

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DISERTACIÓN DE GRADO PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

**“INTERVENCIÓN EN CRISIS EN LA FASE PRE Y POST
OPERATORIA EN PACIENTES QUE RECIBEN ATENCIÓN
QUIRÚRGICA, ENTRE 18 Y 40 AÑOS, EN EL ÁREA DE CIRUGÍA
GENERAL DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO”**

CLAUDIA ANDREA BAGES VILLADIEGO

LIGIA ELENA VIZUETE MORA

DIRECTOR: DOCTOR LUCIO BALAREZO

QUITO, 2010

DEDICATORIA

Queremos dedicar este trabajo a todos los pacientes y, en general, a todas las personas que son intervenidas quirúrgicamente en los diferentes hospitales y que precisan de ayuda y en muchas ocasiones no la obtienen.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro querido Doctor Lucio Balarezo, que en todo momento colaboró con este trabajo, aportando con su sabiduría, su paciencia y cariño.

Al Doctor Raúl Villacís por todo el apoyo brindado durante el trabajo práctico en el Hospital Eugenio Espejo.

A nuestros padres Myriam, Jaime, Edison y Ligia, gracias por su apoyo y paciencia, por una vida de dedicación y por su amor incondicional para poder hacer esto realidad.

A nuestros hermanos, Pipe y Edison, que, sin importar la distancia, siempre estuvieron ahí.

A todos los pacientes y enfermeras del hospital Eugenio Espejo que estuvieron siempre dispuestos a colaborarnos en el momento de realizar las intervenciones; gracias por su tiempo y su paciencia.

Muchas Gracias a todos porque han contribuido a la realización de este trabajo, que no hubiese sido posible sin el apoyo de todos ustedes.

¡Gracias!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
--------------------------	----------

CAPITULO I

ASPECTOS TEÓRICOS

1	CRISIS.....	2
1.1	¿Qué es la Crisis?	2
1.2	TIPOS DE CRISIS	4
1.2.1	Crisis Evolutivas o de Desarrollo	5
1.2.2	Crisis Existenciales.....	8
2	TRAUMA	9
2.1	¿Qué es el trauma?	9
2.2	Tipos de Trauma.....	11
2.2.1	Trauma Natural o Anticipado en Ciertas Ocasiones	11
2.2.2	Desastre Naturales Imprevisibles	11
2.2.3	Trauma Accidental	12
2.2.4	Violencia Deliberada o Inducida por el Ser Humano.....	12
2.3	Trauma psicológico en el Área de Salud.....	12
3	INTERVENCIÓN EN CRISIS	13
3.1	Antecedentes Históricos	13
3.2	¿Qué es Intervención en Crisis?	15
3.3	Intervención en Crisis en el Área de Cirugía	16
3.4	Aportes Teóricos	17
4	AUTORES RELEVANTES EN LA INTERVENCIÓN EN CRISIS.....	18
4.1	Leopold Bellak	18
4.2	Gilbert Brenson	22
4.2.1	Modelo de Intervención en Crisis de Brenson	24
4.2.1.1	Proceso de Duelo.....	24
4.2.1.2	Crisis Secundaria/Depresión Reactiva	28
4.2.1.3	Crecimiento y Evolución Psicosocial.....	30
4.2.1.4	Herramientas de Ayuda	31
4.3	Gerard Caplan.....	37
4.3.1	Modelo de Intervención y Aportaciones significantes de Gerard Caplan.....	38
4.4	Karl Slaikeu	40
4.4.1	Modelo de Intervención en Crisis de Slaikeu.....	40
4.4.1.1	Intervención de Primera Instancia o Primeros Auxilios Psicológicos	40
4.4.1.2	Intervención de Segunda Instancia o Terapia para la Crisis	49

4.4.1.3	Funcionamiento CASIC previo a la Crisis	53
4.4.1.4	Funcionamiento CASIC durante la Crisis	54
4.4.1.5	Tratamiento	57
4.4.1.6	Adaptaciones Conductuales/Interpersonales	60
4.4.1.7	Grupos de Terapia para Crisis	60
4.4.1.8	Evaluación	60
5	Modelo de Intervención en Crisis en el Ámbito Hospitalario	61
5.1	Política Administrativa.....	61
5.2	Entrenamiento del Personal.....	62
5.3	Espacio Físico.....	62
5.4	Coordinación con otros Sistemas de Servicios de Suministro	62
5.5	Evaluación	63
5.6	Definición de Cirugía	63
5.7	Historia de la Cirugía	64
5.8	Alcances y Limitaciones de la Cirugía General	68
5.9	El Paciente Quirúrgico y la Intervención Psicológica.....	68
5.10	La Cirugía y los Efectos Psicológicos en el Paciente.....	69
5.11	Relación del Paciente con el Médico	70
5.12	La Comunicación	72

CAPITULO II

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

1	ANTECEDENTES	73
1.1	La Institución y su Entorno	73
1.1.1	Historia Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.....	73
1.1.2	Características de la Población a quien se Dirige Atención.....	74
1.1.3	Área de Cirugía General.....	75
1.1.4	Intervención Psicológica en el Hospital Eugenio Espejo.....	76
2	PROPUESTA.....	76
2.1	Propuesta de Intervención en Crisis con los Pacientes a ser Sometidos a Cirugía	76
2.2	Modelo Teórico Propuesto	78
3	METODOLOGÍA	79
3.1	Selección de la Muestra.....	79
3.2	Descripción de la Muestra.....	79
3.3	Metodología de la Intervención en Crisis.....	81
3.4	Tipo de Estudio	83
3.5	Tabulación de Datos.....	84

4	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	105
4.1	CONCLUSIONES.....	105
4.2	RECOMENDACIONES	108
	BIBLIOGRAFÍA	110
	ANEXOS	111
	ANEXO 1	112
	ANEXO 2	129
	ANEXO 3	135
	ANEXO 4	137
	ANEXO 5	138

RESUMEN

La intervención en crisis, es una rama de la Psicología relativamente nueva que busca ayudar a los pacientes que atraviesan por distintas circunstancias que afectan su desarrollo normal. Estas crisis se pueden dar por diferentes aspectos entre los que encontramos: desastres naturales, crisis evolutivas, crisis del desarrollo, entre otras.

El objetivo de este estudio es realizar un recorrido teórico acerca de las investigaciones sobre intervención en crisis que han realizado distintos autores, las contribuciones que estos han hecho y un estudio práctico que busca demostrar que al realizar a un paciente una intervención psicológica, tanto antes de ingresar a cirugía como después de la misma, los niveles de ansiedad y de depresión disminuyen notablemente.

Para llevar a cabo este trabajo se entrevistó un total de 60 pacientes, de los cuales quince formaron parte del grupo control, es decir no se realizó un trabajo de Intervención en Crisis con ellos, sino más bien solo se completó una ficha de historia vital y se aplicó el Test de Zung.

Los cuarenta y cinco pacientes restantes formaron parte del grupo de investigación, es decir que con ellos se realizó el trabajo de Intervención en Crisis, adicional a la utilización del mismo procedimiento empleado con los pacientes control.

INTRODUCCIÓN

Los estudios que se han realizado sobre intervención en crisis tanto en el Ecuador como en el resto del mundo son bastante limitados, sin embargo es un trabajo de gran importancia en el cuidado integral de los pacientes que se someterán a cirugía, y es por ello que escogimos este tema, que busca en primera instancia, hacer un recorrido a lo largo de la historia de la intervención en crisis, sus distintos autores y finalmente realizar un trabajo práctico que sustente la teoría planteada en esta disertación.

Aproximadamente entre los años ochenta y noventa se dio inicio a la investigación y producción de trabajos sobre intervención en crisis, a partir de acontecimientos catastróficos como: desastres naturales y aquellos que eran causados por el hombre, como las guerras, los motines, entre otros. Fue entonces cuando el tema tomó gran importancia tanto en lo teórico como en lo práctico.

Entre los autores que han realizado trabajos sobre este tema podemos mencionar a Leopold Bellak, Karl Slaikeu, Gilbert Brenson y Gerard Caplan, cuyas teorías utilizaremos como base para realizar el trabajo que se presentará a continuación.

Existen varios artículos publicados que han contribuido a nuevas formas de concebir la Intervención en Crisis y la conclusión a la que se ha llegado es que se debe trabajar con el paciente tanto antes como después de la intervención, de tal forma que no solo se resuelvan las crisis sino que también sea posible prevenirlas.

Esta disertación por lo tanto pretende recoger la teoría de la Intervención en Crisis y formular un procedimiento, el mismo que se aplique en el manejo de la crisis que se presenta en los pacientes del área de Cirugía General del Hospital Eugenio Espejo, que están a espera de ser intervenidos quirúrgicamente, y que no reciben ningún tipo de soporte psicológico.

CAPITULO I

ASPECTOS TEÓRICOS

1 CRISIS

1.1 ¿Qué es la Crisis?

La crisis se define, de manera general, como un hecho traumático o desbordante que provoca una pérdida de equilibrio en la persona que la experimenta. Existen distintas clases de crisis:

- Crisis circunstanciales
- Crisis evolutivas
- Crisis existenciales

Es importante señalar que todas las personas en algún momento de la vida atraviesan por cualquiera de las crisis mencionadas, sin embargo, no todas las personas requieren ayuda de un profesional para superarla. Al hablar de crisis, es importante tener en cuenta los hechos precipitantes que causaron esta situación afectando al individuo de sobremanera. Existen varios autores que desarrollan el término “crisis” entre ellos podemos citar a los siguientes:

Slaikeu propone que “Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”.¹

Bellak por su parte plantea que la crisis es un hecho o un conjunto de hechos que se agravan, produciendo distintas reacciones en la persona. Sugiere también que el paciente que puede tener dos reacciones frente a la situación de crisis, por un lado los puede observar como una forma de fortalecimiento, debido a que la confrontación de los mismos le brinda nuevas herramientas para sobrellevar las situaciones difíciles y caso contrario si no los ve de una forma positiva estos pueden llegar a derrumbar al paciente. Bellak propone que: “Una crisis puede traumatizar imponiendo condiciones que estén más allá de las capacidades individuales de adaptación”.²

La cultura oriental habla de crisis haciendo referencia al término “weiji” el cual proviene de dos ideogramas: peligro y oportunidad. El peligro se presenta cuando el paciente experimenta reacciones disfuncionales al momento de enfrentarse al evento traumático y oportunidad cuando, por el contrario, el paciente integra el suceso a su vida y lo utiliza como un medio para el crecimiento personal.³ Por lo que la crisis que un individuo atraviesa en algún momento de su vida, no debe ser necesariamente concebida como algo negativo ya que; a pesar de ser doloroso; puede contribuir a la creación de elementos que permitan al individuo crecer y fortalecer sus mecanismos de afrontamiento.

¹ Karl, Slaikeu. Intervención en Crisis. México: Manual para Práctica e Investigación. Editorial Manual Moderno. 1999. Pág. 16.

