

LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN UN HOSPITAL DE CUARTO NIVEL DE COMPLEJIDAD

MARÍA TERESA GÓMEZ ROJAS*
FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL - INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA

FECHA RECIBIDO: 13/08/2007

FECHA ACEPTADO: 23/08/2007

RESUMEN

La psicología de la salud ha logrado un desarrollo no solo en la atención básica de salud sino también en los ámbitos más especializados, como el cuarto nivel de complejidad; lo que evidencia la relevancia de los aspectos psicológicos en el manejo de las enfermedades catastróficas, a través de la intervención con la persona enferma, la familia, el equipo de salud y la institución hospitalaria como tal. La humanización en la atención de la salud, proceso resultante de la reivindicación de lo psicológico en la salud, implica un nuevo manejo de las reglas, roles, rutinas y comunicación médico-paciente en el hospital para aumentar la adherencia a los tratamientos, el logro de estilos de vida saludables y mayor percepción de calidad de vida. Este es un campo aún en desarrollo y requiere de investigaciones longitudinales para evaluar la efectividad de técnicas de intervención en todos los espacios involucrados, para así fortalecer la construcción de nuevos modelos teóricos y prácticos en el proceso de la salud-enfermedad.

Palabras Claves. Psicología de la salud, cuarto nivel de complejidad, creencias, actitudes.

* Psicóloga de la Universidad de los Andes, Especialización en Salud Mental Comunitaria, Maestría en Psicología Comunitaria. Psicóloga Clínica Fundación Cardio Infantil - Instituto de Cardiología. Contacto mgomez@cardioinfantil.org

INTRODUCCIÓN

La psicología de la salud se ha abierto espacios de intervención, análisis e investigación en el modelo de atención en salud actual, logrando grandes avances desde el quehacer profesional y en la construcción de propuestas teóricas para explicar las conductas dirigidas al mantenimiento de la salud, con participación de otras áreas de la psicología.

Es así como en el primer nivel de atención, la psicología de la salud hace énfasis en la promoción y el mantenimiento de la salud, con estrategias de manejo educativo a la población buscando la transformación de los estilos de vida, disminuyendo los factores de posible riesgo para la salud y mejorando la calidad de vida, para lo cual retoma las teorías de la psicología comunitaria y con el trabajo en conjunto con otros profesionales de la salud y ciencias sociales (Carpi-Ballester, 2007).

Pero no se ha quedado allí, el desarrollo ha alcanzado a la prevención de la enfermedad, manejando las situaciones de riesgo psicosocial que aumenten la probabilidad de la enfermedad, es el evitar que la enfermedad produzca discapacidad y pueda disminuirse el impacto sobre la calidad de vida y funcionalidad de las personas. Esta intervención correspondería a la prevención secundaria y la rehabilitación, los niveles 2 y 3 de atención en salud, y tal vez uno de los mayores desarrollos es la intervención en un hospital de alta complejidad o cuarto nivel.

Este último aspecto es la razón de esta breve reflexión sobre el quehacer del psicólogo de la salud y las dimensiones de la intervención en el proceso salud enfermedad en un hospital de alta complejidad o cuarto nivel. Para lograr una visión breve sobre el área y su desarrollo se iniciará con un recuento concreto sobre el nacimiento de la psicología de la salud, el cual explica aspectos fundamentales en la intervención en un cuarto nivel de complejidad en salud. Posteriormente se pasará a realizar un análisis de algunas definiciones del área de la psicología de la salud y antes de plantear el quehacer del psicólogo en un hospital de cuarta complejidad

es indispensable aclarar lo que se entiende por cuarto nivel de atención hospitalaria de acuerdo a las políticas del Ministerio de la Protección Social del país, las implicaciones operativas para las personas con una enfermedad y el equipo de salud. Este planteamiento es para debate, con la esperanza que pueda ayudar a construir ideas y propuestas para el trabajo en esta área.

NACIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Desde los inicios de la humanidad se ha planteado la relación entre la mente y el cuerpo, los filósofos de la antigua Grecia debatían, discutían y realizaban planteamientos sobre esa posible relación. Hipócrates, padre de la medicina hablaba de los cuatro humores en donde se relacionaban los aspectos físicos y las características de personalidad. En Oriente se ha planteado una integridad y una relación estrecha entre esos dos sistemas (Barra, 2003).

