionan los pacientes a atender. Luego, se realiza la entrevista clínica, se identifica los riesgos o las dificultades del paciente y su familia. Se le explica al cuidador el concepto delirium, así como sus causas y consecuencias. Se brindan medidas no farmacológicas antidelirium, y se realiza psicoeducación en ejercicios de distracción cognitiva, estimulación cognitiva y rol del cuidador. Finalmente, se registra en el sistema SAP la historia clínica.

Plan egreso hospitalario. A través de la búsqueda en la base de datos o la remisión del personal médico o de enfermería se seleccionan los pacientes a atender. Se lleva a cabo la entrevista clínica, se identifican los hábitos que tiene el paciente y la red de apoyo con la

que cuenta para el logro de las indicaciones otorgadas. De acuerdo a ello, se realiza psicoeducación de la patología presente en el paciente y los cuidados a realizar fuera de la estancia hospitalaria. Finalmente, se registra en el sistema SAP la historia clínica.

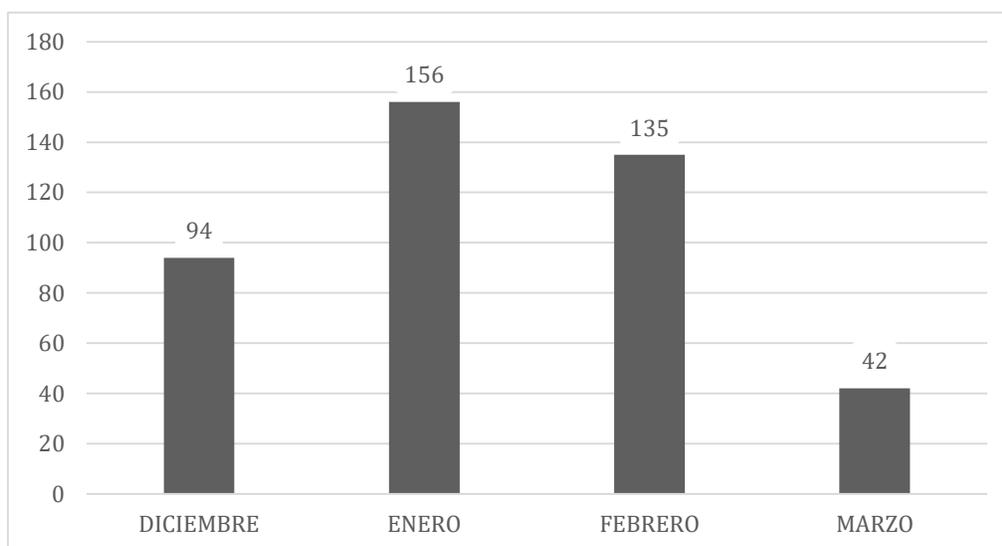
Protocolo de primeros auxilios psicológicos en el ámbito hospitalario. Como primera medida, se revisa y analiza la bibliografía acorde a la temática de interés. De acuerdo a ello, se identifica la información más pertinente y se lleva a cabo el diseño del documento. Posteriormente, se da entrega del diseño del protocolo para su revisión, y finalmente, se hacen las respectivas correcciones para la entrega del documento final.

Resultados

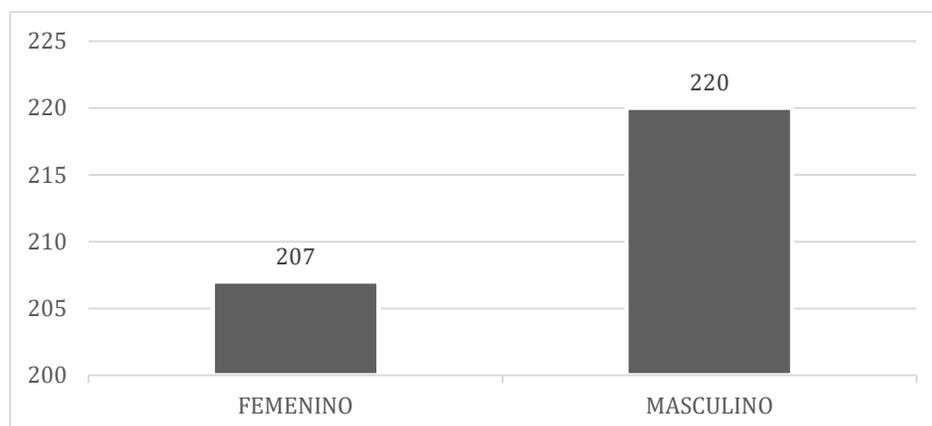
En el transcurso del servicio social en la Clínica Foscal Internacional, se realizó intervención psicosocial en tres líneas de atención: hospitalización, UCI y centro de cáncer, dirigido a pacientes, familiares y/o cuidadores de los pacientes.

Figura 1

Número de Atenciones Realizadas.



El número total de las intervenciones realizadas fueron 427, de las cuales 94 corresponden al mes de diciembre, 156 al mes de enero, 135 al mes de febrero y 42 al mes de marzo (véase figura 1). La población atendida se distribuyó tanto en hombres como en mujeres, siendo el género masculino el más predominante, representado por 220 hombres y el género femenino por 207 mujeres (véase figura 2).

Figura 2*Género*

Por otro lado, se identificó que la etapa del ciclo vital que más prevaleció durante los cuatro meses es la adultez mayor, representada por 302 intervenciones en total, siendo 117 en enero, 93 en febrero, 61 en diciembre y 31 en marzo. Seguidamente, se encuentra la etapa de la adultez, representada por 123 intervenciones, distribuidas por 40 en febrero, 39 en enero, 33 en diciembre y 11 en marzo. Finalmente, está la adolescencia, compuesta por dos intervenciones realizadas en el mes de febrero (véase figura3).