² Leopold, Bellak. Psicoterapia breve y de emergencia. México: Editorial Pax México. 1980. Pág. 76.

³ Cfr. Gilbert, Brenson. Recuperación psicosocial. “Una guía para facilitadores de apoyo en crisis y desastres”. En Internet. [www.medicosecuador.com] Acceso (02-08-10). Pág. 6.

1.2 TIPOS DE CRISIS

Existen distintas categorías de crisis que se pueden presentar a lo largo de la vida y que se clasifican en tres tipos, según lo planteado por Slaikeu en su manual de intervención en crisis.

Crisis Circunstanciales

Las crisis circunstanciales se caracterizan por aparecer en cualquier momento de la vida. Estas situaciones se pueden dar por eventos sobre los cuales el individuo no tiene control alguno, como enterarse de una enfermedad terminal o crónica en un familiar o del mismo individuo. Debido a que el sufrimiento de un familiar se convierte en una carga de dolor y angustia y del mismo modo ocurre con la muerte de algún familiar cercano.

Este tipo de crisis no tiene relación con la edad del individuo ni hace parte de su desarrollo, sin embargo, hay que tener en cuenta que existen personas las cuales van a necesitar ayuda psicológica para enfrentarla, mientras que otras van a poder afrontarlo de forma más sencilla.

Slaikeu menciona cinco características fundamentales para identificar las crisis circunstanciales, entre ellas se encuentran; “aparición repentina, imprevisión, calidad de urgencia, impacto potencial sobre comunidades enteras, peligro y oportunidad”.⁴

Señala también que “... la enfermedad física, y las lesiones corporales son acontecimientos que desafían la capacidad del individuo y de sus familias para adaptarse”.⁵

⁴ Karl, Slaikeu. Op. Cit. Pág. 67

⁵ Ibidem. Pág. 76

Por lo tanto es en esta clasificación que se ubicarán a las intervenciones quirúrgicas, las mismas que constituyen acontecimientos inesperados que toman al individuo por sorpresa y amenazan su vida o sus planes futuros.

1.2.1 Crisis Evolutivas o de Desarrollo

La personalidad se desarrolla a lo largo de la vida y es en función de los cambios que se experimenta, que esta se consolida. Erickson plantea que existen ocho etapas que conforman el desarrollo psicosocial, las mismas que están caracterizadas por una crisis, misma que si es resuelta adecuadamente dará paso a la siguiente etapa y por ende significará el crecimiento de una persona o en su defecto, su estancamiento.⁶

Las etapas que Erickson menciona son: “Infancia, aprendizaje para caminar, infancia temprana, infancia media, adolescencia, adultez temprana, adultez media, madurez, vejez”.⁷

Es importante mencionar que existen una gran cantidad de hipótesis para diferenciar cuándo una transición puede convertirse en una crisis. Algunas de ellas son:

- “La crisis puede desencadenarse cuando las actividades a desempeñar en cierta etapa se convierten en dificultosas o perturbadoras, por lo que el individuo puede experimentar frustración por su incapacidad de afrontar los nuevos retos debido a su falta de conocimiento o inhabilidad”.⁸

⁶ Cfr. *Ibidem*. Pág. 45.

⁷ *Ibidem*. Pág. 46.

⁸ *Ibidem*. Pág. 48.

- “La sobrecarga de exigencias” es otra hipótesis a tener en cuenta, ya que el individuo puede tomarlo como una acumulación de requerimientos y de acontecimientos que no puede sobrellevar.
- La falta de aceptación o preparación para los sucesos es un elemento muy importante que se debe tomar en cuenta, como ejemplo se puede tomar la situación que atraviesa una mujer que está a punto de entrar en la menopausia y que no lo acepta como un fenómeno importante e ineludible en la vida y solo lo piensa como algo temporal y no más bien como algo definitivo. Esta situación puede provocar una crisis cuando los cambios se presenten radicales e irreversibles. Por último, cuando el individuo siente que ciertas transiciones de la vida, no le van a ocurrir a él ya que se compara con sus semejantes de edad o de grupo social y no se identifica positivamente con ellos.

Erickson indica que cada etapa cuenta con tareas y posibles sucesos de crisis, las cuales varían dependiendo de la edad del individuo y las plantea de la siguiente manera:⁹

La niñez que comprende desde los 0 años hasta los 12 años, se divide en 4 etapas: infancia, aprendizaje para caminar, infancia temprana, infancia media. Cada una de estas etapas incluye tareas o preocupaciones como son: alimentarse, caminar, aprendizaje de valores, dormir, relaciones con los otros, desarrollo de autocontrol, manejo de la frustración. La incapacidad para la realización de estas tareas puede provocar una crisis cuando, por ejemplo, se descubre una enfermedad que le impida al niño caminar, comer o dormir.

La adolescencia, que comprende las edades entre los 12 y los 18 años, es una etapa en la cual no solo se debe cumplir con ciertas tareas, sino que existen cambios físicos, los

⁹ Cfr. *Ibidem*. Pág. 52-54.

mismos que el adolescente debe aceptar como normales y propios, para así adaptarse adecuadamente a ellos. Las tareas propuestas para esta etapa son: la adaptación a cambios emocionales y corporales, logro gradual de independencia con respecto a los padres, reevaluar sus valores y filosofía de vida, experimentar relaciones sociales íntimas, cuestionar alternativas vocacionales, entre otras. Durante esta etapa se pueden dar sucesos que desencadenan distintas crisis como son: la menstruación, la graduación de la secundaria, ingreso a la Universidad y su éxito o fracaso, por lo cual el adolescente puede requerir ayuda tanto de su familia como de profesionales.

La adultez, que comprende desde los 18 hasta los 65 años, está formada por tres sub etapas: adultez temprana, adultez media y madurez:

La adultez temprana empieza a partir de los 18 años hasta los 34 años, edad donde el individuo varía sus preocupaciones y empieza una nueva serie de tareas. Durante estos años, las personas se encuentran preocupadas por distintos aspectos como son: “Intimidad contra el aislamiento, desarrollo de las habilidades parentales, decidir sobre el servicio militar, desarrollo total del estilo de vida personal en el entorno social”.¹⁰

La adultez media inicia a partir de los 35 hasta los 50 años; en esta etapa se presentan las preocupaciones en relación con los cambios de los hijos, la productividad socio-económica, la reexaminación de las elecciones tempranas de la vida, adaptación a los cambios fisiológicos. Los posibles sucesos de crisis son: conciencia de las nuevas limitaciones del cuerpo, la partida de un hijo, aceptación de la falta de productividad, muerte, enfermedades, problemas matrimoniales.

La etapa de la madurez inicia a los 50 años y se extiende hasta los 65 años, donde las preocupaciones son aspectos relacionados con: la jubilación, la aceptación de que la familia cercana volvió a ser de dos, lo cual puede provocar el síndrome del nido vacío.

¹⁰ Cfr. *Ibíd.* Pág. 53.

Finalmente la vejez, etapa comprendida entre los 65 años hasta la muerte, en la cual la preocupación es la búsqueda de nuevos pasatiempos, de nueva compañía, reevaluación de la vida, las personas durante esta etapa experimentan sentimiento de realización y la aceptación de un nuevo estilo de vida. Se pueden presentar también preocupaciones en relación con la soledad y algunas enfermedades que se presentan o las preexistentes que con el pasar de los años se han agudizado, situación que provoca una crisis, tanto en la persona que se enfrenta a la crisis como en sus hijos o personas cercanas.

Las crisis evolutivas o del desarrollo, hacen parte de la vida de cada individuo, sin embargo es importante que se las observe y se les de la importancia debida, buscando ayuda cuando se lo requiera, porque una resolución adecuada de las crisis que se presentan en cada etapa son la base para vivir la siguiente etapa sin complicaciones.

1.2.2 Crisis Existenciales

Las crisis existenciales, hacen también parte de la vida de cada persona, sin embargo, a diferencia de las crisis del desarrollo, en estas surgen interrogantes como: ¿por qué vivo?, ¿qué puedo hacer por mi vida? Las mismas que deben ser respondidas por el propio individuo haciendo para esto un estudio de si mismo, ya que posteriormente esto se considera una decisión personal que afecta el futuro y los distintos proyectos que la persona tenga.

Las crisis existenciales no tienen relación con las crisis evolutivas o del desarrollo por lo que se presentan en distintos momentos y sin que exista necesariamente algún cambio fisiológico como el crecimiento o el envejecimiento. Una vez estas crisis existenciales han pasado, se permite un buen desarrollo de la persona y una mejor perspectiva de vida.

2 TRAUMA

2.1 ¿Qué es el trauma?

Bellak define el trauma como “una crisis de extraordinario impacto emocional y de personalidad en la cual un estímulo externo o una tensión interna aumentan hasta un grado incontrolable”.¹¹

Leopold Bellak, describe en su libro “Psicoterapia breve y de emergencia” el estudio realizado por Kardiner en el que señala: “El trauma surge a consecuencia de la pérdida repentina de las capacidades de adaptación al enfrentarse con fuerzas abrumadoras o con amenazas tales como la pérdida de un miembro...”¹² Las razones por las que se produce un trauma son entre otras: la pérdida de un miembro del cuerpo, catástrofes naturales, enfermedades, que producen en el ser humano incapacidad para manejar la situación debido al conflicto que se produce en el ego según explica el estudio antes mencionado y como resultado de cualquiera de estos acontecimientos se puede producir estrés postraumático.

Por otra parte Echeburúa, realiza un estudio sobre el trauma y lo define como “...Fuente de un profundo malestar emocional...”¹³ ya sea este por un suceso actual como por un suceso anterior, el mismo que provoca un gran desequilibrio tanto en la persona que lo experimenta como en las que lo rodean; estos se puede presentar a corto o a largo plazo por lo que se le puede clasificar de la siguiente manera:

¹¹ Leopold, Bellak. Op. Cit. Pág. 78.

¹² Ibíd. Pág. 78.

¹³ Echeburúa. Superar un trauma: El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Ediciones Pirámide. 2004. Pág. 13.

- Trauma primario.
- Trauma secundario.

El trauma primario hace referencia al suceso que produjo la crisis por ejemplo: la noticia de la enfermedad, la pérdida de un miembro de la familia, un desastre natural entre otros. El trauma secundario tiene relación con los hechos posteriores que provocan aún más malestar y angustia en la persona por ejemplo: noticia de que la cirugía no tuvo éxito, el maltrato institucional al denunciar una violación entre otros.

Echeburúa señala que cuando se presenta el trauma secundario, se rompen tres principios básicos de las personas:

1. El mundo es bueno
2. El mundo tiene significado
3. El yo tiene un valor

Existen algunas consecuencias de sufrir un suceso traumático que los mismos son descritos por Echeburúa de la siguiente manera:

1. Sobrecogimiento: se produce un cansancio general, reacciones pobres, lentitud, entre otras características.
2. Vivencias afectivas: la persona siente un gran dolor y ha pasado el estado de shock en el que se encontraba. Durante esta etapa se producen sentimientos de rabia, indignación, miedo, culpa.
3. Reavivamiento del suceso traumático: la persona empieza a volver a vivir lo sucedido ya sea por un estímulo o de forma espontánea.