Sin embargo, la concepción dualista mente cuerpo, fortalecida con Rene Descartes, se empezó a formalizar dado el desarrollo de la Medicina científica en el Renacimiento (Barra, 2003). Posteriormente con los grandes descubrimientos de las causas biológicas responsables de las enfermedades, el desarrollo de los tratamientos y de las vacunas, se lograron controlar muchas enfermedades y sirvió como evidencia para el abordaje separado de la mente y el cuerpo. La enfermedad se explicaba solo como fenómenos mecánicos o fisiopatológicos siendo los aspectos psicológicos, sociales y las creencias descartados, porque no correspondían con la visión mecanicista de la enfermedad y es así como muchas enfermedades quedaban sin explicación.

Posterior a la Segunda Guerra Mundial, la psicología tiene un desarrollo importante mostrando ser eficiente en el manejo de casos no solo individual o subjetivo sino también social, organizacional y comunitario. Fue en la época en que la psicología social tuvo su auge y en el mismo periodo se desarrolla la medicina psicosomática, con un énfasis psicoanalítico. Estas dos visiones del comportamiento humano, lograron hacer aportes al estudio

de la relación entre salud, comportamiento y personalidad. Se evidencia cómo el estrés y los conflictos psicológicos, pueden llevar a respuestas fisiológicas y emocionales que pueden contribuir a desencadenar procesos de enfermedad (Barra, 2003; Leaderach-Hofman, 1997).

La evolución de la investigación en psicofisiología evidencia la relación entre los factores emocionale-cognitivos y los procesos fisiológicos facilitando el desarrollo de la medicina conductual, con una mirada interdisciplinaria, ya que implicaba la integración de las ciencias biomédica y las de la conducta, relevantes, para explicar y manejar el fenómeno salud- enfermedad en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Teniendo como base la Medicina Conductual, en su proceso de desarrollo, se observa el efecto de las creencias, actitudes, las emociones y la conducta en la salud, esa multitud de variables intervinientes en el fenómeno de salud-enfermedad facilita la participación de varias áreas del saber siendo ellas la psicología clínica, social y comunitaria, las cuales proporcionan nuevos planteamientos tanto en la psicología como en la medicina y nuevas áreas de análisis. Implica el reconocimiento de factores multifactoriales en el fenómeno de la enfermedad, un producto de la interacción entre predisposiciones individuales, influencias ambientales, vulnerabilidad orgánica, estilos de vida y aun procesos emocionales, lo cual implica que el manejo de la enfermedad debe ser integral.

El modelo biomédico, en el cual el principal causante de una enfermedad es un agente patógeno, un virus, una bacteria que facilita un desequilibrio del cuerpo; aunado a condiciones ambientales las cuales favorecen la interacción que afecta al organismo, permitió el control de enfermedades a través de vacunas, pero se produce un aumento de otras enfermedades asociadas al componente comportamental y a las creencias que afectan el estilo de vida, como las enfermedades coronarias, la falla cardiaca, el sida, la cirrosis hepática por alcoholismo, aumentado así, la proporción de personas con enfermedades crónicas y los problemas asociados a nivel emocional de la persona afectada y su familia.

Además, la prolongación de la vida con los tratamientos médicos y procedimientos invasivos hace más vulnerable a la persona en su calidad de vida y funcionalidad, a su familia y al grupo social cercano, hasta el nivel macrosocial, por las implicaciones de los costos del manejo de una enfermedad crónica.

El avance científico de la psicología en el fenómeno de la salud-enfermedad y el enfrentamiento con la realidad, producto del avance de la medicina, de la modificación de estilos de vida y la prolongación de la vida, hacen indispensable el surgimiento de la psicología de la salud, con propuestas en pro del individuo, la familia y la comunidad para tratar de disminuir el avance de enfermedad y sus complicaciones.

DEFINICIONES DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Matarazzo (1982) define la psicología de la salud como el “conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnóstico de la salud, enfermedad y las disfunciones relacionadas y al análisis y mejora del sistema sanitario y formación de política sanitaria” (p. 4).

Un aporte a la definición ya dada por Matarazzo es la de Carrobbles que enfatiza en la importancia de la conducta en la determinación de las enfermedades, además aclara el interés por las enfermedades físicas; Carrobbles (1993) plantea: “la psicología de la salud es el campo de la especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos y orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y conocimientos de la actual psicología científica sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales deter-

minantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de la salud existentes en la actualidad“ (p. 17).