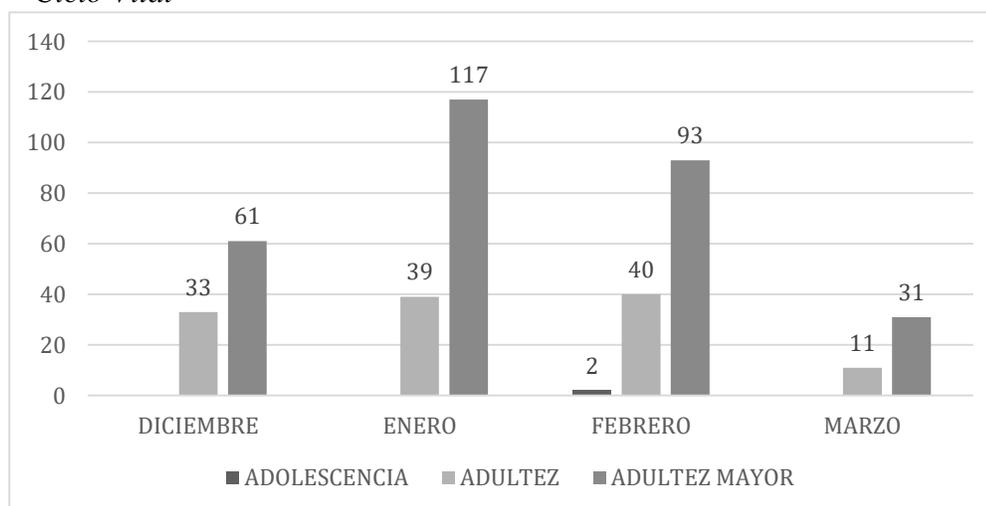
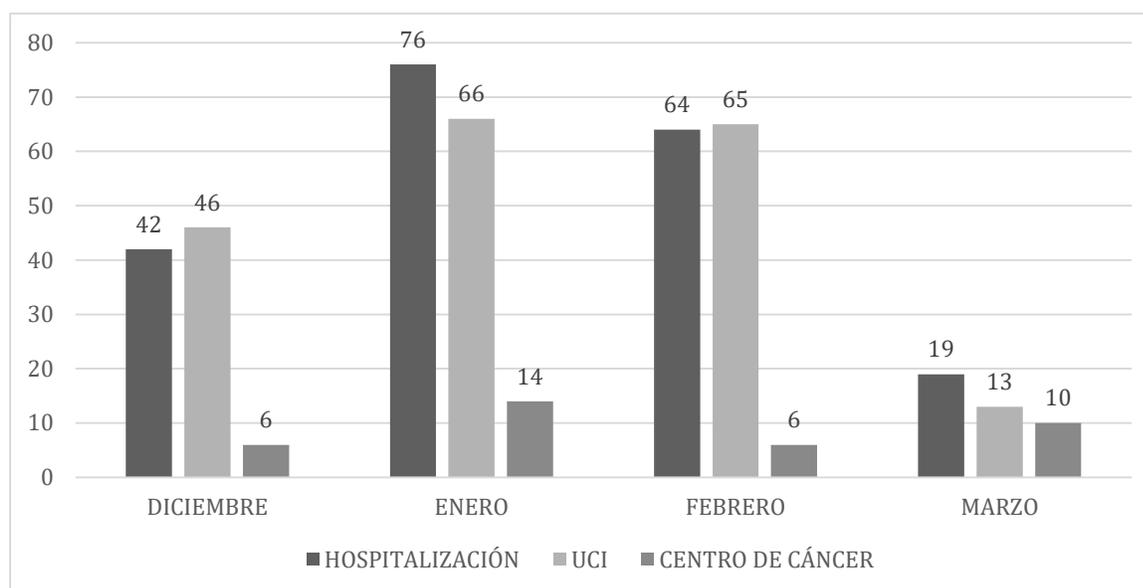
Figura 3*Ciclo Vital*

Figura 4*Líneas de Intervención*

Ahora bien, como se ha mencionado con anterioridad, se apoyaron tres líneas de intervención durante cuatro meses. A partir de los datos obtenidos (véase figura 4), se puede afirmar que la línea de intervención con más demanda fue la hospitalización, con un total de 201 intervenciones realizadas, seguidamente, se encuentra la UCI, representada por 190 intervenciones, y posteriormente, está el centro de cáncer, compuesta por 36 intervenciones en total.

Teniendo en cuenta la tabla 1, en lo que respecta a los servicios que componen la hospitalización, se evidenció que la atención más realizada fue larga estancia, con una frecuencia de 129 intervenciones, seguido del plan egreso y el plan de estrategias de cuidados para el adulto mayor, representados por 33 intervenciones cada una; por último, se pudo

observar que 6 intervenciones corresponden a la atención de duelos (anticipado o por fallecimiento) y/o códigos que se activan en hospitalización ante una emergencia.

Tabla 1

Estadística descriptiva de los servicios atendidos en hospitalización

Servicio	Frecuencia
Larga estancia	129
P. Egreso	33
P. Estrategias de cuidados: adulto mayor	33
Duelo/ Código	6

De acuerdo a la tabla 2, se puede observar que de los servicios que componen la UCI, la socialización del proyecto HUCI fue la más predominante, representada por 80 intervenciones, seguidamente del taller HUCI con 49 intervenciones, los seguimientos con 26 intervenciones, el acompañamiento al menor con 13 intervenciones y la atención de duelos y códigos con 9 intervenciones.

Tabla 2

Estadística descriptiva de los servicios atendidos en UCI

Servicio	Frecuencia
Socialización HUCI	80
Seguimiento	26
Taller HUCI	49
Duelo/código	9
Acompañamiento menor	13

Por otro lado, es válido agregar que se logró el diseño del protocolo de primeros auxilios psicológicos en el ámbito hospitalario (ver anexo A), donde se proporcionan conocimientos tanto teóricos como prácticos necesarios para el logro de la intervención de

primera instancia, con el fin de que garantizar una atención integral a usuarios o funcionarios de los servicios asistenciales de la institución en quienes se identifique situación en crisis. Entre los contenidos temáticos se encuentra la conceptualización de los PAP, las habilidades comunicativas durante los PAP, técnicas psicológicas que pueden ser aplicadas en aquellas circunstancias, el manejo del duelo (anticipado o por fallecimiento), y las pautas a seguir para la intervención práctica de los PAP.

Finalmente, el conjunto de las acciones realizadas en el servicio social, permitieron el desarrollo de habilidades y competencias propias del ejercicio de la psicología clínica y de la salud, dentro del contexto hospitalario.

Discusión

Se puede afirmar que el resultado obtenido durante el desarrollo del servicio social fue satisfactorio, teniendo en cuenta que todos los objetivos establecidos se cumplieron. Desde un primer momento se apoyó el área de psicología hospitalaria orientado al desarrollo del proyecto de humanización, a través del acompañamiento psicológico en tres líneas de intervención de la Clínica Foscal Internacional, las cuales se componen por hospitalización, UCI y centro de cáncer.

Por un lado, se aplicaron estrategias didácticas desde la literatura y el juego para la evaluación e intervención psicológica de los pacientes y familiares, lo cual favoreció la relación entre profesional y paciente, es decir, el rapport, el cual influye en un 25% y un 30% en los resultados positivos del tratamiento y la adherencia del mismo (Fernández, Herrera y Escobar, 2016). De igual manera, fueron apoyo para la recopilación de datos necesarios, la comprensión y participación de los pacientes, especialmente con la población más atendida, los adultos mayores, y en general, la obtención de progresos durante el proceso de atención.

En lo que respecta al servicio de hospitalización, fue posible proporcionar estrategias de cuidado para adultos mayores con delirium, demencia y depresión, a través de estrategias simples y de fácil aplicación para la prevención o intervención de las problemáticas presentes. Como medida principal se hizo uso de la psicoeducación de la patología y de las medidas no farmacológicas, como la importancia de la hidratación y nutrición adecuada, la higiene del sueño, la movilización precoz, la reorientación de la realidad (ej. haciendo uso de calendarios, visitas de familiares, usar álbumes de fotos), el suministro de gafas y/o audífonos en caso de existir el déficit (Quiroz, Araya y Fuentes, 2014), la estimulación cognitiva, la implementación de actividades de ocio, entre otras cosas. Adicional a ello, es importante que

el adulto mayor se sienta útil y reconocido, y que perciba una red de apoyo familiar/social, factores fundamentales que influyen en la percepción de una calidad de vida positiva en los adultos mayores (Vargas y Melguizo, 2017).

De igual manera, se brindó atención psicosocial a pacientes con larga estancia hospitalaria, el servicio más atendido en hospitalización, teniendo en cuenta que la propia situación de hospitalización ya supone por sí misma una carga emocional y unos problemas importantes para todos los implicados (pacientes o familiares), por ello, la importancia de contemplar aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los pacientes (Benítez- Agudelo, Barceló- Martínez y Gelves- Ospina, 2016). Durante la intervención se implementaron técnicas psicológicas y recursos didácticos que promovieran la salud y el bienestar de las personas afectadas, incluyendo la psicoeducación, el manejo de emociones, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, la prevención del síndrome del cuidador, teniendo en cuenta que la asistencia diaria del enfermo puede generar un desgaste psicológico y físico significativo (Moreno, 2013).