Plantea también que las consecuencias de un evento traumático son de dos tipos:

1. Lesiones psíquicas: hace referencia a secuelas emocionales, que impiden al paciente realizar tareas personales, sociales o laborales.
2. Las secuelas emocionales, se refieren a los síntomas mencionados anteriormente pero que a pesar del tiempo no disminuyen incluso cuando se accede a un tratamiento adecuado.

2.2 Tipos de Trauma

2.2.1 Trauma Natural o Anticipado en Ciertas Ocasiones

Los traumas naturales hacen referencia a tsunamis, temblores, terremotos, huracanes, erupción de volcanes, entre otros eventos naturales que se producen de manera inesperada.

Estos sucesos afectan de manera directa a las personas que lo viven o que pierden a un ser querido en él, pero también afectan a las personas que tienen conocimiento sobre esta noticia y les produce un gran impacto al presenciar el sufrimiento ajeno. Estos sucesos resultan difíciles de sobrellevar.

2.2.2 Desastre Naturales Imprevisibles

Los desastres naturales imprevisibles, hacen referencia a las catástrofes naturales mencionados anteriormente y que tienen como característica principal el ser repentinos. En este tipo de desastres se pierde gran cantidad de vidas humanas y de bienes materiales.

2.2.3 Trauma Accidental

Los traumas accidentales, se relacionan con accidentes automovilísticos, aéreos, atropellamientos entre otros, en los que las lesiones que sufren las víctimas van desde leves hasta graves. Las consecuencias de este tipo de trauma, afectan también a los miembros de la familia, ya que son ellos los que están en contacto con el paciente y resulta muy angustiante ver sufrir a su ser querido.

2.2.4 Violencia Deliberada o Inducida por el Ser Humano

La violencia deliberada o inducida por el ser humano tiene relación con las guerras, violaciones, robos entre otras circunstancias. Estos sucesos pueden darse tanto de forma colectiva como individual y producen reacciones emocionales graves.

2.3 Trauma psicológico en el Área de Salud

Ingresar a una casa de salud constituye un suceso de gran conmoción para el paciente debido que debe enfrentarse a un sinnúmero de sucesos amenazantes y desconocidos.

Karl Slaikeu toma en cuenta el trauma psicológico que sufren los pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El ambiente restringido de esta unidad y el estado crítico de los pacientes, representan una fuente tensional altísima tanto para el paciente como para la familia.¹⁴

En lo que se refiere específicamente a la cirugía como el suceso precipitante de crisis, y como evento traumático para el paciente, Slaikeu señala que el no manejar adecuadamente

¹⁴ Cfr. Karl, Slaikeu. (1999). Op. Cit. Pág. 272.

la crisis desencadenará efectos posteriores a la cirugía es decir en el tiempo de recuperación, lo cual puede ir preparando un terreno fértil para las crisis vitales.¹⁵

A los pacientes post quirúrgicos, en los que no hubo éxito en la intervención, la noticia resulta ser otro evento traumático, ya que además de la carga tensional que implica la cirugía misma, deben enfrentarse con la noticia de que tal vez deberán someterse a otra intervención o que no se puede hacer nada más para aliviar su enfermedad.

3 INTERVENCIÓN EN CRISIS

3.1 Antecedentes Históricos

La intervención en crisis moderna, tiene su origen con los trabajos de Eric Lindermann y sus colaboradores, a partir del incendio del Coconut Grove; un centro nocturno ubicado en Boston, Estados Unidos, el 28 de noviembre de 1942.

Los centenares de heridos fueron atendidos en el Hospital General de Massachusetts y los profesionales que los recibieron jugaron un importante papel en el proceso de recuperación. Informes que se presentaron acerca de la sintomatología de los sobrevivientes fueron instrumentos valiosos, incluso para la creación del Centro de Ayuda en Relaciones Humanas de Wellesley.

Más tarde, Gerard Caplan define la intervención en crisis como “un estado provocado cuando una persona encara un obstáculo a las metas importantes de su vida, que por un tiempo, resulta inmanejable por medio de la aplicación de los métodos usuales para resolver problemas”.¹⁶ Propone también que la mayoría de crisis pueden ser identificables,

¹⁵ Cfr. *Ibidem*. Pág. 273.

¹⁶ Leopold, Bellak. *Op. Cit.* Pág. 21.

por lo que la prevención se hace indispensable, y por ende también la capacitación que deben recibir las personas que son potenciales interventores.

A inicios de los años sesenta, el movimiento de prevención del suicidio creció en los Estados Unidos apoyándose en la teoría de Caplan, la misma que le brinda a la teoría de intervención en crisis una utilidad preventiva, un ejemplo de esto es la creación de centros telefónicos de ayuda que funcionaban las 24 horas del día y los 365 días del año; los mismos que resultaron de gran utilidad para los pacientes; considerándolos como parte integral de cualquier servicio de salud mental en una comunidad extensa.

En los años sesenta y setenta, cuando se empezó a desarrollar la bibliografía de la intervención en crisis, se publicaron artículos de psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social, donde empezaron también a aparecer casos de pacientes y sus familias que requerían de intervención en crisis, se publican también propuestas claras para el manejo de las crisis. Entre ellos podemos citar: “Crisis Intervention y Jornal of Life Threatening Behavior”¹⁷ posteriormente se editaron libros con instrucciones expresas de cómo se debe practicar la Intervención en crisis.

Cuando la intervención en crisis apoya su trabajo en el tratamiento breve, ésta se valora aún más incluso en el ámbito económico, ya que al hablar de una psicoterapia breve se refiere también a los bajos costos que implicarían los cuidados médicos futuros.

Entre los autores que han realizado trabajos importantes en la intervención en crisis encontramos a Karl Slaikeu, Gerald Caplan, Gilbert Brenson, Leopold Bellak. Este último señala que después de una situación de crisis, cada persona pasa por una período de “desorganización” y “adaptación”. El primer término se relaciona con el sentimiento de no saber qué hacer y la búsqueda desesperada de una respuesta, la cual no siempre se encuentra sin embargo posterior a ello se da paso a un período de adaptación donde las

¹⁷ Karl, Slaikeu. Op. Cit. Pág. 8.

personas intentan llegar a un ajuste para poder continuar con sus vidas. En esta teoría, Bellak indica que a partir de un estudio se plantea que “una persona relativamente estable reacciona ante una crisis con una sensación de total congoja para luego adaptarse o mal adaptarse en el curso del proceso”.¹⁸

Además de los autores mencionados, anteriormente, también existen algunas influencias teóricas que han contribuido y que han servido con sus aportes para el desarrollo de este tema.

3.2 ¿Qué es Intervención en Crisis?

Slakieu, define a la intervención en crisis, como la ayuda que se presta a un individuo o a un grupo de persona, con el fin de facilitar la elaboración adecuada de un suceso traumático, De tal manera que los efectos debilitantes se minimicen y la posibilidad de crecimiento sea mayor.

Refiriéndose al trabajo de Intervención en Crisis, Rubin señala que esta se define como “... relaciones a corto plazo, orientadas al problema, persigue el objetivo de producir un cambio constructivo en la situación vital del cliente tan rápida y directamente como sea posible”.¹⁹

Karl Slaikeu divide al proceso de Intervención en Crisis en dos fases las mismas que se detallan a lo largo del trabajo:

- 1 Intervención en crisis de primera instancia o primeros auxilios psicológicos.
- 2 Intervención en crisis de segunda instancia o terapia para la crisis.

¹⁸ Leopold, Bellak. Op. Cit. Pág. 22.

¹⁹ Bárbara, Rubin. Intervención en crisis y respuesta al trauma. Editorial Desclee de Brower S.A. 2001. Pág. 23.

El trabajo de intervención en crisis puede ser proporcionado por profesionales o por la persona que tenga el primer contacto con el paciente que pasa por la crisis.

3.3 Intervención en Crisis en el Área de Cirugía

Slaikeu²⁰ señala que los pacientes hospitalizados que se encuentran a espera de ser intervenidos quirúrgicamente experimentan una gran carga de ansiedad tanto en la fase pre quirúrgica como post quirúrgica.

La intervención se define como un acontecimiento determinante y predecible debido a que el paciente está en pleno conocimiento del procedimiento, sin embargo no deja de ser tensionante por razón de que se enfrenta a la posibilidad de la muerte y a otros temores y preocupaciones, por lo que son de gran relevancia todos esfuerzos que se puedan realizar para facilitar el enfrentamiento a este suceso traumático.

Las enfermeras y otros profesionales de la salud juegan un importante papel en cuanto a la intervención en crisis que se realiza con los pacientes intervenidos quirúrgicamente, ya que son ellos los que se encuentran en un contacto constante con el paciente y están en capacidad de realizar un primer contacto psicológico o los primeros auxilios psicológicos.

Al momento en que el paciente ingresa al hospital son los profesionales de esta institución; médicos y enfermeras; los que lo reciben, lo ubican en el área de hospitalización y están en conocimiento pleno de su estado de salud, por los que son ellos los que satisfacen sus primeras necesidades, derivándolos también al área de psicología donde de ser necesario se realizará una terapia para la crisis.

²⁰ Cfr. Karl, Slaikeu. Op. Cit. Pág. 272.

La intervención en crisis que se realiza en primera instancia con los pacientes hospitalizados según el modelo de Slaikeu inicialmente consiste en escuchar al paciente, darle la oportunidad de expresar sus miedos y angustias, para posteriormente analizar los problemas inmediatos y los que se pueden resolver posteriormente, de este modo se puede realizar un plan de acción y un seguimiento.

3.4 Aportes Teóricos

Se identifican cuatro aportes teóricos importantes para la intervención en crisis, los cuales se describen a continuación.²¹

- La teoría de Charles Darwin de la evolución y la adaptación de las especies, es la base para el desarrollo de la ecología humana, la cual establece que “la comunidad humana es un mecanismo adaptativo esencial en la relación de la humanidad con su medio”.²²
- La segunda influencia es la teoría psicológica de la realización y el desarrollo del ser humano, tomada de Carl Rogers y Abraham Maslow, quienes analizan la tendencia de los seres humanos a buscar la autorrealización, necesidad de enriquecer sus experiencias y ampliar sus horizontes, es decir, sentirse cada vez mejor con respecto a sí mismos.
- Erick Erickson y el enfoque del ciclo vital del desarrollo, es la tercera influencia teórica la misma que plantea la existencia de ocho etapas durante la vida, en las cuales se presentan nuevos retos, transiciones y en algunos casos

²¹ Cfr. Karl, Slaikeu. Op. Cit. Pág. 9.