Tanto Matarazzo como Carrobbles coinciden en el aporte de la psicología en la explicación de la enfermedad y en la búsqueda de la salud, plantean el nivel de intervención en promoción, prevención y rehabilitación, se interesan por la participación de las conductas en los procesos de salud-enfermedad. Simón (1993), incluye en la definición, el aporte de otras áreas de la psicología para el manejo del proceso salud- enfermedad. Simón (1993), la plantea como “Confluencias de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico (psicología clínica, psicología básica, psicología social, psicobiología) tanto a la promoción y mantenimiento de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad” (p. 19) y Marks (1995) la explica más desde su quehacer, no involucra ni los procesos ni áreas implicadas solo dice: “ La psicología de la salud trabaja sobre los problemas de la salud y cuidado de la salud para la promoción, mantenimiento y restauración de la misma” (p. 33; tomado de Task Force on Health Psychology de la EFPPA, 1994). Otro autor (Taylor, 1995) se refiere a ella solo como un área que puede explicar fenómenos del proceso salud-enfermedad, sin incluir más aspectos.

La división 38 de la American Psychological Association (APA) plantea como objetivos de la psicología de la salud:

- Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos psicológicos y sociales.
- Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos, en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
- Comprender la naturaleza de la respuesta del estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.

- Entender cómo los métodos y técnicas conductuales y cognitivos pueden ayudar a la persona a afrontar y controlar el estrés y la enfermedad.

Tal vez una de las definiciones más completas es la de Godoy (1999) quien define a la psicología de la salud como “un conjunto de contribuciones científicas y profesionales (investigación, evaluación, intervención, formación y gestión) de la psicología relativas a la promoción y acrecentamiento de la salud y a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como análisis y mejora del sistema sanitario y de las políticas de salud, y consistentes en la investigación de la importancia de los aspectos comportamentales en la preservación de la salud (y generación, mantenimiento o eliminación de la enfermedad) y la elaboración y aplicación de programas destinados al control o modificación de los mismos” (p. 54).

Esta última definición planteada es de la cual se parte para definir el quehacer del psicólogo en el hospital de cuarto nivel de complejidad en la atención de salud.

CUARTO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

La complejidad se define a partir de las patologías tratadas y por lo tanto del nivel de especialidad médica y de recursos para hacer diagnóstico, intervención y tratamiento. El primer nivel atiende la promoción y el mantenimiento de la salud buscando unos mejores estilos de vida, atiende la consulta preventiva para evitar enfermedades, los controles médicos requeridos para mantener la salud y enfermedades agudas de baja complejidad. En el segundo nivel se realizan procesos para controlar la enfermedad o disminuir su impacto, en enfermedades de mediana complejidad, se pueden realizar hospitalizaciones, terapias breves y atención de urgencias (Ministerio de la Protección Social, 2002).

En el tercer nivel se prestan servicios de salud especializados y programas en acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad,

realiza la intervención en enfermedades más complejas y las urgencias con las especialidades básicas y terapias de apoyo para rehabilitación funcional.

El cuarto nivel de complejidad es donde se atienden las enfermedades definidas como catastrófica, como el cáncer, el VIH-SIDA, las enfermedades cardiovasculares, trasplantes de órganos, insuficiencias renales crónicas, entre otras. Eso implica que para su atención se requiere del apoyo de unidades de cuidados intensivos, según la edad y patologías y de una infraestructura en imaginología, laboratorio clínico, procedimientos especiales que apoye la labor de diagnóstico y el tratamiento invasivo o no, además de los médicos especialistas que contribuyen en la resolución del proceso de enfermedad severa de la persona quien consulta.

Este nivel de especialización sobre la enfermedad, así como tiene grandes ventajas también tiene inconvenientes. Las ventajas son evidentes pues permiten una mirada exhaustiva al virus, bacteria o proceso metabólico, hemodinámico a nivel sistémico o multisistémico que permite hacer un diagnóstico certero y por lo tanto realizar tratamientos complejos, específicos y muy especializados con mayor probabilidad de éxito, además permite la realización de investigaciones y la docencia; pero los inconvenientes también tienen que ver con la salud y específicamente con la salud mental.

En la súper especialización, el objeto de estudio es una enfermedad o una bacteria o virus o un proceso dinámico o estructural alterado en el cuerpo de una persona, pero en ocasiones quien alberga la enfermedad, con sus creencias, conductas y valores se diluye. Las creencias construidas a partir de la experiencia propia o de otros, con respecto a las enfermedades, los tratamientos, la hospitalización y el equipo de salud, puede aumentar el riesgo de complicaciones médicas o puede ser un factor de apoyo en el manejo; al igual que el criterio de una persona significativa para la persona enferma puede ser positiva o negativa; las creencias, la percepción de control, la intención y las actitudes determinan las conductas en autocuidado de la salud y de adherencia al tratamiento. El miedo, una emoción

natural, apoyada en creencias irracionales puede impedir la realización adecuada de tratamientos. También puede verse afectado el proceso por las características de personalidad de la persona enferma, que se confrontan con las rutinas de una hospitalización en una entidad de cuarto nivel de complejidad (Martín-Rodríguez, 2007).