Así mismo, se llevó a cabo la aplicación del plan egreso hospitalario de acuerdo a la patología del paciente, específicamente, enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión alta e insuficiencia renal; como mecanismo de apoyo en el cuidado de la salud del paciente, a través de la psicoeducación de la patología y los cuidados a realizar fuera de la estancia hospitalaria (Carrillo, Sánchez, Gómez, Carreño y Chaparro, 2017), comprendiendo que parte de la transición económica, la rápida urbanización y los estilos de vida del siglo XXI han propiciado factores de riesgo como el aumento del consumo de tabaco, los deficientes hábitos alimenticios, la inactividad física, el uso nocivo de alcohol, el sedentarismo, la falta de compromiso con los tratamientos médicos, el uso incorrecto de medicamentos, entre otros

(OMS, 2011). Por ende, el plan egreso no vincula solo al paciente, sino también a los familiares, promoviendo la adherencia del tratamiento mediante la introspección de la patología del paciente y el establecimiento de compromisos de ayuda que favorezca la adaptación del paciente y la familia a los cambios que conlleva el tratamiento.

Por otro lado, se ejecutó el proyecto HUCI con el objetivo de otorgar una atención humanizada y de calidad para los pacientes y familiares que se encontraban en el servicio de UCI, a través de la aplicación de las líneas estratégicas que éste propone (Grupo de trabajo de certificación del Proyecto HUCI, 2019). Beneficios como la flexibilidad de los horarios de visita, el ingreso y acompañamiento de menores de edad a la UCI, la realización de talleres psicoeducativos para familiares, la participación en el concierto UCI y la intervención psicológica, fueron y son acciones esenciales para tener un paciente más comfortable, aumentar la satisfacción familiar, mejorar la comunicación y el entorno de la UCI, reducir la aparición de conflictos, reducir complicaciones cardiovasculares y prevenir el síndrome post UCI (Rojas, 2019).

En cuanto al centro de cáncer, se realizó atención psicosocial con el fin de lograr el bienestar físico y emocional del paciente y su familia, considerando que desde el recibimiento del diagnóstico surge un impacto a nivel emocional, comprendiendo que culturalmente esta enfermedad se relaciona con dolor y muerte; toda esta situación ocasiona que el paciente en el transcurso de la enfermedad experimente un proceso de duelo inevitable, no solo referentes a la salud, sino también a otras variables como la pérdida de trabajo, pérdida de independencia, pérdida del rol que solía tener dentro de la familia, entre otras (Robert, Álvarez & Valdivieso, 2013).

Ahora bien, reconociendo las necesidades del contexto se diseñó un protocolo de primeros auxilios psicológicos (PAP) en el ámbito hospitalario, donde se proporciona información y lineamientos necesarios a seguir, para facilitar el apoyo a usuarios o funcionarios que se encuentren en situación de crisis (ej. Accidente de tránsito, noticia de familiar gravemente enfermo, fallecimiento de un paciente pediátrico, etc.), con el propósito de reestablecer el equilibrio biopsicosocial y prevenir el desarrollo de secuelas psicológicas (Cortés y Figueroa, 2011). Por consiguiente, dicho protocolo es un recurso de apoyo para todo el personal de la clínica, comprendiendo que los PAP no es un conjunto de estrategias que solo pueden aplicar los profesionales de salud mental, sino que se trata de una respuesta que puede proporcionar cualquier humano para brindar ayuda y protección a otro (OMS, War Trauma Foundation y Visión Mundial, 2012).

Así pues, el desarrollo de estas funciones, permitieron la adquisición de diferentes habilidades y competencias del ejercicio de la psicología clínica y de la salud, así como mantener una visión real de lo que implica trabajar desde este campo, el cual requiere de la aplicación de principios, técnicas y conocimientos científicos para la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos contextos en que éstos puedan tener lugar (García, Piqueras, Rivero, Ramos y Oblitas, 2008).

Conclusiones

En definitiva, la humanización de los servicios de salud es una necesidad primordial en el país y el mundo, pues permite que se contemple al enfermo como persona poseedora de valores, principios, creencias y derechos, y no como un simple cuerpo que requiere mejoría. Se trata, por lo tanto, de un compromiso ético que garantiza el respeto a la dignidad humana, a través de medios que promueven una vida sana a nivel físico, emocional, social y espiritual.

Sin embargo, la implementación de mecanismos de sensibilización en la atención de pacientes, familiares y/o cuidadores para el logro del bienestar, continúa siendo un reto en nuestra actualidad, además de otras problemáticas que se encuentran arraigadas con los determinantes sociales de la salud, como lo es la situación socioeconómica, medioambiental, cultural y política del colombiano promedio hoy en día.

Por otro lado, es válido decir que la psicología clínica y de la salud es un campo de acción muy amplio, que requiere del trabajo interdisciplinar para el éxito de una atención de calidad y el logro de la recuperación integral del paciente. Así mismo, que se ocupa de diversas situaciones como lo es detectar y apoyar la modificación de conductas de riesgo, promocionar hábitos de vida saludable, intervenir el impacto psicológico que puede provocarse al padecer una enfermedad grave, permanecer hospitalizado o perder un ser querido, fortalecer los vínculos familiares y sociales, entre otras cosas.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante reconocer el sustento teórico y el sentido humano, como las bases para la ejecución de la práctica, puesto que abarca grandes responsabilidades por las cuales atender y asumir. Por lo mismo, resulta fundamental buscar en cada paciente, de acuerdo a la etapa del ciclo vital, las creencias, la cultura y el contexto,

la obtención del rapport, pues como se ha mencionado con anterioridad, motiva la participación y favorece el éxito del proceso, disminuyendo o desapareciendo la dificultad.

Recomendaciones

Reconociendo el impacto que ha generado el proyecto de humanización en la Clínica Foscal Internacional, resulta necesario trabajar con el personal de salud y los guardas de seguridad la comunicación asertiva, especialmente con los médicos ante la comunicación de malas noticias.

Igualmente, promover el respeto y la privacidad de los espacios de atención psicológica, comprendiendo que es un servicio primordial de los lineamientos de la humanización, y en ocasiones, su interrupción ocasiona que el paciente se sienta inseguro de expresar su malestar.

Con respecto al plan egreso hospitalario, se recomienda establecer una plantilla en el drive, donde las jefes enfermeras puedan disponer información sobre los pacientes con enfermedades crónicas que están cercanos al egreso, de tal manera que la atención a realizar sea dada en el momento correspondiente.

Por último, ver la posibilidad de reorganizar la manera en que se está realizando el concierto HUCI, de tal manera que todos los pacientes y familiares puedan participar de la actividad.