²² Ibíd. Pág. 9.

también crisis. Estas etapas se encuentran en un orden lineal y de la misma manera se deben ir resolviendo, de manera ordenada, ya que el fracaso en las primeras dará lugar a un desorden en las posteriores.

- La última influencia acerca de la teoría de la crisis se desarrolla con base en datos empíricos acerca de cómo los humanos manejan la presión o el estrés de la cotidianeidad. Los estudios que arrojaron dichos datos fueron los traumas que sufrieron las personas en campos de concentración, la muerte de un familiar, una cirugía de riesgo, la agonía de un hijo, entre otras.

4 AUTORES RELEVANTES EN LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

4.1 Leopold Bellak

Leopold Bellak nació en Viena en 1938, trabajó durante la Segunda Guerra Mundial como parte del grupo médico. Después de sus estudios, realizados en la Universidad de Viena, se trasladó a Boston a estudiar psicología y finalmente se entrenó en el hospital de St. Elizabeth como psicoanalista. Se caracterizó por la utilización de los test psicológicos T.A.T y C.A.T.

Realizó también psicoterapia breve, ayudando así a que el paciente hable sobre lo que le está sucediendo y procure las soluciones para resolver las problemáticas que ya identificó.

Propone el “Thematic Apperception Test (T.A.T) el cual resulta una herramienta valiosa para trabajar con pacientes a los que las preguntas directas y la confrontación no son de utilidad.

Dentro del trabajo de Leopold Bellak destacan ciertos términos que son importantes en el trabajo de Intervención en Crisis como: homeostasis, meta, trauma, comunicación, insight elaboración y colaboración

El término Homeostasis hace referencia a encontrar el equilibrio que se ha perdido cuando se produce una crisis. Así mismo se hace hincapié en el término trauma y no solo en la crisis, Bellak menciona, "...los traumas pueden conceptualizarse como una crisis de extraordinario impacto emocional y de personalidad en la cual un estímulo externo o una tensión interna aumentan hasta un grado incontrolable..."²³

La comunicación hace referencia al diálogo que debe existir entre el paciente y el terapeuta, donde por una parte el paciente habla sobre su vida, problemas, crisis, traumas entre otros temas que son importantes. Sin embargo menciona la existencia de distintas maneras de comunicación entre ellas el movimiento corporal, los gestos que el paciente presenta y que son de gran utilidad para realizar el trabajo de Intervención en crisis ya que este lenguaje no verbal complementa el discurso del paciente cuando el mismo no fluye. "El paciente puede morderse las uñas, arrugar la cara, menearse en la silla, agitarse un pie, jalarse una oreja".²⁴

No solo se debe tener en cuenta los movimientos o las palabras del paciente sino que también se debe tener en cuenta los gestos y palabras empleadas por el terapeuta, ya que el paciente realizará también sus propias interpretaciones; en algunos casos negativas; sobre lo que el terapeuta está diciendo y esto interferirá en la terapia del paciente.

El terapeuta tiene que tener tanta conciencia de su propia forma de expresarse como la que tiene del paciente. La elección de las palabras que emplea, el ritmo al decir las, sus modulaciones e inflexiones de voz lo que acentúe o a lo que de énfasis, su calor, su

²³ Leopold, Bellak. *Op. Cit.* Pág. 78.

²⁴ *Ibidem.* Pág. 56.

sarcasmo, hasta la censura del tono será tan claramente comprendido por el paciente como el contenido literal del mismo discurso.²⁵

Por otra parte encontramos el insight, el mismo que constituye un requisito tanto para el paciente como para el terapeuta.

El insight del terapeuta hace referencia a que éste debe estar preparado para entender las conductas del paciente y sus movimientos verbales, entre otros. “... el terapeuta está alerta para reconocer los denominadores comunes en su patrón de conducta, al igual que los pensamientos y las experiencias, en especial cuando se relacionan con el síntoma”²⁶

“... la interpretación consiste en destacar, los comunes denominadores de diferentes patrones de conducta y de sentimientos; pueden existir diferentes niveles de interpretación”.²⁷ Este tipo de interpretaciones no son absolutas y es necesario tener algunas para poder plantearlas al paciente, estas se pueden ir enlazando para llegar a una conclusión final.

Por lo tanto antes de presentar una interpretación definitiva de algunos patrones de conducta y de sentimientos, el terapeuta debe ofrecer un cierto número de interpretaciones parciales con el propósito de guiar al paciente hacia el insight principal y de esta manera preparar el campo para la comunicación y así probar cuan preparado está el paciente para aceptarlo.²⁸

En lo que se refiere al insight del paciente el autor lo define “... como la percepción del paciente del patrón o configuración que siguen sus experiencias, sus sentimientos, su conducta, y su pensar”.²⁹ Estas manifestaciones se pueden dar de forma distinta en cada sujeto las mismas que puedes ser: risas, comentarios, llanto entre otros. Esta clase de

²⁵ *Ibidem.* Pág. 57-58.

²⁶ *Ibidem.* *Op. Cit.* Pág. 56.

²⁷ *Ibidem.* Pág. 57.

²⁸ *Cfr. Ibidem.* Pág. 57.

²⁹ *Ibidem.* Pág. 58.

reacciones se dan cuando el terapeuta ha hecho algunas observaciones que pueden llevar al paciente a entender o aclarar algunos aspectos de su crisis.

Finalmente, encontramos el término elaboración, que es un punto importante de la psicoterapia tanto de emergencia como breve, este concepto se refiere a la comprensión del paciente acerca de algunos comportamientos o situaciones que pueden perjudicar su vida.

Bellak por su parte define la elaboración como “... un proceso en el que el paciente aplica un recién adquirido insight a una serie de situaciones para las cuales son válidos los mismos patrones. Por lo tanto aumenta su conciencia de la conducta manifiesta y de sus causas”³⁰ con esto podemos observar que al existir una mayor comprensión por parte del paciente la colaboración en el proceso será más activa. Sin embargo esta no es la solución definitiva, sino más bien constituye un importante progreso en el proceso de la terapia.

Para Bellak, la psicoterapia breve es importante por lo que formula que “... se limita a unas pocas sesiones de tratamiento en las cuales se utilizan técnicas específicas para la consecución de una meta terapéutica específica”.³¹ Este tipo de terapias busca concentrarse en un aspecto concreto que puede estar viviendo un paciente como una operación, una separación o la muerte. En las psicoterapias breves se plantea y procura resolver problemas más puntuales.

La meta es uno de los puntos fundamentales a los que hace referencia Leopold Bellak al momento de realizar la intervención y menciona que “La meta más importante en cualquier tipo de crisis es prevenir la regresión, animando las funciones más fuertes del ego, las más intactas”³² para lo cual es necesario analizar distintos aspectos del paciente para determinar la base sobre la que se trabaja. Uno de los factores que se pueden tener en

³⁰ Ibidem. Pág. 59.

³¹ Ibidem. Pág. 19.

³² Ibidem. Pág. 79.

cuenta es la frecuencia de las crisis y la causa por la que se producen entre otros indicadores.

Bellak propone cinco pasos que se deben tener en cuenta al momento de realizar psicoterapia breve, los cuales se describirán a continuación basados en el libro de “Psicoterapia breve y de emergencia”.

1. Primera sesión: historia de vital.
2. Segunda sesión: se analizará lo que el paciente piensa, siente y sueña.
3. Tercera sesión: se hablará acerca de lo que le sucede al paciente y sobre la angustia.
4. Cuarta sesión: se hablará sobre los sentimientos, ya que Bellak señala que en ésta sesión los pacientes pueden mostrar desmejoras.
5. Quinta sesión: se propone una operación “Mopping-up”, la cual hace referencia a los aspectos positivos de las sesiones anteriores, teniendo en cuenta también la transferencia positiva.

Por todo esto, es necesario concebir a la crisis no sólo como un suceso negativo y angustiante; aunque en un principio si lo sea; sino que también es una forma de aprendizaje en la que cada persona puede aprovechar y desarrollar nuevas herramientas.

4.2 Gilbert Brenson

Gilbert Brenson Lazan, nació el 1 de septiembre de 1942, en Bellefonte, Pennsylvania, Estados Unidos, país donde realizó sus estudios secundarios y universitarios obteniendo el

título de Psicólogo y un Doctorado en Psicología Social en Carleton College y University of Minnesota, 1969.

Como parte de su desarrollo profesional destacan sus estudios en Análisis Transaccional Clínico y Organizacional así como Análisis Transaccional Clínico y Educativo, Psicoterapia Sistémica Breve, Facilitación Grupal, Comunicación Transcultural, Manejo del Estrés e Intervención en Crisis y Desastres. Actualmente se desempeña como facilitador, educador, consultor y mentor.

Ha publicado aproximadamente 29 libros y es el fundador de Amauta Internacional organización que realiza sus actividades en Colombia y Estados Unidos, la misma que dedica sus esfuerzos a optimizar la efectividad de líderes y facilitadores así como también gerentes que trabajan en procesos de gestión y transformación cultural de organizaciones y otras comunidades.

En el año 2000 publicó, junto a María Mercedes Sarmiento Díaz el trabajo denominado “RECUPERACIÓN PSICOSOCIAL. UNA GUÍA PARA FACILITADORES DE APOYO EN CRISIS Y DESASTRES” novena edición, la misma que tiene como antecedente el desastre natural de Armero (Colombia) ocurrido en 1985, tragedia donde perdieron la vida veinte y dos mil personas aproximadamente, situación que pone en evidencia la necesidad de un manejo adecuado de las crisis psicosociales y la intervención en crisis. En este trabajo se plantea la situación de duelo y las reacciones de las víctimas de un trauma.

4.2.1 Modelo de Intervención en Crisis de Brenson

4.2.1.1 Proceso de Duelo

Gilbert Brenson define al duelo como “la elaboración cognoscitiva y emocional del impacto de un trauma sobre la persona y su familia”.³³ Es decir la manera como la persona que sufre el impacto, es capaz de elaborar este suceso en su vida, y lo deferentes de las reacciones que cada uno presenta que se las menciona de la siguiente manera:

Reacciones Inmediatas

La reacción inmediata frente al choque emocional que se presenta subsiguiente al suceso traumático, tiene como finalidad básica la de proteger a la persona dándole un tiempo necesario para prepararse y de este modo resistir el impacto que le causará el evento sucedido. Esta reacción es la negación y la incredulidad, las cuales son normales, mientras su duración no sea mayor a un par de horas, sin embargo, se puede esperar la reaparición de la incredulidad en el proceso posterior al duelo.

Reacciones Iniciales

Posteriormente a las reacciones inmediatas mencionadas anteriormente, surgen una serie de reacciones iniciales, las cuales son perfectamente normales y necesarias debido a que forman parte del duelo y la posterior recuperación de la persona.

³³ Gilbert, Brenson. Recuperación psicosocial. En Internet: [www.medicosecuador.com] Acceso (02-08-10). Pág. 7.