Las características de esta hospitalización tiene cuatro elementos esenciales; las rutinas, los roles, las reglas y el estilo de comunicación. El ambiente físico, los colores de las paredes y las sábanas ya tiende a ser modificado, pero sin embargo la tendencia en ciertos hospitales aún persiste. Con respecto a las rutinas como el encierro en una habitación, un horario igual todos los días de dar alimentos, la toma de signos, la entrega de turnos, evoluciones, el momento del baño o la curación, las revistas medicas, aplicación de medicamentos o ingesta de ellos a horas determinadas; las reglas con respecto a las visitas, los menús diarios, los procesos administrativos como el manejo de autorizaciones a servicios, entre otras; con respecto a los roles, el poder del médico, de la enfermera y en general con todo el equipo de salud, evidenciado en su comportamiento y actitud , y el comportamiento que debe asumir la persona con una enfermedad “paciente” y tal vez uno de los aspectos fundamentales, la forma de comunicación, un lenguaje técnico, el cual no es comprendido por la persona enferma, términos no conocidos, información a veces no clara o ambivalente y la información de malas noticias en contextos no apropiados, son características aún presentes en los hospitales y mantenidas por el modelo médico de atención en salud.

Estas cuatro características generales de una hospitalización de cuarto nivel, facilita la pérdida de la autonomía e imposibilita la toma de decisiones y puede producir una sensación de indefensión e incertidumbre que inhabilita a la persona a actuar. A medida que se requieren procedimientos específicos o ingresos a unidades de cuidado intensivos, cualesquiera de las cuatro características planteadas previamente, se vuelven más estrictas.

Los exámenes especializados como endoscopias, rectoscopias, urodinamias, urotac, angiografías, biopsias, gases arteriales, panangiografías,

spet, resonancia magnética, tomografía axial computarizada, entre otros, y procedimientos quirúrgicos como cirugía de corazón abierto, bypass coronario, trasplante de órganos, se pueden percibir como agresiones o amenazas a pesar de ser indispensables para el conseguir un estado de salud adecuado; procedimientos que en ocasiones deben realizarse en forma rápida sin mucha opción para una preparación.

Es una sensación de indefensión, de amenaza constante, de incertidumbre, hace el ambiente hospitalario un terreno hostil y desconocido. Es así como se producen cambios en el estado de ánimo, dirigido más a la depresión y a la ansiedad. La disonancia entre la exigencia del equipo de salud sobre el estado de ánimo y la propia, versus la sensación física de impotencia definitivamente aumenta la percepción de vulnerabilidad y de pérdida del propio control, perpetuando la indefensión y la persona con una enfermedad debe ser “paciente”, con actitud de “obediencia” y “positiva” para que todo funcione bien, desconociendo la importancia y la normalidad de la expresión de emociones.

Tal dimensión de especialidad implica la construcción de unas redes de profesionales quienes se comunican en momentos específicos para realizar los procedimientos, aspecto muy positivo para el paciente y los médicos especialistas, pero que puede generar relaciones disfuncionales por la gran tensión vivida ante una urgencia vital de la persona enferma, la necesidad de dar respuestas oportunas y la dificultad de crear consensos. Estas dificultades en las relaciones también se sustentan en las características individuales de cada médico facilitando el desarrollo de mayores niveles de estrés y vulnerabilidad.

Este grupo de profesionales también están sometidos a las exigencias del sistema de salud, a los costos, al servicio administrativo, a la familia del paciente, a las expectativas del paciente, a las expectativas de los otros especialistas y no se puede negar, que igualmente detrás de la bata blanca con un fonendoscopio, está una persona con los mismos posibles conflictos emocionales que el mismo paciente, pero que se

niega creando una serie de conductas estereotipadas para protegerse de las emociones.