Referencias Bibliográficas

- Ardila, N. (2015). *Intervención Psicológica para un caso de Habilidades Sociales en la Relación Familiar y Social desde el Enfoque Cognitivo Conductual* (tesis de especialización). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia.
- Bados, A. & García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Bados, A. & García-Grau, E. (2011). *Técnicas operantes*. Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Ballen, Y. (2015). *Sistematización de la Intervención Psicológica desde el Enfoque Cognitivo Conductual* (tesis de especialización). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia.
- Benítez- Agudelo, J., Barceló- Martínez, E. & Gelves- Ospina, M. (2016). Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. *Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana*, 42 (4), 391 – 398.
- Carrillo, G., Sánchez, B., Gómez, O., Carreño, S. & Chaparro, L. (2017). Metodología de Implementación del “Plan de Egreso Hospitalario” para Personas con Enfermedad Crónica en Colombia. *Revista Med*, 25(2), 55-62. DOI: <https://doi.org/10.18359/rmed.3079>
- Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres. (2018). *Presentan primera evidencia científica sobre eficacia en el uso de primeros auxilios psicológicos*. Recuperado de: <https://www.cigiden.cl/presentan-primera-evidencia-cientifica-eficacia-uso-primeros-auxilios-psicologicos/>

- Chávez- León, E., Benitez- Camacho, E., & Ontiveros, M. (2014). La Terapia Cognitiva Conductual en el Tratamiento de la Depresión del Trastorno Bipolar tipo I. *Salud Mental, 37* (2), 111-117.
- Clínica Foscá. (s.f). *Inducción y Reinducción*. Recuperado de: <https://sites.google.com/foscal.com.co/capacitaciones>
- Colegio Oficial de Psicólogos de España. (1998). El perfil del psicólogo clínico y de la salud. *Papeles del psicólogo, 69*, 22- 56.
- Contreras, C. (2018). *Efectividad de los Primeros Auxilios Psicológicos para prevenir síntomas depresivos en pacientes con trauma reciente en Chile* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.
- Cortés, P. & Figueroa, R. (2011). *Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos en crisis individuales y colectivas*. Recuperado de: https://www.preventionweb.net/files/59897_auxiliar.pdf
- Fernández, O., Herrera, P. & Escobar, M. (2016). Adolescentes en Psicoterapia: Su Representación de la Relación Terapéutica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 14* (1), 559-575.
- García, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V., & Oblitas, L. (2008). Panorama de la psicología clínica y de la salud. *CES Psicología, 1* (1), 70-93.
- Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. (2019). Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Recuperado de: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>
- Ibáñez- Tarín, C. & Manzanera- Escartí, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *Medicina de Familia Semergen, 38* (6), 377- 387.

Ley N°1616. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones, Colombia, 21 de enero del 2013.

López, A. & Iriondo, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Revista Clínica Contemporánea*, 10, 1 - 19.

López, R. (1996). La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 12 (4).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Recuperado de: http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud mental*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>

Moreno, A. (2013). Dos miradas diferentes frente al delirium en el hospital: cuidadora familiar e inmigrante. *Index de Enfermería*, 22(3), 127-131. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200003>

Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Revista avances en psicología*, 16(1), 9- 38.

Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation & Visión Mundial Internacional (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. OMS: Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades crónica no transmisibles 2010. Resumen de orientación*. Recuperado de: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
- Ortigosa, J., Méndez, F. & Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo-conductual. *Psicooncología*, 6 (2-3), 413- 428.
- Osorio, A. (2017). Primeros auxilios psicológicos. *Integración académica en psicología*, 5 (15), 4- 11.
- Quiroz, T., Araya, E. & Fuentes, P. (2014). Delirium: actualización en manejo no farmacológico. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 52 (4), 288-297. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000400007>
- Restrepo, D. & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 30 (2), 202- 211.
- Robert, V., Álvarez, C. & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica las Condes*, 24 (4), 677- 684.
- Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30 (2), 120- 125.
- Universidad Industrial de Santander. (2014). *Guía de atención pacientes en crisis emocional- primeros auxilios psicológicos*. Recuperado de:

[https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GB
E.80.pdf](https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GB_E.80.pdf)

Vargas, S. & Melguizo, E. (2017). Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19 (4), 549 - 554.

Anexos

Anexo A. Protocolo de primeros auxilios psicológicos en el ámbito hospitalario.

ÍNDICE

1. Situación de crisis	2
2. Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)	3
2.2. Cinco Componentes de los PAP	3
2.3. Principios de los PAP	4
2.4. Comunicación durante la aplicación de los PAP	4
2.5. Técnicas psicológicas en PAP	4
2.6. Intervención práctica de los PAP	5
3. Primeros Auxilios Psicológicos en Situación de Duelo	6
3.1. Definición de duelo	6
3.2. Fases del duelo	6
3.3. Duelo patológico	7
3.4. Duelo anticipado	8
3.4.1 Acompañamiento al final de la vida	8
3.5. Duelo por fallecimiento	9
3.6. Intervención práctica de PAP ante situación de duelo anticipado	9
3.7. Intervención práctica de PAP ante situación de duelo por fallecimiento.	11
4. Referencias	13

1. Situación de Crisis

La crisis es una situación que sobrepasa todas las experiencias diarias comunes, que fuerza al individuo a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida. En estas circunstancias la persona se encuentra un estado vulnerable, las contradicciones internas se acumulan y el sentido personal de identidad se vuelve frágil y provisional (González, 2001). En el ámbito hospitalario, por lo general, se presenta ante el temor por la propia vida o la de un ser querido, daños físicos y psicológicos ocasionados por accidentes, actos de violencia, desastres naturales, intentos de suicidio o desastres provocados por el hombre (guerras, explosiones, fugas de gas, epidemias); así mismo, ante el recibimiento de una mala noticia como lo es perder algún miembro del cuerpo, padecer una enfermedad grave o saber que su ser querido ha fallecido.

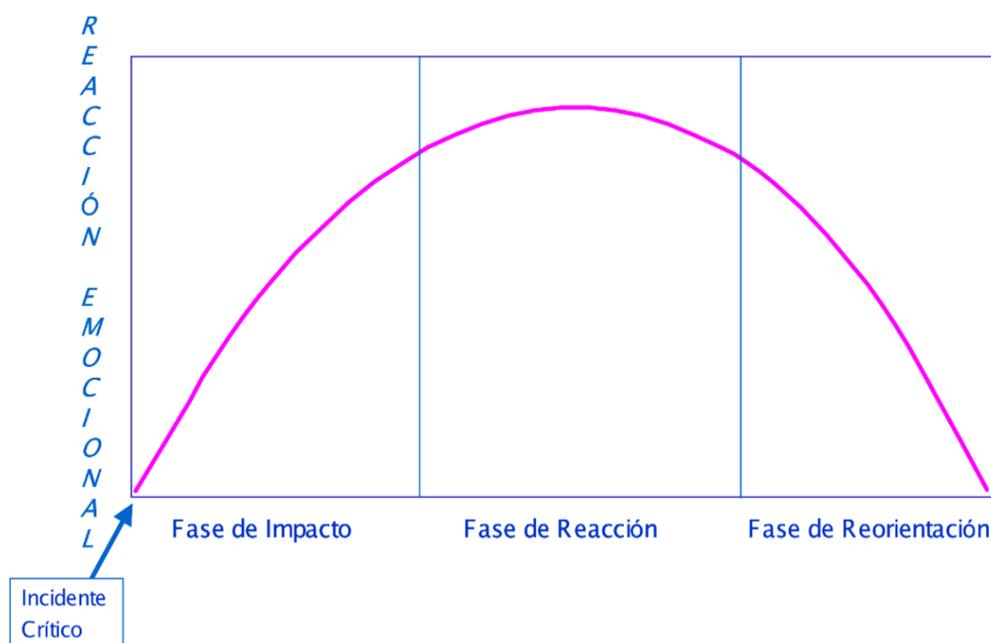


Figura 1. Reacción emocional durante una crisis.

2. Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)

Es un conjunto de estrategias empleadas de manera breve e inmediata tras ocurrir una situación de crisis o de emergencia, el cual busca proporcionar apoyo para restablecer la

estabilidad personal a nivel emocional, físico, cognitivo y conductual, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda. Por lo general, los PAP se realizan en el lugar donde se da el suceso, por ende, se reconoce como una intervención de primera instancia (Osorio, 2017).

2.2. Cinco componentes de los PAP.

a. Realizar contacto psicológico: Está enfocado en generar y proporcionar un ambiente de confianza y de empatía. La capacidad de escucha activa se convierte en el elemento esencial de este primer contacto, para percibir lo que el individuo siente, piensa y visualiza de esa situación, y además, ayudar a que la persona disminuya la ansiedad, la ira, el pánico, la preocupación y/o el sentimiento de soledad (Valencia y Trejos, 2013). Durante aquel momento se puede brindar contacto psicológico a través de la comunicación verbal y no verbal (contacto físico).

b. Examinar la dimensión del problema: En este componente es necesario indagar sobre la magnitud del problema, teniendo en cuenta el pasado inmediato, es decir, el evento o situación que produjo el estado de crisis; el presente, donde se pregunta el quién, qué, dónde, cómo, cuándo y por qué, con el objetivo de actuar en consecuencia; y el futuro inmediato, donde se orienta a situaciones, dificultades o adversidades que pueden presentarse en un momento determinado (Valencia y Trejos, 2013).

c. Analizar las posibles soluciones: Ésta implica la identificación de las soluciones o alternativas para enfrentar la dificultad que se ha presentado, ya sean para necesidades inmediatas o necesidades futuras (Osorio, 2017).

d. Asistir en la ejecución de una acción concreta: Este componente consiste en ser apoyo para la persona durante la crisis con el fin de que ejecute la mejor acción, es decir, se busca implementar conductas facilitadoras que permitan que la persona lleve y trate su crisis (Valencia y Trejos, 2013).

e. Dar seguimiento: En este último componente es preciso determinar una manera específica para hacerle seguimiento al paciente, ya sea por medio de un encuentro en persona o por teléfono, con el fin de que se pueda realizar una retroalimentación o

determinar si se lograron las metas de los PAP. De acuerdo a la verificación realizada, si es necesario, se conecta a la persona con un experto en segunda instancia (Osorio, 2017).

2.3. Principios de los PAP.

- Escuche responsablemente.
- Genere confianza.
- Sea empático (a).
- Permita la expresión de sentimientos y valide la emoción.
- Transmita aceptación.
- Provea información.

2.4. Comunicación durante la aplicación de los PAP.

- Haga contacto visual. Ser muy consciente de las diferentes prácticas culturales con este comportamiento.
- Cuide la expresión corporal, mantenga una postura abierta, especialmente con sus brazos.
- Mantenga una distancia apropiada, la proximidad física refleja interés, pero también puede comunicar intimidad, informalidad, o algún tipo de presión. El contacto físico dependerá de cada caso particular.
- Evite emitir juicios, compadecerse o interpretar.
- Muéstrese tranquilo(a) y calmado(a).
- Modere el tono de la voz y no hable rápido.
- Identifique el lugar y momento más adecuado para proporcionar la atención.
- No utilice tecnicismos, ni frases cliché.

2.5. Técnicas psicológicas en PAP.

Algunas de las técnicas psicológicas que han demostrado utilidad en este tipo de situaciones son:

- Técnicas de relajación y respiración.
- Técnica de reestructuración cognitiva.
- Reforzamiento positivo.
- Reflejo.

- Parafraseo.
- Psicoeducación.

2.6. Intervención práctica de los PAP.

1. Preséntese mencionando su nombre, cargo y rol.
2. Explique que está ahí para ofrecer ayuda.
3. Garantice privacidad y escucha activa.
4. Permita reaccionar (llorar, gritar, callar, sentarse en el suelo).
5. Proporcione confianza y empatía con la persona (ej. dar información simple y clara, brindar agua y pañuelos, tocar la espalda, parafrasear los hechos y sentimientos que ha expresado la persona).
6. Valide la emoción y normalice la situación usando frases como: “cualquier persona que pasara por una situación similar, probablemente también se sentiría igual”.
7. Identifique las características del problema, el suceso precipitante, el estado emocional actual (crisis convulsivas, ira, embotamiento, llanto inconsolable, ataques de pánico, etc.) y procesamiento cognitivo de la situación (interpretaciones, atribuciones, negación, culpa, etc.).
8. Determine las estrategias de afrontamiento de la persona afectada.
9. Identifique los recursos personales y la red de apoyo familiar/social que posee.
10. Pregunte por lo que la persona ha intentado hacer para solucionar el problema.
11. Examine qué puede o podría hacer.
12. Proponga nuevas alternativas (realistas) ante las necesidades inmediatas y las necesidades posteriores.
13. Plantee metas a corto plazo y evite resolverlo todo al instante.
14. Motive a la ejecución de las soluciones inmediatas. Si a la persona se le dificulta actuar en su propio beneficio (riesgo de mortalidad) sea directivo (a) movilizandolos recursos internos y externos hasta que tenga el control de su situación.
15. Establezca contacto con la red de apoyo familiar /social para que acompañe a la persona afectada. No se vaya hasta que esté acompañada.

16. Recopile datos de la persona atendida, y determine un segundo encuentro para verificar la efectividad de la atención y/o la necesidad de una atención de segunda instancia.

3. Primeros Auxilios Psicológicos en Situación de Duelo

3.1. Definición de duelo.

El duelo es una reacción emocional y conductual ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo (Meza, García, Torres, Castillo, Suárez y Martínez, 2008). Se trata de un proceso natural que “incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, con intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida” (García, Grau, Infante, 2013, p. 122).

3.2. Fases del duelo.

La psiquiatra y escritora Elizabeth Kübler-Ross propuso cinco fases que componen el proceso del duelo, las cuales son: la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación (citado por López, 2009); éstas fases no cumplen un orden particular, la manera de manifestarse depende de cada persona.

Según Kübler-Ross (1969) (citado por Mosquera, Barón y Guiza, 2017), las fases se explican de la siguiente manera:

- Negación: consiste en el rechazo consiente de la realidad de la situación, identificado como un mecanismo de defensa para disminuir el dolor que siente la persona.
- Ira: ocurre cuando ya no es posible ocultar la muerte, la persona manifiesta enojo consigo misma, o con una persona, su familia, sus amigos o incluso con el fallecido por hecho de causarle dolor.
- Negociación: sucede cuando la persona busca negociar antes o después de la pérdida del ser querido, propone hacer algo a cambio de que el ser querido no fallezca o vuelva. Por lo general, son negociaciones que se establecen con Dios u otro ser supremo.

- Depresión: se presenta cuando el doliente es consciente del fallecimiento del ser querido, y por tanto, manifiesta sintomatología asociada a la depresión, como lo es el aislamiento social, el llanto fácil, los sentimientos de minusvalía, el agotamiento mental y físico, dificultad en realizar las actividades diarias, entre otros.
- Aceptación: como su nombre lo indica, ocurre cuando la persona acepta o asume la pérdida como una realidad, y por tanto, busca motivos para seguir adelante.