Se debe tener muy en cuenta que las reacciones iniciales, desde otro punto de vista o enmarcadas en otras situaciones, pueden ser patológicas; sin embargo, en el contexto de un suceso traumático no lo son y por lo tanto no requerirán de tratamiento farmacológico alguno, salvo en casos donde el paciente ponga en riesgo su integridad o la de otras personas. Más bien lo que se recomienda en estos casos es lo que Slaikeu denomina “escucha empática”.

Dentro de las reacciones iniciales principales propuestas por Gilbert Brenson se pueden mencionar, las siguientes:

- **Ansiedad traumática:** Se caracteriza por la presencia de un “imprinting”,³⁴ es decir, una huella mental en el paciente posterior al evento traumático; esta reacción puede durar incluso años. En los pacientes que presentan esta reacción se puede observar además trastornos en el sueño, cambios de humor, aislamiento, un reflejo de susto excesivo.
- **Somatización:** Se refiere básicamente a la presencia de dolores difusos como por ejemplo: dolores óseos, articulares, sensación de presión en pecho, falta de aire, cansancio, insomnio, problemas digestivos. Se los debe tratar de manera médica y farmacológica solo cuando los cuadros empeoran y la salud está en verdadero riesgo.
- **Desasosiego:** Se pueden presentar algunas manifestaciones las mismas que se experimentan de manera individual o en conjunto, entre las cuales podemos encontrar las siguientes:

³⁴ Ibídem. Pág. 7.

1. Apatía: deseo manifiesto del paciente de permanecer inactivo, desinterés total por las cosas y las personas que lo rodean.
2. Hiperquinesia: Actitud totalmente opuesta a la anterior, es decir, el paciente requiere estar en actividad continua, presenta agitación motora.
3. Alucinaciones: El paciente asegura ver o escuchar cosas generalmente relacionadas con el incidente.
4. Ideas suicidas: Se presentan como absolutamente normales y se debe actuar con cautela frente a ellas de tal modo que la vida del paciente no esté en peligro.

- **Emotividad:** Las reacciones emocionales son muy importantes y es necesario expresarlas de manera adecuada para así elaborar debidamente el duelo, ya que si no se expresan oportunamente, pueden conllevar a un serio problema posterior. Se clasifican de la siguiente manera:

1. Tristeza: se presenta con distinta intensidad, ya que al hablar del suceso, recibir condolencias, o recordar lo ocurrido, el paciente experimenta este profundo dolor de manera más intensa.
2. Rabia: Ira manifestada de manera muy fuerte, contra sí mismo, la familia, la gente que lo rodea, contra Dios. La misma que se presenta en episodios de ira acompañada de gritos, golpes, entre otros.
3. Miedo: Temor normal que experimentan los pacientes frente al futuro y la posibilidad de que el evento traumático se repita.

4. Culpa: Se presenta de manera muy común, y los pacientes experimentan culpa por haber sobrevivido mientras otras personas no lo hicieron, o remordimiento por no haber hecho lo necesario por alguien.

- **Desorganización personal:** Esta desorganización puede estar enfocada en distintos ámbitos: por un lado, el paciente puede ver desmoronados sus valores y normas más básicas por lo que experimenta un vacío profundo en su vida, incluso dejando de lado sus valores o creencias espirituales, existiendo también una desorganización en su cotidianeidad y rutinas básicas.

Alternativas

Por lo general después del suceso las personas poco a poco van retomando su equilibrio y las manifestaciones disminuyen, sin embargo, en otros casos elaboran una patología personal a partir de los síntomas, niegan o reprimen las emociones iniciales, por lo que se empiezan a ver nuevas reacciones. En estos dos últimos casos los pacientes están actuando de una manera disfuncional corriendo el riesgo de desarrollar una depresión reactiva, de la cual hablaremos más adelante.

Las reacciones disfuncionales comprenden las siguientes:³⁵

- Aislamiento o huida: evitación de la confrontación.
- Negación o pseudo-catarsis: negación a sentir o expresar las emociones que se experimentan después del trauma, o exagerar una de ellas para reprimir otra.

³⁵ Cfr. *Ibidem*. Pág. 10.

- Agresividad o pasividad: pasar por encima de los derechos de los demás o permitir que pasen por encima de los propios.
- Dependencia simbiótica: se presenta exageradamente dependiente, rebelde o competente con las demás personas.

Las reacciones funcionales comprenden las siguientes:³⁶

- Reflexión: Es decir, meditar acerca de lo sucedido y pensar de manera clara acerca del futuro y del presente.
- Catarsis: expresar sentimientos y desahogarse.
- Asertividad: expresar de manera clara lo que se requiere y necesita de los demás.
- Cooperación: relacionarse con los demás de una manera provechosa y cooperativa.

4.2.1.2 Crisis Secundaria/Depresión Reactiva

Se diferencia de las reacciones iniciales en que esta ya no es normal sino más bien responde a una reacción patológica producto de la no resolución de las reacciones iniciales.³⁷

Los factores que aumentan el riesgo de padecer una depresión reactiva según Brenson son:

³⁶ Cfr. *Ibidem.* Pág. 10.

³⁷ Cfr. *Ibidem.* Pág. 11.

- Inicio tardío en el proceso de duelo
- Relación ambivalente, con la persona que falleció o con lo perdido.
- Falta de preparación para la pérdida.
- Falta de creencias espirituales o trascendentales.
- La pérdida unida con la ansiedad traumática.
- Dependencia excesiva con lo perdido o con la persona perdida.
- Incapacidad para expresar sentimientos.
- Duelos anteriores no resueltos.

Manifestaciones que posiblemente se desencadenan de una crisis secundaria:³⁸

- Hiperactividad: la complicación es que esta hiperquinesia se convierta en un patrón obsesivo y al darse cuenta que no pueden huir de sí mismos con esta actitud suelen caer en un estado peor.
- Hipoactividad: se trata de una complicación del estado de apatía pero es más prolongado, y no tan intenso, sin embargo, pueden pasar muchos meses en que el paciente no intenta buscar un trabajo, por ejemplo.
- Sobre-identificación: adoptar rasgos, gestos, actitudes de la persona que falleció, lo cual refleja un tipo de depresión.
- Somatización crónica: puede convertirse en un patrón habitual y se debe aclarar que no es hipocondría ni es un invento del paciente, el dolor es real y requiere un tratamiento tanto médico como terapéutico.

³⁸ Cfr. *Ibidem*. Pág. 12.

- Alteración relacional: se ven afectadas las relaciones con la familia y las personas cercanas en primera instancia pero la alteración es en las relaciones interpersonales, en general.
- Farmacodependencias: el abuso en el consumo de alcohol o drogas, incluso con medicamentos prescritos por el médico para tratar cierto mal, el uso excesivo de estos puede causar una dependencia grave.
- Agresión o intentos suicidas: cuando estos sentimientos, en la etapa inicial, no fueron elaborados pueden resultar en consecuencias graves en el bienestar de sí mismo o de las personas que lo rodean.
- Criminalidad: esto puede ocurrir incluso en personas que no han tenido antecedentes de este tipo.
- Inafectividad: los pacientes pierden todo deseo de ser receptores o proveedores de cariño y gestos de afectividad, es decir, se vuelven distantes e indiferentes.
- Depresión psicótica: el caso más extremo, donde se produce una ruptura con la realidad y se opta por vivir dentro de una realidad propia (psicosis), las personas que experimentan esta patología, requieren de tratamiento inmediato para lograr su recuperación.

4.2.1.3 Crecimiento y Evolución Psicosocial

Es indispensable señalar que con la ayuda adecuada y oportuna se puede salir de la situación traumática que puede provocar tanto dolor y malestar. Las personas que sobreviven a una pérdida, una tragedia, una cirugía, son personas con más recursos para enfrentar las dificultades de la vida ya que han experimentado un crecimiento emocional.

Pero se debe tener claro que mientras más tiempo se deje pasar más graves son las consecuencias y más arduo será el proceso de recuperación.

4.2.1.4 Herramientas de Ayuda

El autor antes mencionado presenta una serie de guías las cuales se han adaptado de manera que cualquier persona pueda ayudar a individuos que se encuentran atravesando una crisis, de tal modo que esta asistencia les permita recobrar el equilibrio perdido. Estas técnicas se las clasifica de la siguiente manera:

Escucha Empática

Escuchar de manera empática es un término utilizado por Slaikeu y Brenson y este último lo define como: “colocarse en el pellejo del otro”³⁹ de manera que sea posible entender lo que el otro está sintiendo y como está viviendo el suceso, pero no se debe sentir lástima sino más bien esta escucha empática implica proveer al paciente de un acompañamiento.

Con este acompañamiento y escucha empática se trata, en primera instancia, de prestar atención a los gestos, a la manera de expresar sus sentimientos y emociones, de tal forma que los que escuchan de manera empática, se conviertan en una especie de espejo, el mismo que provee un reflejo de lo que el paciente está expresando y así la persona en crisis podrá saber que es escuchado y comprendido.

³⁹ Ibídem. Pág. 16.

La persona que presta la ayuda precisa cumplir con los siguientes requisitos, de tal modo que la escucha empática sea favorable y Brenson lo describe de la siguiente manera:⁴⁰

- No formar criterios previos.
- No olvidar que existen varios caminos para llegar al fin, es decir que las circunstancias tienen siempre varias perspectivas para mirarlas.
- Demostrar la predisposición para escuchar.
- No colocarse a la defensiva.
- Aún cuando las percepciones y sentimientos del paciente parezcan ilógicos, se los debe aceptar, sin necesidad de aprobarlos.
- No hacer interrupciones innecesarias.
- Reconocer la ansiedad propia.
- Expresar la confusión, la tensión, el cansancio o el exceso de información que no se puede manejar.
- Aceptar que no se van a encontrar las soluciones a todos los problemas.
- La persona que escucha debe contener las ganas de sancionar, sermonear, dar consejos, advertir, juzgar, dirigir, interpretar, prescribir, culpar, ridiculizar, ordenar.

Brenson señala que cuando la escucha se ha manejado de forma correcta los resultados son positivos y se los puede identificar de la siguiente manera:⁴¹

⁴⁰ Cfr. *Ibidem*. Pág. 16.

⁴¹ Cfr. *Ibidem*. Pág. 17.

- Es un recurso terapéutico ya que la persona se siente comprendida.
- La persona se siente libre y entiende que está bien expresar cualquier sentimiento o pensamiento ya que no será juzgado ni callado.
- Las personas se dan cuenta que no están locas, que lo que les ocurre es normal y les pasa a otras personas.
- Al darse cuenta que es normal lo que les ocurre, toman conciencia de sus habilidades para enfrentar los problemas y resolverlos.
- Las relaciones sociales se ven fortalecidas.
- Disminuye la agresividad y la defensividad.