En este medio tan complejo de términos, exámenes, interacciones, tensión, dolor, miedo, está el psicólogo de la salud, quien a pesar de estar enfrentado a tratar de comprender temas médicos complejos como las implicaciones para la persona con una enfermedad del uso de tacrolimos o pregnisolona, o al implante de un cardiodesfibrilador, entre muchos otros aspectos, tiene unas áreas de intervención específicas, no solo desde lo individual sino también desde lo comunitario trabajando la prevención y la rehabilitación y en ocasiones también la promoción de la salud, tanto con la persona con enfermedad, la familia, como con el equipo de salud.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL CUARTO NIVEL DE COMPLEJIDAD

Godoy (1999) define cinco áreas de intervención de la psicología de la salud, en primera instancia la promoción y el mantenimiento de la salud, a través de un trabajo en educación, manejo de las actitudes, las motivaciones y el componente afectivo buscando crear estilos de vida saludables, habilidades básicas y conductas en busca de mejorar la salud ambiental; la segunda, la prevención de la enfermedad a través del manejo de las actitudes, las motivaciones y el componente afectivo, para modificar conductas y hábitos de riesgo que podrían propiciar enfermedades, la detección temprana de los problemas y riesgos y disminuir las secuelas de la enfermedad; el tercer aspecto es la evaluación, tratamiento de rehabilitación desde el punto de vista psicológico y funcional de enfermedades catastróficas específicas; la cuarta corresponde a la búsqueda del análisis y transformación del sistema de salud y a la preparación de los pacientes en procesos específicos y por ende a la humanización en la atención de salud que incluye la comunicación médico-paciente. Y la última, muy importante, la docencia a otros profesionales sobre la importancia de los componentes comportamentales en el manejo del proceso salud-enfermedad.

A partir de los planteamientos de varios autores (Godoy, 1999; Oblitas, 2004; Carrobles, 1993; Labrador, 2003) y del quehacer en un hospital de cuarto nivel, se presentarán algunas propuestas de intervención a fin de que sean analizadas y discutidas.

Existen, desde la prevención de la enfermedad y rehabilitación, cuatro espacios de atención en un hospital de cuarto nivel dirigidos a: la persona con una enfermedad severa, la familia, al equipo de salud y a la institución a través de la determinación de políticas para las personas con enfermedades y para el equipo de salud. Los procesos en cada espacio son: intervención en crisis, evaluación, intervención breve, seguimiento y remisión (ver Tabla 1). Estas intervenciones en su mayoría se dan en la fase de hospitalización, en patologías especiales, se continúa por consulta externa como es el caso de las personas con enfermedad coronaria, cáncer, trasplante de órganos, solo cuando realmente se requiere.

Tabla 1. Los procesos y espacios de intervención de la psicología de la salud en cuarto nivel de complejidad.

	Procesos	Espacios		
Hospitalización	Intervención en crisis	Persona enferma	Equipo de Salud	Institución: Políticas Humanización
	Evaluación			
	Intervención breve			
Consulta Externa	Seguimiento	Familia	Solo si requiere	Atención en alto nivel complejidad
	Remisión			

En el manejo de los espacios a intervenir y los procesos a realizar debe analizarse características de la enfermedad como si es aguda o crónica, terminal o degenerativa, si produce discapacidades físicas o mentales que afecten el desempeño personal, laboral y social, si tiene estigma social y si afectan la percepción de autonomía y autoeficacia, estas dos últimas muy dependientes de las creencias tanto personales como sociales. Es innegable el impacto de una enfermedad severa en una persona y su familia y aún

más, si ella implica deterioro o discapacidad física, mental o social. Cada patología tiene características específicas (Labrador, 2003) que deben analizarse en forma individual, sin embargo, aquí solo se realizara una aproximación integral que es el fundamento en el análisis de todas las enfermedades.

Profundizando en la primera instancia, la persona enferma y el proceso de evaluación, es claro que el motivo de consulta en la mayoría de las veces no es dado por el paciente sino por el médico tratante, siendo por lo tanto “el paciente no es adherente al tratamiento...” “el paciente no acepta los procedimientos médicos”, “el paciente se encuentra triste y muy irritable con todo el equipo de salud”. En ocasiones, y en forma afortunada los médicos especialistas, conscientes de las implicaciones de un diagnóstico o un procedimiento o tratamiento y de la importancia de lograr adherencia, solicitan el apoyo en forma inmediata aun antes del inicio de un problema, justamente como una forma de prevenir las complicaciones en la enfermedad y buscar el retorno a la salud.

En la evaluación, al definir el problema, debe aclararse cuál es el problema para el médico tratante y cuál para la persona con una enfermedad; en esta definición, existen variables de orden cognitivo y comportamental desde la perspectiva de cada persona involucrada, por lo cual debe analizarse cuidadosamente para ser específico y claro. Una vez definido, a través de la comunicación con el especialista y por la entrevista con el paciente, se puede continuar la exploración de las dimensiones del motivo de la consulta o interconsulta.