3.3. Duelo patológico.

El duelo patológico es una entidad distinta e independiente de los trastornos afectivos y ansiosos; por lo tanto, se asocia con complicaciones físicas y emocionales a largo plazo (Millan y Solano, 2010). La diferencia existente entre un duelo normal y un duelo patológico, está dado por el rango de tiempo para su elaboración. Esto quiere decir que el proceso normal de un duelo puede presentarse en un lapso de hasta 12 meses en adultos y 6 meses en niños, sin embargo, si el tiempo se prolonga, ya es considerado como patológico (Pinto, 2018).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (2014), éste se encuentra definido como un Trastorno de Duelo Complejo Persistente, el cual puede presentarse a partir de la edad de un año, y es diagnosticado como tal, tras cumplir los cinco criterios propuestos, que incluyen: superar los 12 meses (6 en los niños) desde la muerte del ser querido (Criterio A). Presentar uno o más síntomas como anhelo/añoranza persistente del fallecido (Criterio B1), que puede estar asociado con pena intensa y llanto frecuente (Criterio B2), con preocupación en relación al fallecido (Criterio B3) o estar preocupado con la manera en la que murió la persona (Criterio B4). Se requieren 6 síntomas adicionales, incluyendo una importante dificultad para aceptar que el individuo ha fallecido (Criterio C1), incredulidad de que haya fallecido (Criterio C2), recuerdos angustiantes acerca del fallecido (Criterio C3), rabia en relación a la pérdida (Criterio C4), valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (Criterio C5) y evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (Criterio C6). Los individuos también pueden referir deseos de morir para poder estar con el fallecido (Criterio C7), son desconfiados con otras personas (Criterio C8), se sienten aislados (Criterio C9), creen que la vida carece de sentido o propósito sin el fallecido (Criterio C10), experimentan una

disminución del sentimiento de identidad propia al sentir que una parte de ellos ha muerto o se ha perdido (Criterio C11), o tienen dificultades para realizar actividades, entablar relaciones o hacer planes de futuro (Criterio C12).

El trastorno de duelo complejo persistente requiere un malestar clínicamente significativo o una alteración en el funcionamiento psicosocial (Criterio D). Y así mismo, la reacción es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad (Criterio E).

3.4. Duelo anticipado.

El duelo anticipado ocurre cuando la familia es consciente de que en poco tiempo el ser querido va a fallecer. Generalmente, se presenta cuando el equipo médico comunica la gravedad de salud del paciente, la dificultad para que éste sobreviva, y por tanto, la cercanía de su muerte.

Se considera que el duelo anticipatorio es una respuesta adaptativa positiva ante la muerte del ser querido, pues permite que las personas entren en el proceso de aceptación y se preparen para los cambios que conllevará la pérdida (Aldrich, 1974; Siegel y Wenstein, 1983; Rosales y Olmeda, 2001, citado por Díaz, Losantos y Pastor, 2014).

Vale añadir que, el duelo anticipatorio y el periodo de hospitalización puede complicarse a nivel familiar, por la incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente, es decir, la presencia de una claudicación familiar (Díaz, Losantos y Pastor, 2014).

3.4.1. Acompañamiento al final de la vida.

Es común que la familia permanezca unida y fortalezca los vínculos afectivos con el paciente al recibir la noticia de que pronto va a fallecer. En el final de la vida tienden al confort del enfermo. Cuando este proceso ocurre de manera digna y controlada y sin sufrimiento, habrá una mayor aceptación de la familia (Rodrigues, 2010).

En el ámbito hospitalario, el equipo médico se encarga del tratamiento y control de los síntomas del paciente. En caso de que el paciente se encuentre consciente, se le debe reafirmar que los síntomas van a ser controlados y que no será abandonado en ningún

momento. Mientras que, el papel del profesional en psicología es brindar recomendaciones a los familiares para que el fin de aquel ser querido sea digno, y por tanto, brinda medidas no farmacológicas como: atender al ambiente que le rodea, poner su música favorita, emplear masajes corporales suaves, hablar suavemente sin llantos en su presencia, asegurar que el paciente este en una postura cómoda, emplear técnicas de relajación, evitar la sequedad de la boca, entre otras cosas; cada familia decide qué medidas emplear, personalizándolo de acuerdo a las creencias y deseos del paciente, lo que prima es encaminar el fin de la vida de una manera serena (Valentín, Murillo, Valentín, 2004).

3.5. Duelo por fallecimiento.

Éste ocurre cuando la familia y sus allegados reciben la noticia de que el paciente ha fallecido. Asumir una pérdida, especialmente ante un suceso traumático (accidentes automovilísticos, accidentes laborales, homicidio, suicidio, entre otros), genera un malestar y un dolor significativo.

Ahora bien, “el duelo precisa del cumplimiento de tareas que pueden tener lugar simultáneamente: (a) aceptar la realidad de la pérdida, (b) trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, (c) adaptarse a un medio en el que lo perdido está ausente y d) reubicar emocionalmente aquello que se perdió y seguir viviendo” (Worden, 2004, citado por Díaz, Molina y Marín, 2015, p.67).

3.6. Intervención práctica de PAP ante situación de duelo anticipado.

1. Preséntese mencionando su nombre, cargo y rol.
2. Comunique el diagnóstico del enfermo en caso de ser el profesional a cargo, de lo contrario, acompañe en el momento de la noticia. Es importante que la persona que de la noticia use un lenguaje claro y comprensible para las personas presentes, y explique paso a paso para que se de comprensión de la situación actual.
3. Garantice la atención integral al enfermo y su familia durante todo el proceso de la enfermedad.

4. Conozca la opinión de la familia sobre comunicar el diagnóstico o no al enfermo; hay que hacerles ver las ventajas de que el enfermo sea el protagonista de su enfermedad e indicarles que se va a respetar los deseos del enfermo en cuanto a conocer o no su enfermedad.
5. Permita reaccionar (llorar, gritar, callar, sentarse en el suelo).
6. Detecte y alivie las necesidades y dificultades surgidas.
7. Proporcione confianza y empatía con la persona (ej. brindar agua y pañuelos, tocar la espalda, parafrasear los hechos y sentimientos que ha expresado la persona).
8. Valide la emoción y normalice la situación usando frases como: “cualquier persona que pasara por una situación similar, probablemente también se sentiría igual”.
9. Prevenga sentimientos de culpa. Recuérdele las acciones que ha realizado para ayudar al enfermo.
10. Identifique la relación del enfermo con sus familiares y favorezca la comunicación entre los mismos.
11. Favorezca y promueva la resolución de temas pendientes.
12. Valore y potencie los recursos y soporte emocional y físico percibido de la familia.
13. Permita el desarrollo de ritos religiosos o espirituales que ayuden en esta situación.
14. Promueva el acompañamiento de los familiares para evitar el agotamiento y la claudicación familiar.
15. Proporcione información continua sobre los cambios de situación, síntomas y objetivos en esta fase (tipo de comunicación adecuada, contacto físico, alimentación, información de cómo podría ser el fallecimiento, etc.)
16. Proponga nuevas alternativas (realistas) ante las necesidades inmediatas y las necesidades posteriores.
17. Plantee metas a corto plazo y evite resolverlo todo al instante.
18. Motive a la ejecución de las soluciones inmediatas.
19. Realice psicoeducación de medidas no farmacológicas para sobrellevar el final de la vida del enfermo (Ver apartado acompañamiento al final de la vida).
20. Establezca contacto con la red de apoyo familiar /social para que acompañe a la persona afectada. No se vaya hasta que esté acompañada.