Los obstáculos a los que se puede ver enfrentada la persona que escucha pueden hacer de la escucha empática una labor difícil de lograr por lo que al reconocerlos se los puede evitar.⁴²

- El interrumpir prematuramente, conlleva a una pérdida en la continuidad y del contexto.
- Al escuchar algo que dice la persona se puede experimentar cierta ansiedad.
- Evaluar y discriminar entre lo bueno y lo malo de lo que la persona está diciendo.
- Permitir que el ego cree un punto de vista absoluto, donde lo que la persona en crisis dice no tiene ninguna validez.
- La autoconciencia del facilitador no le permite pensar en la persona que habla sino solo en sí mismo.
- Perderse en lo que se escucha al crear fantasías propias.

⁴² Cfr. *Ibidem*. Pág. 17.

- Omitir ciertos detalles de tal modo que lo que se escucha pueda caber dentro de una idea preconcebida.
- Escuchar lo que se quiere escuchar.
- El escuchador no puede manejar la información que recibe.
- Distorsionar la información para que esté más de acuerdo con sus opiniones.

Las reacciones que las personas tienen frente a la escucha empática son:

- Comprensión: repetir lo que la persona dice pero en palabras propias ayudará a ampliar sus ideas, sentimientos, y percepciones de lo que ha dicho la persona.
- Sondeo: hacer preguntas que permitan ampliar y clarificar lo dicho son importantes para explorar las implicaciones de sus decisiones.
- Apoyo: cuando la persona necesita de la aprobación de quien lo escucha son muy útiles las frases como: “yo también algunas veces me siento igual que tu ahora”
- Evaluación: el dar una opinión es válido en la medida en que se presente como una opción, sin embargo, se la debe evitar cuando la persona pueda tomarla en forma pasivo dependiente.

Facilitar la Catarsis

La ventaja de facilitar la catarsis, es permitir el desahogo de los sentimientos que se encuentran reprimidos, asegurándose que el momento sea el adecuado ya que puede ser algo que tome algún tiempo y sea emocional. En algunos casos las personas por motivos culturales o sociales no quieren hablar y no se les debe insistir sino más bien comentarles

acerca de la importancia de hablar acerca de lo ocurrido de tal modo que los conflictos no resueltos no se convierta en una crisis secundaria.

Reenmarcar la Conducta

Uno de los síntomas que presentan las personas después del suceso traumático, es justamente el considerar que está loco o que es una persona anormal, por lo que reenmarcar la conducta le permitirá a la persona sentirse normal y entender que cualquiera puede pasar por esa situación.

Enfrentar la Cuestión del Suicidio

La posibilidad de suicidarse es muy alta cuando la pérdida es muy significativa, las personas sienten que no existen más razones para seguir viviendo y que no hay nada más que perder.

Es importante reconocer las señales de riesgo:⁴³

- Dificultades crónicas para dormir.
- Padecer de una enfermedad crónica.
- Sufrir de alucinaciones.
- Pérdida de seres queridos muy cercanos.
- Intentos previos de suicidio.
- Antecedentes de familiares que se hayan suicidado o lo hayan intentado.
- Falta de esperanza en el futuro.

⁴³ Cfr. *Ibidem*. Pág. 22.

- Abuso de sustancias como drogas o alcohol.
- Pesimismo con respecto a la vida.
- Haber escuchado que gente cercana prefiere que la persona muera para que no sufra más.
- Amenazas previas como: arreglar asuntos personales, prepararse para una larga ausencia, pedir que otros cuiden de su familia y asuntos, interés por asuntos acerca de la muerte.

Cuando se presentan algunos de los síntomas mencionados anteriormente se pueden hacer preguntas directas a la persona acerca de la idea del suicidio como por ejemplo: ¿Has planeado matarte? o ¿Se te ha ocurrido quitarte la vida?

Remitir Oportunamente

Es muy importante identificar cuando es necesaria la asistencia de profesionales como: médicos, abogados, psicólogos, educadores, entre otros.

La situación más común es la remisión a psicoterapia, es decir a un profesional capacitado para hacerlo y con entrenamiento en intervención en crisis; las personas a las que se las debe remitir son las que presentan alguno de los siguientes síntomas:⁴⁴

- Negación o incredulidad durante mucho tiempo
- Presencia de una reacción inicial después de los seis meses siguientes al suceso.
- Acudir a una estrategia disfuncional

⁴⁴ Cfr. *Ibidem*. Pág. 23.

- Crisis secundaria
- Riesgo alto de suicidio

Facilitar Redes Sociales Nuevas

Algo muy común entre las personas que pasan por un suceso traumático es que han perdido a sus amigos y conocidos o se han alejado de ellos, por lo que es muy importante trabajar en restaurar estas relaciones sociales para lo cual una opción acertada es la de recurrir a grupos de ayuda.

Tener y Comunicar Fe

La fe, no necesariamente en Dios, sino más bien puede ir enfocada a las expectativas del futuro o en sus propias capacidades de superar las dificultades que se le presentan. Esta fe se puede transmitir fomentando conversaciones acerca del futuro las mismas que pueden convertirse en la certeza en el presente y se puede utilizar frases como: “El día que empieces a trabajar otra vez” “Cuando te mudes a tu nueva casa”.

4.3 Gerard Caplan

Gerald Caplan, psicólogo inglés, trabajó el tema de la intervención en crisis tomando como punto de partida lo planteado por Liderman.

Inicialmente realiza estudios y de da gran importancia a las crisis descritas por Erickson incorporándolas como parte de las psicopatologías adultas.

Se interesa también por las transiciones que se realizaban de una etapa a otras y los recursos que se empleaba, por lo que consideró importante tomar en cuenta las relaciones sociales, demostrando que al no resolver una crisis correctamente la persona puede tener una vida menos saludable que la que tenía anteriormente.

4.3.1 Modelo de Intervención y Aportaciones significantes de Gerard Caplan

Gerald Caplan sostiene que tanto la prevención como el desarrollo adecuado de la crisis son de gran importancia y que un sin número de hospitales han adoptado esta idea, por lo que se han incorporado servicios telefónicos que funcionan las 24 horas del día.

Caplan sugiere tres fases de la prevención:

- **Prevención primaria:** Reducir la incidencia del trastorno.
- **Prevención secundaria:** Reducción de los efectos dañinos ocurridos.
- **Prevención terciaria:** Repara el daño hecho, tiempo después de haber pasado por una crisis.

Al sufrir algún trastorno en el funcionamiento de los componentes subjetivos (sentimientos, pensamientos, bienestar físico, conducta)⁴⁵ se produce un enfrentamiento positivo que da lugar a un abordaje productivo de la crisis. Y propone algunas características de este enfrentamiento:⁴⁶

⁴⁵ Cfr. Karl, Slaikeu. Op. Cit. Pág. 21.

⁴⁶ Cfr. Ibidem. Pág. 22.

- Explorar activamente conflictos reales y buscar información.
- Expresar sin reservas sentimientos negativos, positivos y tolerar la frustración.
- Pedir ayuda activamente a otros.
- Descomponer los problemas en fragmentos manejables y las tendencias que proponen desorganización.
- Controlar los sentimientos donde se pueda ser flexible y estar dispuesto a cambiar.
- Confiar en sí mismo y en otros.
- Tener un optimismo básico sobre los resultados por venir.

Como conclusión los aportes de Caplan se pueden resumir de la siguiente manera:

- La prevención de la crisis y más específicamente del suicidio.
- La consideración de cuatro fases por las que atraviesan una persona que se encuentra en estado de crisis:

Elevación inicial de tensión debido al suceso ocurrido.

Falta de éxito en respuestas para solucionar los problemas, sentimientos de trastorno y de ineficiencia.

La tensión se incrementa y se intenta movilizar otros recursos para poder solucionar los problemas.

Si no ocurre lo mencionado anteriormente, se puede dar lugar a una desorganización grave en la persona.

4.4 Karl Slaikeu

4.4.1 Modelo de Intervención en Crisis de Slaikeu

Los tipos de intervención en crisis y los interventores son de variadas ya que no se limita únicamente a terapeutas o psicólogos, sino también los religiosos, enfermeras, médicos, policías, abogados, amigos, entre otros.

Es cierto que personas que realizan esta intervención no siempre son las adecuadas, sin embargo, pueden prestar ayuda de manera momentánea, por lo que es importante que posteriormente la persona que atraviesa una crisis, acceda a ayuda profesional.

4.4.1.1 Intervención de Primera Instancia o Primeros Auxilios Psicológicos

Usualmente este tipo de intervención toma una sola sesión y “pretenden de manera primordial proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda”.⁴⁷

La persona en crisis se siente incapaz de enfrentar la situación que se le presenta en ese momento, por lo que el objetivo principal de los primeros auxilios, es brindarle asistencia adecuada canalizándola a dar pasos hacia el control de sus sentimientos y así encaminarla hacia la solución del problema.

Slaikeu propone tres subtemas en cuanto a la actitud de la persona que proporciona los primeros auxilios psicológicos, los cuales darán la dirección necesaria a la manera como este debe manejar la situación y son:⁴⁸

⁴⁷ *Ibidem*. Pág. 109.

⁴⁸ *Cfr. Ibidem*. Pág. 110.

- **Proporcionar apoyo:** Este subtema es el aspecto más humano de la intervención en crisis, debido a que al no dejar sola a la persona que atraviesa por un momento de angustia y desequilibrio, crea una atmósfera adecuada para expresar sentimientos de ira y temor.
- **Reducir mortalidad:** Debido a que la situación social en la actualidad, es de mucha violencia, no es raro percatarse que en situaciones de crisis las personas pueden tornarse agresivas y lastimar a sus familiares, amigos, gente que está cerca e incluso a sí mismos (suicidio), por lo que la intervención adecuada implica desactivar esta situación tomando medidas como: deshacerse de armas, contactar con las personas que pueden ser agredidas para alertarlas y en casos extremos se accede a la hospitalización inmediata del paciente.
- **Enlace con fuentes de asistencia:** Cuando los recursos se han agotado, es importante fijar las necesidades fundamentales y no tratar de resolver todo el problema en conjunto. Delegar así las necesidades a las personas o instituciones que las puedan solventar, por ejemplo buscar ayuda psicológica específica, ayuda legal, asistencia médica entre otras.

Propone un enfoque de cinco pasos para la resolución de problemas y son:⁴⁹

1. Realizar un contacto psicológico
2. Analizar las dimensiones del problema
3. Sondear posibles soluciones
4. Asistir en la ejecución de pasos concretos
5. Seguimientos para verificar el proceso

⁴⁹ Cfr. *Ibidem*. Pág. 115.

Contacto Psicológico

Cuando se habla de contacto psicológico, es importante analizar la palabra empatía o sintonización, la cual nos remite a la escucha activa de los sentimientos del paciente y a la utilización de ciertos lineamientos de manera que la persona en crisis pueda hacer una reflexión.