Implica por lo tanto un primer abordaje de una historia clínica elaborada por el médico especialista y de una entrevista con el mismo para conocer y profundizar en el problema. A partir de esa información se pasa a la entrevista conductual con el paciente buscando los factores de riesgo psicológicos para el inicio y el mantenimiento de la enfermedad, así como los protectores, sobre los cuales se pueda apoyar en la búsqueda de un estado de salud adecuado.

Los factores de riesgo pueden ser conductas deficientes o excesivas, estilos de afrontamiento, sistema de creencias o la existencia de psicopatología previa, experiencias traumáticas anteriores o alteraciones en las redes primarias que pueden afectar la enfermedad actual y puedan aumentar la complejidad de la misma (Labrador, 2003).

Desde el inicio se parte con todo el conocimiento, técnicas e instrumentos de la psicología clínica y social para realizar el abordaje al problema, es así como en la fase de validación de las hipótesis sobre el problema, además de la habilidad clínica, se recurre a cuestionarios, baterías, hojas de chequeo, registros conductuales o de pensamientos que permitan corroborar y objetivar la situación (Reynoso, 2005). No solo incluye al paciente y su familia, sino también se da un proceso constante de comunicación con el médico tratante (Oblitas, 2004).

En la fase de intervención breve, se retoman las técnicas de la psicología clínica, realizando reestructuración cognitiva, relajación autógena, desensibilización sistemática, inoculación del estrés, biofeedback, terapia de activación, técnicas de exposición, modelamiento, manejo de contingencias, entrenamiento asertivo (Reynoso, 2005), locus de control y autorregulación (Visdomine-Lozano, 2005). Siempre con el objetivo de realizar intervenciones de máximo cuatro a cinco sesiones, abordando lo prioritario para el manejo inmediato del paciente y así permitir la secuencia del tratamiento, una evolución satisfactoria, la adherencia y la implementación de estilos de vida saludables. Es posible detectar más problemas no directamente asociados con el proceso de enfermedad-salud o psicopatología, siendo estos no prioritarios de tratar en el momento, análisis que se logra en la formulación clínica, pues se busca intervenir en la problemática que mantiene la dificultad central. Una vez el paciente está estable de su condición de salud y es dado de alta, la intervención se continúa por consulta externa a nivel individual o grupal o en programas especiales dependiendo de la patología y de la persona.

La evaluación del impacto de la intervención se medirá teniendo en cuenta los objetivos planteados en la intervención breve, los cuales pueden ser

aceptación de la enfermedad, adherencia al tratamiento, disminución de complicaciones médicas, aceptación de inicio de procedimientos médicos indispensables, aceptación de la enfermedad. Es muy importante realizar una adecuada remisión a un especialista en psicología clínica para continuar el abordaje del manejo del problema, pero siempre en el contexto del mantener conductas y actitudes sanas para una adecuada calidad de vida. El seguimiento del médico especialista y del psicólogo de la salud son esenciales para asegurar el mantenimiento de los logros, no sólo desde la mirada de una enfermedad aguda sino en el caso de una crónica (Oblitas, 2003).

Las terapias grupales y los grupos de apoyo en enfermedades crónicas recobran gran importancia porque a través de ellas, se normalizan los síntomas de las personas, se buscan alternativas para la solución de problemas, se estimulan las conductas proactivas y asertivas, una comunicación familiar y el empoderamiento de la condición de salud, se reestructuran creencias irracionales y es la real evidencia de la posibilidad de la construcción de redes sociales.

La preparación a cirugía tanto en población adulta como infantil (Simón, 1993) o procedimientos especiales como la colocación de cardiodesfibriladores (Carroll, 2005), los cuales se realizan con información sobre el proceso de parte del médico tratante, de una relación empática con su especialista con apoyo de técnicas de relajación autógena y desensibilización sistemática, procesos que buscan disminuir la ansiedad ante la cirugía y aumentar la probabilidad de una adherencia. Adicional y tal vez más especializado que las cirugías y la implantación de equipos en el cuerpo, está el trasplante de órganos.