21. Recopile datos de la persona atendida, y determine un segundo encuentro para realizar el respectivo seguimiento.

3.7. Intervención práctica de PAP ante situación de duelo por fallecimiento.

1. Preséntese mencionando su nombre, cargo y rol.
2. Explique que está ahí para ofrecer ayuda.
3. Garantice privacidad y escucha activa.
4. Permita reaccionar (llorar, gritar, callar, sentarse en el suelo).
5. Proporcione confianza y empatía con la persona (ej. dar información simple y clara, brindar agua y pañuelos, tocar la espalda, parafrasear los hechos y sentimientos que ha expresado la persona).
6. Valide la emoción y normalice la situación usando frases como: “cualquier persona que pasara por una situación similar, probablemente también se sentiría igual”.
7. Invite a la persona a despedirse, agradeciendo y/o pidiéndole perdón al fallecido.
8. Ante sentimientos de culpa, recuérdole las acciones que realizó para ayudar al enfermo.
9. Facilite la comprensión de la realidad de la pérdida. Clarifique dudas del fallecimiento.
10. Permita el desarrollo de ritos religiosos o espirituales que ayuden la situación.
11. Identifique las características del problema, el suceso precipitante, el estado emocional actual (crisis convulsivas, ira, embotamiento, llanto inconsolable, ataques de pánico, etc.) y procesamiento cognitivo de la situación (interpretaciones, atribuciones, negación, culpa, etc.).
12. Determine las estrategias de afrontamiento de la persona afectada.
13. Identifique los recursos personales y la red de apoyo familiar/social que posee.
14. Examine qué puede o podría hacer.
15. Proponga nuevas alternativas (realistas) ante las necesidades inmediatas y las necesidades posteriores.
16. Plantee metas a corto plazo y evite resolverlo todo al instante.

17. Motive a la ejecución de las soluciones inmediatas. Si a la persona se le dificulta actuar en su propio beneficio (riesgo de mortalidad) sea directivo(a) movilizando los recursos internos y externos hasta que tenga el control de su situación.
18. Establezca contacto con la red de apoyo familiar /social para que acompañe a la persona afectada. No se vaya hasta que esté acompañada.
19. Brinde recomendaciones de cuidado para la persona afectada y las acciones necesarias para prevenir un duelo patológico.
20. Recopile datos de la persona atendida, y determine un segundo encuentro para verificar la efectividad de la atención y/o la necesidad de una atención de segunda instancia.

4. Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ta. Edición). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (2019). Protocolo de Atención al Duelo en la Comunidad de Madrid. Tomado de: <http://www.cop.es/uploads/PDF/PROTOCOLO-DE-ATENCION-AL-DUELO.pdf>
- Díaz, P., Losantos, S., y Pastor, P. (2014). *Guía de duelo adulto. Para profesionales socio-sanitarios*. Madrid, España: Fundación Mario Losantos del Campo.
- García, C., Grau, J. e Infante, O. (2013). Duelo y proceso salud- enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30 (1), 121- 131.
- González, J. (2001). Psicoterapia de la crisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (79), 35-53.
- López, A. (2009). Importancia de la atención del paciente en duelo. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14, (4), 153-154.
- Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S. y Martínez, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13 (1), 28-31.
- Millan, R. y Solano, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (2), 375- 388.
- Mosquera, Y., Barón, V. y Guiza, F. (2017). Protocolo manejo de duelo en padres de familia que han perdido a su hijo en etapa de niñez o adolescencia debido a sucesos inesperados (suicidio) (trabajo de diplomado). Universidad Cooperativa de Colombia, Bogotá.
- Osorio, A. (2017). Primeros auxilios psicológicos. *Integración académica en psicología*, 5 (15), 4- 11.

- Pinto, R. (2018). Intervención cognitivo conductual en caso clínico trastorno de duelo complejo persistente (trabajo postgrado). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga.
- Rodriguez, A. (2010). El cuidador y el enfermo en el final de la vida -familia y/o persona significativa. *Enfermería global*, (18), 1-9.
- Universidad Complutense de Madrid. (2004). Guía de primeros auxilios psicológicos para psicólogos. Tomado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/recursos/guiaprimerosauxilios2008.pdf>
- Universidad de Guadalajara. (2014). Manual básico de primeros auxilios psicológicos. Tomado de: http://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual_primeros_auxilios_psicologicos_2017.pdf
- Universidad Industrial de Santander. (2014). Guía de atención pacientes en crisis emocional- primeros auxilios psicológicos. Tomado de: https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GB_E.80.pdf
- Valencia, A. y Trejos, J. (2013). Los primeros auxilios psicológicos en el servicio de atención al ciudadano desde un enfoque humanista. *Revista Logo, Ciencia y Tecnología*, 4 (2), 42- 52.
- Valentín, V., Murillo, M. y Valentín, M. (2004). Síntomas al final de la vida. *Psicooncología*, 1 (2-3), 251- 262.

Anexo B. Procedimiento primeros auxilios psicológicos.

PROCEDIMIENTO PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
1.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	Identificar si existe un funcionario o usuario con sospecha de crisis.
2.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	SI: <u>¿La persona afectada requiere PAP?</u> Pasará al punto tres. NO: <u>¿La persona afectada requiere PAP?</u> Se brinda orientación al usuario y se hacen las respectivas recomendaciones. FIN.
3.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	Quien identifica la crisis reporta al coordinador del servicio. El coordinador se mantiene alerta y notifica al psicólogo responsable del área.
4.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	Realizar presentación mencionando nombre, cargo y rol, y explicar que está ahí para ofrecer ayuda.
5.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	Identificar el estado de consciencia actual de la persona en crisis. SI: <u>¿La persona se encuentra en un estado de consciencia?</u> Pasará al punto 6. NO. <u>¿La persona se encuentra en un estado de consciencia?</u> Ubicar a la persona en tiempo, lugar y espacio. Pasará al punto 6.

6.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	<p>Identificar potenciales de riesgo que puedan poner en peligro la vida del afectado o persona cercana.</p> <p>SI. <u>¿Se sospecha o se confirma un alto potencial de riesgo para el afectado o persona cercana?</u> Solicitar personal de apoyo que facilite o reduzca el riesgo. Pasar al punto 7.</p> <p>NO. <u>¿Se sospecha o se confirma un alto potencial de riesgo para el afectado o persona cercana?</u> Pasar al punto 7.</p>
7.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	<p>Garantizar un espacio seguro que permita la privacidad y seguridad.</p> <p>SI. <u>¿La persona se encuentra en un lugar privado y seguro?</u> Pasar al punto 8.</p> <p>NO. <u>¿La persona se encuentra en un lugar privado y seguro?</u></p> <p>En lo posible desplazarse con la persona a un espacio seguro que permita privacidad. Pasar al punto 8.</p>
8.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	<p>Proporcionar confianza, escucha activa y empatía con la persona.</p> <p>SI. <u>¿La persona siente empatía y confianza con el personal de apoyo?</u> Pasar al punto 9.</p> <p>NO. <u>¿La persona siente empatía y en confianza con el personal de apoyo?</u></p> <p>Implementar otras técnicas que faciliten el rapport con la persona en crisis, como: dar información simple y clara, brindar agua y pañuelos, tocar la espalda, parafrasear los hechos y sentimientos que ha expresado la persona, validar la emoción.</p> <p>Pasar al punto 9.</p>