Presenta también los criterios de comportamiento que debe tomar en cuenta la persona que realiza el contacto psicológico y son:⁵⁰

- Invitar a la persona en crisis a hablar de una manera abierta de tal modo que se pueda expresar los hechos y los sentimientos.
- Procurar que exista una reflexión que lleve a identificar aspectos como señales no verbales, que en lo posterior se puedan señalar al paciente de la siguiente manera: “Puedo sentir, por la manera en que usted habla cuan perturbado se siente con respecto a lo que ha pasado”.⁵¹

Algo muy importante es lo que Crow⁵² señala acerca del comportamiento del asistente, el cual debe mantener la calma y el control de sus propios sentimientos cuando se ve enfrentado a los del paciente, ya que no resistirse a la ansiedad o el enojo que estos puedan provocar en él, son las actitudes menos apropiadas.

Se señaló anteriormente, el contacto psicológico puede ser también no verbal, lo que en ocasiones es bastante efectivo⁵³ y sugiere que en ocasiones el hacer un contacto físico suave con el paciente, como por ejemplo poner la mano en el hombro puede ser de gran

⁵⁰ Ibidem. Pág. 115.

⁵¹ Cfr. Ibidem.

⁵² Cfr. Ibidem. Pág. 116.

⁵³ Cfr. Ibidem. Pág. 117.

ayuda, ya que con este gesto se demuestra el interés que tiene el interventor, lo que producirá un efecto tranquilizante. Sin embargo, existen ocasiones en las que este contacto físico “inadecuado puede disminuir la interacción terapéutica”,⁵⁴ por tanto la persona que realice el contacto psicológico debe ser muy cuidadoso de manera que logre discernir con cuáles pacientes esto será provechoso y con cuáles no lo será.

Existe un objetivo claro para la realización del contacto psicológico y se lo define de la siguiente manera:⁵⁵ procurar que la persona se sienta escuchada, apoyada, aceptada, lo que ayudará a la disminución de la ansiedad y bajará la intensidad de las emociones. Reducir el dolor al sentirse abandonada con su problema de tal modo que se puedan reconocer y legitimar sentimientos como ira, dolor, angustia, ansiedad, para que una vez que esto ocurra se pueda dirigir esta energía hacia la solución de la situación que ha provocado la crisis.

Analizar las Dimensiones del Problema

Este análisis⁵⁶ debe dirigirse a tres áreas específicas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato, entendiéndose que el pasado inmediato se refiere al hecho específico que desencadenó la crisis.

En este punto, podemos introducir lo que se denomina perfil de la personalidad CASIC, planteado por Slaikeu de la siguiente forma:⁵⁷

⁵⁴ Ibidem.

⁵⁵ Cfr. Ibidem. Pág. 118.

⁵⁶ Cfr. Ibidem.

⁵⁷ Cfr. Ibidem. Pág. 155.

Sistema Conductual

Se refiere básicamente a los hábitos de: sueño, dieta, ejercicio, uso de sustancias como drogas, alcohol, tabaco. Cuando se hace la valoración “se da atención a los excesos y carencias, antecedentes y consecuencias de los comportamientos claves y las áreas de particular fortaleza y debilidad”.⁵⁸

Las Variables Afectivas

Esta incluye todos los sentimientos que la persona puede experimentar acerca de un incidente traumático o de su vida, además se presta atención especial a la “adecuación social”⁵⁹ es decir los sentimientos que el sujeto experimenta frente a las circunstancias que la vida le presenta y se debe valorar la condición de los sentimientos, es decir los antecedentes y las consecuencias de estos.

El Funcionamiento Somático

Se refiere a las emociones que afectan al funcionamiento del cuerpo como son: el tacto, gusto, la visión, la percepción, incluyendo síntomas como: dolores de cabeza, trastornos digestivos entre otros aspectos que incluyen la salud en general. Slaikeu plantea que durante la crisis lo que más interesa son las asuntos somáticos referentes a la angustia y problemas físicos que pueden haber precipitado la crisis, o que durante el suceso traumático se agudizaron y se convierten en nocivos para la salud, en este caso es imprescindible resguardar la vida del paciente.

⁵⁸ *Ibidem.*

⁵⁹ *Ibidem.* Pág. 156.

La Modalidad Interpersonal

Se refiere a las relaciones sociales del paciente y la frecuencia del contacto con amigos, familiares, pareja, entre otros y el papel que éste desempeña dentro de las diferentes relaciones.

La Modalidad Cognoscitiva

Bajo esta modalidad se codifican los procesos mentales es decir las representaciones mentales que el paciente tiene acerca de la vida como lo son los recuerdos y los planes para el futuro así como los sueños tanto diurnos como nocturnos.

Es indispensable mencionar el concepto de cognición⁶⁰ el mismo que se utiliza para referirse a los pensamientos y las autoaseveraciones que las personas hacen acerca de sus propios sentimientos, comportamientos, funcionamiento corporal. Los sueños tanto diurnos como nocturnos son una guía clara para poder entender de manera explícita lo que el incidente de crisis significa para el paciente y como esto lo proyecta para el futuro.

Durante los momentos de crisis las personas tienden a analizar ciertos conceptos erróneos que han manejado durante toda su vida, en algunos casos, este análisis conduce a un cambio en la manera de pensar.⁶¹ Toma en cuenta en este aspecto cognoscitivo las creencias religiosas, los valores y su filosofía, aún cuando en ciertos casos se excluyen estos aspectos, es importante aclarar que con frecuencia ejercen una influencia importante en los demás aspectos de la personalidad.

Dentro del análisis de las dimensiones del problema, es importante que se determine el funcionamiento del CASIC antes de la crisis, sin necesidad de hacer una indagación

⁶⁰ Cfr. *Ibidem*. Pág. 155.

⁶¹ Cfr. *Ibidem*. Pág. 159.

exhaustiva pero siempre guiándose bajo la idea de que la crisis se precipita por un incidente específico y se debe averiguar cuál fue este.

Esta indagación debe basarse en preguntas específicas: “quién, qué, dónde, cómo, cuándo”.⁶²

Plantea objetivos específicos para este análisis de las dimensiones del problema y son: trabajar en base a un orden de las necesidades que se presentan, desde la más importante hasta la menos importante y se subdividen de la siguiente manera:⁶³

1. Conflictos que se deben resolver de manera inmediata
2. Conflictos que se pueden dejar para luego

La determinación de esta es de gran importancia debido a que las personas que se encuentran en estado de crisis intentan lidiar con todos los problemas al mismo tiempo, y esto no le permite desarrollar la conciencia que el paciente tiene acerca de la jerarquización de las necesidades.

Análisis de Posibles Soluciones

Como ya se mencionó anteriormente, es importante hacer una jerarquización de las necesidades; para posteriormente determinar las soluciones para los inconvenientes; para lo cual se debe llevar al paciente hacia la posibilidad de generar alternativas, procurando que haga tanto como pueda por sus propios medios.

Es muy valioso auxiliar al paciente, si es que se siente desorientado, para que pueda obrar a partir de una posición de fortaleza y no de debilidad. “Esto puede evolucionar a

⁶² Ibídem. Pág. 118.

⁶³ Cfr. Ibídem. Pág. 119.

partir de hacerle preguntas acerca de cómo ha tratado problemas previos. Sólo después de analizar las sugerencias del cliente, el terapeuta se asocia a una lluvia de ideas para generar otras soluciones al problema”.⁶⁴

El autor plantea dos aspectos importantes que deben ser tomados en cuenta durante este proceso: en primera instancia hacer un adiestramiento al paciente para que pueda considerar la idea de que existen posibilidades de solución y esto se consigue a través de la formulación de frases como: “Consideremos que pasaría si tan sólo usted...” y posterior a esto se le presenta una posibilidad. El segundo es dar la guía adecuada cuando se trata de los obstáculos que se presentan durante el análisis de las soluciones y esto se consigue cuando el asistente piensa por adelantado en los posibles obstáculos y asume la responsabilidad de buscarles un cauce antes de desarrollar el plan de acción para lo posterior.

Ejecución de la Acción Concreta

El punto central de este aspecto, es la ayuda que se le brinda al paciente para que pueda obrar en pro de manejar la crisis; una vez que se jerarquizaron las necesidades y se encaminaron las soluciones posibles haciéndolas viables, se debe dar el siguiente paso, que es una especie de acuerdo de acción y para verse al día siguiente, por ejemplo. Existen dos posibilidades para la actitud que puede tomar el asistente que maneja el contacto psicológico, las mismas que dependerán del estado de la persona en crisis, por un lado se puede ser facilitador si es que la persona se encuentra en capacidad de tomar decisiones y ejecutarlas adecuadamente, o se puede ser directivo si el paciente no logra ejecutar acciones de una manera ordenada o consciente.

⁶⁴ *Ibíd.* Pág. 121.

La actitud facilitadora y directiva están diferenciadas en que, por un lado, la intervención directiva puede ir desde la búsqueda de ayuda de terceras personas para la ejecución del plan de acción hasta la intervención directa en la hospitalización del paciente. Y por otro lado, la actitud facilitadora es principalmente llegar a un acuerdo verbal para la ejecución de las posibles soluciones hasta dar consejos como “Sería importante si tu...”

Existen lineamientos básicos que el facilitador debe tener en cuenta al momento de intervenir frente a una crisis y se los define de la siguiente manera:⁶⁵

- El conocimiento de las leyes existentes, es de suma importancia, ya que en algunos casos es imprescindible informar a las autoridades de la información que se ha obtenidos, por lo que si no se lo hace el trabajador para la crisis puede convertirse en cómplice.
- La intervención tan directa del profesional, sólo se debe dar después de que se hayan agotado todos los recursos.
- La confidencialidad es absolutamente necesaria, pero en ciertas ocasiones esta no es lo más apropiado para el paciente, ya que su vida o la de otras personas puede estar en riesgo.
- A pesar que el convenio para la ejecución de las soluciones es un asunto que sólo concierne al asistente y a la persona en crisis, en algunos casos es necesario que se cuente con asistencia legal, por ejemplo, cuando parte del convenio implica no infringir ciertas leyes o cumplir con condiciones, como permitir la visita de trabajadores sociales o de bienestar familiar.

⁶⁵ Cfr. *Ibidem*. Pág. 126.

Seguimiento

El último aspecto se basa en establecer un acuerdo para verificar el progreso que se va obteniendo con el paso del tiempo. Existen varias formas de hacerlo⁶⁶ entre las cuales cita a los encuentros personales o por vía telefónica donde previamente se debe acordar quien será el que llame primero lo que se denomina “contrato para re contactar”.⁶⁷

4.4.1.2 Intervención de Segunda Instancia o Terapia para la Crisis

Se la define como: “Translaborar el incidente de crisis de modo que éste se integre de manera funcional en la trama de la vida, para dejar al paciente abierto, antes que cerrado, para encarar el futuro”.⁶⁸ La terapia de la crisis busca, de manera primordial, ayudar al paciente a integrar a la vida cotidiana, de una manera adecuada y poco traumática, el incidente o la situación que provocó la crisis.