En una unidad de trasplantes de órganos el psicólogo de la salud evalúa las características de personalidad (Brandwin, 2002), las estrategias de afrontamiento, la historia de adherencia a los procesos de autocuidado (Stilley, 2006), el nivel de razonamiento lógico y comprensión, el estilo de vida y los riesgos por eventos anteriores o actuales críticos a nivel emocional o psicopatológico (Zipfel, 2002) buscando la mayor probabilidad de tolerancia al manejo de

las condiciones posteriores al trasplante, adherencia a los medicamentos, al autocuidado, a los controles médicos y capacidad de afrontar y solucionar eventos que puedan ocurrir asociados al trasplante (Gangeri, Tamburini, Borreani, Brunelli, Miccinesi, Murru, Boeri, & Mazzaferri, 2002). También se evalúa la existencia y la capacidad de apoyo de la red familiar y social para aumentar la probabilidad de éxito. No solo corresponde la tarea a las acciones en la evaluación, pues una vez detectados los problemas conductuales, cognitivos, actitudinales o relacionales, definidos como riesgos relativos, los cuales pueden afectar la evolución satisfactoria del trasplante, se realiza la intervención correspondiente con la persona enferma o con la familia, durante el periodo de espera del órgano y posterior al trasplante. El periodo de espera del órgano implica gran tensión emocional para el receptor como para la familia, por lo tanto es importante continuar el proceso de acompañamiento psicoterapéutico y fortalecer procesos de autocontrol a través de la relajación e imaginación dirigida. El seguimiento se realiza en forma paralela al seguimiento médico, como estrategia para verificar el mantenimiento de los estilos de vida saludables y una buena calidad de vida. Una vez logrados los objetivos terapéuticos directamente asociados a su condición del trasplante, se remite solo si existe alguna psicopatología específica.

La instancia de la familia ha estado inmersa en el proceso de evaluación e intervención de la persona con la enfermedad, pero como aspectos centrales en la evaluación son: el sistema de creencias, actitudes y de atribuciones existente en el grupo hacia la persona enferma, la enfermedad, la hospitalización, el equipo médico y las conductas saludables; implica el análisis de los estilos de afrontamiento familiar, de los roles, de la comunicación y la flexibilidad o rigidez en la misma, y detectar otros aspectos que sean de riesgo psicológico para el mantenimiento de la enfermedad o factores protectores. El grupo familiar o social son fundamentales en el proceso de recuperar la funcionalidad, la autonomía, la autoeficacia y la autoestima a pesar de la enfermedad o para mantenerse sano.

Existen intervenciones en crisis que deben ser abordadas no solo hacia el paciente sino también hacia la familia, intervenciones que siguen el prin-

cipio de los primeros auxilios psicológicos para direccionar a un proceso de manejo de psicoterapia breve, son los casos de las malas noticias de una enfermedad no esperada, la cercanía de un desenlace fatal, o el desenlace fatal no esperado. Los sitios en donde se aumenta la probabilidad es en Urgencias, unidades de cuidados intensivos, Quirúrgico, de Neonatos, Pediátrica o Coronaria, eso no niega la probabilidad de que ocurra en los pisos de hospitalización. En un hospital de cuarto nivel se realiza el entrenamiento al equipo de salud incluyendo al médico tratante, la enfermera jefe, la auxiliar de enfermería y personal de apoyo espiritual para que sean ellos directamente quienes aborden la crisis en el primer momento y deriven a especialista si se requiere.

La tercera instancia de intervención es el equipo de salud, quienes están sometidos a presiones de la familia, del paciente, en búsqueda de una respuesta a la enfermedad y en ocasiones al mismo equipo de salud por diferencias en el abordaje de una patología. Además de estas presiones externas, están las internas con sus patrones comportamentales, creencias y experiencias de vida que pueden facilitar u obstaculizar el proceso de manejo de un paciente.

El volumen de trabajo, la cercanía a la muerte y en ocasiones, las pocas probabilidades de lograr el éxito esperado por la familia –la salud, la vida– son elementos que empiezan a vulnerar las estrategias de afrontamiento del médico. Por lo tanto es fundamental realizar intervenciones individuales con los médicos especialistas y talleres o sesiones grupales. Además se deben buscar estrategias motivacionales en aquellas zonas donde el nivel del estrés es mayor, y ambientales, como zonas de descanso pintadas en colores especiales que faciliten la disminución de la tensión.

Un hospital de cuarto nivel podrá realizar una adecuada atención a los usuarios, las personas con enfermedad, con el apoyo del equipo tratante, buscando las estrategias que permitan la humanización de la atención y esto exige también unas políticas de la institución en donde ciertos procesos sean normativos, un ejemplo serían los procesos de información y de

comunicación paciente-equipo de salud, y políticas en el equipo de salud, buscando la motivación y la calidad de vida de cada trabajador, para que a su vez puedan asumir el reto de la atención.

Dos instancias adicionales que son fundamentales en la psicología de la salud es la realización de investigación y la actividad docente, las cuales permiten el desarrollo constante a nivel profesional y teórico.