9.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	<p>Identificar las características del problema, el suceso precipitante.</p> <p>SI. <u>¿La persona identifica las características del problema?</u> Pasar punto 10.</p> <p>NO. <u>¿La persona identifica las características del problema?</u></p> <p>Generar introspección acerca del problema y el suceso que la afecta. Pasar al punto 10.</p>
10.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	<p>Determinar las estrategias de afrontamiento de la persona afectada e identificar los recursos personales y la red de apoyo familiar/social que posee. Pasar al punto 11.</p>
11.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	<p>Preguntar por lo que ha intentado hacer la persona para solucionar el problema, y examinar qué puede o podría hacer.</p> <p>SI. <u>¿La persona manifiesta algún tipo de solución?</u> Pasar al punto 12.</p> <p>NO. <u>¿La persona manifiesta algún tipo de solución?</u> Brindar guía y apoyo para que la persona afectada pueda generar alternativas frente a la situación. Pasar al punto 12.</p>
12.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	<p>Proponer nuevas alternativas (realistas) ante las necesidades inmediatas y las necesidades posteriores. Plantear metas a corto plazo y evitar resolverlo todo al instante.</p>
13.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	<p>Motivar a la ejecución de las soluciones inmediatas.</p> <p>SI. <u>¿La persona se le dificulta actuar en su propio beneficio?</u> Movilizar los recursos internos y externos de la persona afectada hasta que tenga el control de su situación.</p>

			<p><u>NO.</u> ¿La persona se le dificulta actuar en su propio beneficio?</p> <p>Pasar al punto 14.</p>
14.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	<p>Establecer contacto con la red de apoyo familiar /social para que acompañe a la persona afectada.</p> <p><u>SI.</u> ¿La persona afectada se encuentra acompañada por un miembro de su red de apoyo?</p> <p>Realizar las respectivas recomendaciones al acompañante. Pasar al punto 15.</p> <p><u>NO.</u> ¿La persona afectada se encuentra acompañada por un miembro de su red de apoyo?</p> <p>Contactarse con un miembro de su red de apoyo familiar/social. No irse hasta que la persona afectada esté acompañada. Pasar al punto 15.</p>
15.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	<p>Recopilar datos de la persona atendida, y determinar un segundo encuentro para verificar la efectividad de la atención y/o la necesidad de una atención de segunda instancia. Pasar al punto 16.</p>
16.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	<p>Diligenciar el formato del consentimiento informado en el cual firma la persona en crisis, el familiar u otro acompañante.</p>

17.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	<p>Determinar necesidad de proceso de debriefing.</p> <p>SI. <u>¿La persona que realizó la intervención PAP requiere apoyo del equipo de psicólogos entrenado en el proceso de debriefing?</u> Pasar a punto seis.</p> <p>NO. <u>¿La persona que realizó la intervención PAP requiere apoyo del equipo de psicólogos entrenado en el proceso de debriefing?</u> FIN.</p>
18.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	N.A.	Contactar al psicólogo entrenado en el proceso de debriefing.
19.	Personal del área de la salud, personal administrativo o colaborador de la institución capacitado.	Formato de registro de casos atendidos en PAP.	La persona que atendió la crisis o algún compañero diligencia el formato de registro de casos atendidos en PAP.
20.	Psicólogo.	Pendiente.	El psicólogo responsable del procedimiento de PAP diligencia estadísticas semestrales de casos atendidos en PAP y los suministra al jefe de brigadas.
21.	N.A.	N.A.	FIN.

Anexo C. Encuesta de satisfacción taller HUCI.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Por favor marque con una X la respuesta deseada así:

FACTOR DE EVALUACIÓN	CALIFICACIÓN				
	1	2	3	4	5
Las temáticas abordadas en este tipo de actividades para los familiares y cuidadores son pertinentes.					
La metodología desarrollada fue apropiada.					
El tiempo de duración de la actividad realizada fue adecuado.					
El aprendizaje fue significativo.					
Comentarios y/o sugerencias:					

CLÍNICA FOSCAL
ESPERANZA DE VIDA

RESILIENCIA FAMILIAR EN LA ENFERMEDAD
PSICOLOGÍA HOSPITALARIA

1

2. **¿Qué es la Resiliencia?**
La resiliencia aparece actualmente como una palabra común en la vida cotidiana.
✓ Sobreponerse a las dificultades y tener éxito a pesar de estar expuestos a situaciones de alto riesgo.
✓ Recuperarse de un trauma ajustándose de forma exitosa a los acontecimientos negativos de la vida.
La capacidad de los seres humanos sometidos a los efectos de una adversidad, de superarla e incluso salir reforzados de ella.

3. Cuando una familia se enfrenta al cuidado de un familiar enfermo, pasa por diferentes fases como:
● Inconfiabilidad y confusión.
● Desencanto.
● Oposición y aislamiento.
● Rabia, ira.
● Adaptación.

4. El entorno social en el que se desenvuelve el paciente juega un papel significativo en el desarrollo de factores de protección resilientes.
Factores protectores
Estrés
Iniciativa

5. La resiliencia puede formar parte del sistema de familia de la siguiente manera:
✓ Sentido de compromiso con la unidad familiar.
✓ Comunicación enfocada en las interacciones positivas.
✓ Respeto a la individualidad de cada miembro de la familia.
✓ Adaptabilidad a la variabilidad de roles y demandas.
✓ Buscando oportunidades para descubrir habilidades.
✓ Viendo las dificultades como desafíos.
✓ Celebrando los éxitos.
No perdiendo la esperanza.

6. **NUNCA SABES LO FUERTE QUE ERES,
HASTA QUE SER FUERTE ES LA ÚNICA OPCIÓN**

Actividad - Proyectos para el 2020

Yo, _____
Este 2020 voy a...

Empezar a

Aprender a

Hacer

Ver

Comer

Intentar

Aceptar

Dejar de

Crear

Dar

Mejorar en

¡Y sobretodo, disfrutar de las cosas bonitas de la vida!

Yo, _____
Este 2020 voy a...

Empezar a

Aprender a

Hacer

Ver

Comer

Intentar

Aceptar

Dejar de

Crear

Dar

Mejorar en

¡Y sobretodo, disfrutar de las cosas bonitas de la vida!

Anexo E. Tamizaje en salud mental para pacientes TB, TB FR, TB/VIH.



Convenio de Cooperación 547 de 2015
Suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la



Tamizaje en Salud Mental para pacientes TB, TB FR, TB/VIH

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental¹.

Departamento: _____	Municipio: _____	
Lugar: _____	IPS: _____	EPS: _____
Doc de ID, paciente: _____	Edad: _____	Tipo TB: S, FR, TB/VIH
Fase del Tratamiento actual: _____	Fecha: _____	
Dimensión: Convivencia y Salud Mental/Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles		
Objetivo: Realizar Tamizaje en Salud Mental a los pacientes con TB, TB FR, TB/VIH en riesgo y/o en pérdida del seguimiento del tratamiento anti TB en: Villavicencio, Bucaramanga, Cúcuta, Barranquilla Quibdó y Pereira.		
Responsable(s): Profesional Psicosocial ET ERD 2; Convenio 547, MSPS/OIM, Entidad Territorial, IPS/E.S.E.		

A continuación encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1 ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2 ¿Tiene mal apetito?		
3 ¿Duerme mal?		
4 ¿Se asusta con facilidad?		
5 ¿Sufre de temblor de manos?		
6 ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		
7 ¿Sufre de mala digestión?		
8 ¿No puede pensar con claridad?		
9 ¿Se siente triste?		
10 ¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11 ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		
12 ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13 ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		
14 ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15 ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16 ¿Siente que usted es una persona inútil?		
17 ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18 ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19 ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		
20 ¿Se cansa con facilidad?		
21 ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
22 ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
23 ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
24 ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25 ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		
26 ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		
27 ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		
28 ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29 ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		
30 ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		