CONCLUSIONES

- Es innegable la importancia de los aspectos emocionales, sociales y espirituales en la comprensión y manejo en la promoción y mantenimiento de la salud y en la prevención primaria, secundaria y terciaria de la enfermedad; solo si se logra una mirada integral del ser humano, no solo de la persona quien padece una enfermedad y su familia, sino también del equipo de salud que la atiende, se podrá realizar un abordaje holístico, más eficiente y perdurable.
- El psicólogo de la salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad tiene un terreno muy amplio de trabajo con la persona con enfermedad, la familia, los equipos de salud y la misma institución en la búsqueda de un restablecimiento de la calidad de vida y de la salud integral en un paciente con una enfermedad aguda o crónica.
- Es fundamental la participación del psicólogo de la salud en los procesos de humanización de la calidad de la atención, a nivel de un hospital de alta complejidad, básicamente porque puede tener una visión mas integral del ser humano.
- Definitivamente las cogniciones, las conductas, el sistema de creencias y las actitudes son determinantes en la construcción del mantenimiento de la salud y el control de la enfermedad.
- El aporte de otras áreas de la psicología como la psicología clínica, la social y la comunitaria, son fundamentales para lograr el abordaje integral del fenómeno salud-enfermedad.

- Esta área de la psicología de la salud trabaja con los equipos interdisciplinarios en la construcción de propuestas de intervención a la población con enfermedades y en la búsqueda de lograr crear el equilibrio y la calidad de vida.
- Los profesionales de la psicología de la salud trabajan en forma integrada con los psiquiatras particularmente, con médicos especialistas, enfermería, paramédicos en general, implica que es un área en donde la interdisciplinarietà debe ser el sello de garantía de la atención en salud.

REFERENCIAS

- Barra Almagia, E. (2003). *Psicología de la salud*. Chile: Mediterráneo.
- Brandwin, M., Trask, P., Schwartz, S., Clifford, M. (2000). Personality predictors of mortality in cardiac transplant candidates and recipients. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 141-147.
- Carpí-Ballester, A., Zurriaga Llorens, R., Gonzalez-Navarro, P., Marzo Campos, C. y Buunk, A. (2007). Incidencia de los hábitos de conducta en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 1, 59-70.
- Carrobes, J. A. (1993) "Prologo" en Simón, M. A. (ed.) *Psicología de la salud, aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Carroll, D. & Hamilton, G. (2005). Quality of life in implanted cardioverter defibrillator recipients: The impact of a device shock. *Heart Lung®*; 34: 169-78.
- Gangeri, L., Tamburini, M., Borreani, C., Brunelli, C., Miccinesi, G., Murru, L., Boeri, P. y Mazzaferri, V. (2002). Candidates for liver transplantation for cancer: physical, psychological, and social conditions. *Transplantation*, 73, 10, May 27, 1627-1635.
- Godoy, J. (1999). *Psicología de la salud: delimitación conceptual*. En Simón, M. A. *Manual de Psicología de la Salud*, Madrid.

- Labrador, F., Álvarez, M., Fernández, J., Fernández, C. y Vásquez, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Leaderach-Hofman, K. (1997). Las enfermedades psicosomáticas. En Luban-Ploza, B., Poldinger, W., Kroeger, F. y Laederach-Hoffman, K. *El enfermo psicosomático en la práctica*. Barcelona: Herder.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral Health's challenge to academis, scientific, and the professional psychology. In *American Psychologist*, 37, 1-4.
- Martín-Rodríguez, A. y Pérez-San Gregorio, M. (2007). Influencia de la Unidad de Cuidados Intensivos en los familiares de pacientes con mala calidad de vida. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 1, 71-82.
- Ministerio de la Protección Social, (2002). En www.minproteccionsocial.gov.co
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: International Thomson.
- Reynoso, L. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual. Manual Moderno*. México.
- Stilley, C. S., Lawrence, K., Bender, A., Olshansky, E., Webber, S. A., Dew, M. A. (2006). Maturity and adherence in adolescent and young adult heart recipients. *Pediatr Transplantation*, 10, 323-330.
- Simón, M. A. (1993). Presentación en Simón, M. A. (ed.) *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Simón, M. A. (1993). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Taylor, S. E. (1995). *Health Psychology*, (3.^a Ed.). New York: Random House.
- Visdomine-Lozano, J. C. y Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 3, 729-751.

Zipfel, S., Schneider, A., Diplpsych, B., Jana Jünger, D., Haass, M., Sack, F., Bergmann, G. & Herzog, W. (2002). Effect of depressive symptoms on survival after heart transplantation. *Psychosomatic Medicine*, 64, 740-747.