Esta intervención de segunda instancia, requiere un nivel de formación o entrenamiento adecuado, debido a que es indispensable contar con más tiempo y conocimientos para guiar el proceso. Es necesario mencionar que no todas las personas que atraviesan por una crisis, requieren en lo posterior una terapia, ya que en ciertos casos se logra esta translaboración desde el momento en que recibieron los primeros auxilios psicológicos.

Slaikeu sugiere que el tiempo adecuado para acceder a esta terapia es entre seis o más semanas después de ocurrido el suceso, ya que la reorganización propiamente dicha se

⁶⁶ Cfr. *Ibidem*. Pág. 127.

⁶⁷ *Ibidem*.

⁶⁸ *Ibidem*. Pág. 153.

produce durante este tiempo y el propósito del terapeuta será canalizarla hacia el lado del crecimiento y no al contrario, por lo que se debe enfocar básicamente en:⁶⁹

- Sobrevivir físicamente a la experiencia de crisis.
- Identificar y expresar sentimientos que acompañan a la crisis.
- Obtener un dominio cognoscitivo sobre la crisis.
- Realizar toda una variedad de adaptaciones conductuales e interpersonales que requiere la crisis.

A continuación se presentan los tres componentes propuestos por Slaikeu en la terapia para la crisis:

Valoración: Es indispensable realizar una valoración del perfil CASIC; mencionado anteriormente para continuar con una valoración de los siguientes supuestos:⁷⁰

- Se debe valorar hasta qué punto la crisis impactó en las áreas de funcionamiento del individuo (sentimientos, salud física, relaciones interpersonales y cognición). Si se atiende solo una de éstas, tendremos una comprensión parcial de la crisis y se entorpecerá la intervención terapéutica.
- La valoración del CASIC, de una manera separada, nos da la idea de que cada sistema se interrelaciona y el trabajo terapéutico es precisamente valorar aspectos específicos acerca del funcionamiento en cada modalidad.

⁶⁹ Cfr. *Ibidem*. Pág. 153.

⁷⁰ Cfr. *Ibidem*. Pág. 154.

- Se deben valorar las fortalezas y las debilidades en el funcionamiento del CASIC durante la crisis y hacer uso de las más fuertes para, de este modo, reforzar las más débiles.
- Cuando se valora el perfil de personalidad de CASIC, se deben tomar en cuenta aspectos como el ambiente familiar, el entorno social y la cultura. Debido a que estas variables tienen mucho que ver con el éxito o fracaso de las estrategias que se emplean en la intervención.
- Se deben valorar diversas variables de la personalidad, desde antes de la crisis así como durante y después de ésta.
- Es importante proporcionar un adecuado perfil del funcionamiento del CASIC antes y después de la crisis, para que de esta manera se puedan seleccionar las estrategias adecuadas para el tratamiento.

Fuentes de Información

La principal fuente de extracción de información es la entrevista clínica, sin embargo se puede emplear un cuestionario que permita la valoración completa del CASIC, llenando espacios en blanco los mismos que corresponden a preguntas específicas.

Lista de Verificación para la Valoración

Cuando se hace la recopilación de los datos, ya sea en una entrevista con el paciente o con la familia,⁷¹ sugiere que no se deje de prestar atención en recopilar los datos suficientes en las siguientes áreas:

⁷¹ Cfr. *Ibidem*. Pág. 161.

- Incidente precipitante (si es uno o más de uno)
- Presentación del problema
- Entorno de la crisis
- Funcionamiento del CASIC (Previo a la crisis)
- Funcionamiento del CASIC (Posterior a la crisis)

Incidente Precipitante

Un aspecto importante es conocer ¿cuál fue el acontecimiento que desencadenó la crisis?, es decir ¿cuál fue el suceso denominado como “la gota que derramó el vaso”.⁷²? Ya que en general conocer de estas noticias es sólo un grano más de arena que contribuye a que todo lo acumulado se desborde.

Presentación del Problema

La presentación del problema, es básicamente un resumen de todo lo que el paciente siente en el momento de la crisis, incluyendo las necesidades que manifiesta y su visión acerca de lo que le está ocurriendo.

Entorno de la crisis

El entorno de la crisis, es básicamente la identificación de los alcances de la crisis, es decir, cómo ésta ha afectado al entorno familiar, social y de pareja. Incluso, es importante determinar si la crisis se ha desencadenado a partir de algún suceso que incluya a la familia

⁷² Ibídem. Pág. 174.

o el medio social donde el paciente se desenvuelve, así como también determinar los recursos disponibles dentro de sus comunidades, para la translaboración de la crisis.

4.4.1.3 Funcionamiento CASIC previo a la Crisis

Aún cuando el suceso precipitante de crisis sea un acontecimiento aislado como la muerte repentina de un ser querido o la acumulación de tensiones, es indispensable realizar una revisión detallada del funcionamiento del CASIC previo a la crisis como lo indica Slaikeu “el interés principal es identificar los aspectos más importantes del funcionamiento CASIC del paciente durante la infancia, la pubertad, la adolescencia, la edad joven, la edad adulta y la jubilación, en tanto puedan relacionarse con el incidente de crisis”.⁷³

El autor realiza una detallada lista de áreas en las que se debe prestar especial atención y cita varios autores en cada una de ellas.⁷⁴

- Caplan y Lazarus, sugieren tomar en cuenta los medios anteriores del paciente con los cuales se enfrentaba y resolvía los problemas.
- Caplan menciona a los recursos personales y sociales manifiestos.
- Aguilera toma en cuenta las fortalezas y debilidades más notables en el funcionamiento CASIC.
- Miller e Iscoe, mencionan a los conflictos que no han sido resueltos y que pudieran tener que ver en la crisis actual.
- El nivel de satisfacción que el paciente tiene de la vida.

⁷³ Ibídem. Pág. 174.

⁷⁴ Cfr. Ibídem. Pág. 175.

- Erickson, Danish, D'Augelli, Stevenson, mencionan la etapa de desarrollo previa a la crisis.
- Lazarus menciona a los excedentes y déficits en cualquiera de las modalidades CASIC.
- Levinson habla acerca de las estructuras vitales para lograr las metas.
- El ajuste entre el estilo de vida y los suprasistemas como la familia, los grupos sociales, la comunidad, la sociedad.
- Kraus, menciona a las tensiones que pueden haberse presentado antes del incidente de la crisis.

4.4.1.4 Funcionamiento CASIC durante la Crisis

Slaikeu menciona que se puede dar cierto énfasis a cada una de las áreas del CASIC.⁷⁵

CONDUCTUAL:

- ¿Cuáles actividades del diario vivir cree el paciente que han sido las más afectadas por el incidente de crisis?
- ¿Cuáles áreas no han sido afectadas?
- ¿Cuáles conductas se han fortalecido por la crisis?
- ¿Cuáles estrategias de enfrentamiento se han intentado y que tanto éxito o fracaso se evidencia en cada una?

⁷⁵ Cfr. *Ibidem*. Pág. 175.

AFECTIVA:

- ¿Cómo se siente el individuo con las secuelas que deja la crisis?
- ¿Han sido expresados los sentimientos o no?
- ¿El estado afectivo puede dar ciertas pautas para la traslaboración de la crisis?

SOMÁTICA:

- ¿Algún mal físico está asociado con el incidente de la crisis, es decir es algo nuevo o algo que se reactivó con la presentación de ésta crisis?
- ¿La crisis tiene como origen la pérdida de alguna función corporal o de algún miembro como: un brazo, pierna, órgano, o capacidad de caminar, hablar, trabajar, etc.?

INTERPERSONAL:

- El impacto que la crisis tiene, sobre el mundo social inmediato como la familia y los amigos.
- Caplan,⁷⁶ habla acerca de la red y los sistemas sociales en curso.
- ¿La familia y los amigos prestan una buena ayuda?
- ¿Cuál es la actitud interpersonal que se toma frente a la crisis?

⁷⁶ Cfr. *Ibidem*. Pág. 176

COGNOSCITIVA:

- Tomar en cuenta las expectativas o metas que han sido perturbadas por el incidente de crisis.
- Las reflexiones o pensamientos introspectivos.
- ¿Cuál es el significado que tiene la crisis en la vida?
- Presencia de pensamiento como: “yo debería haber dicho”, “yo debería ser capaz”
- Patrones ilógicos de pensamiento acerca de aspectos inevitables como por ejemplo: “estoy solo y nunca pasará este sentimiento de abandono”
- Los patrones utilizados para hablarse a sí mismo.
- Los sueños tanto diurnos como nocturnos.
- Imágenes que el paciente tiene acerca de la fatalidad.
- Presencia de fantasías destructivas.
- Utilizar el humor como una manera de enfrentar la crisis.

En la modalidad cognoscitiva se toma en cuenta la esencia de la experiencia de la crisis, debido a que se enfoca en el significado que la crisis tiene en la vida de cada persona y es determinante en la comprensión de la experiencia de la crisis.

“La teoría de la crisis sugiere que es crucial descubrir las expectativas, metas y sueños del individuo que se han quebrantado por el incidente de crisis”⁷⁷ ya que al analizar las rupturas y pérdidas se puede determinar el impacto que la crisis tiene sobre sus expectativas de vida.

⁷⁷ *Ibíd.* Pág. 176.

4.4.1.5 Tratamiento

Slaikeu propone cuatro tareas de la resolución de la crisis, las mismas que se constituyen en una traducción del perfil CASIC a modo de tareas que el paciente irá asumiendo durante el proceso de translaborar la crisis. Estas cuatro tareas son:⁷⁸

1. Supervivencia física en las secuelas de la crisis
2. Expresión de los sentimientos relacionados con la crisis
3. Dominio cognoscitivo de la experiencia completa
4. Los ajustes conductuales/interpersonales que se requieren para la vida futura

La orientación de la terapia para la crisis, tiene como premisa básica el de ayudar al paciente a que integre a su vida, el incidente de crisis, de tal modo que pueda encontrar los aspectos positivos de ésta para mejorar su diario vivir y para esto es importante que se cumplan las cuatro tareas relacionadas anteriormente.

Las cuatro tareas provienen de una investigación realizada a finales de 1940 tomado de la perspectiva multimodal de Lazarus y se describen de la siguiente manera:⁷⁹

Supervivencia física: lo importante es su bienestar físico, es decir, conservar la vida durante el período más crítico de la crisis, para esto se deben valorar las tendencias suicidas o autodestructivas del paciente y tomar medidas preventivas si es necesario. Además de esto, se debe tener en cuenta la regulación de aspectos como el cuidado que se le provee al cuerpo con respecto a la alimentación, el ejercicio, sueño y si es necesario remitir a un médico para que con medicamentos se puedan controlar conductas como

⁷⁸ Cfr. *Ibidem.* Pág. 177.

⁷⁹ Cfr. *Ibidem.*

angustia, ansiedad, insomnio, sopesando los riesgos de la dependencia con la paliación de los síntomas.

Expresión de sentimientos: En algunos casos con ciertos pacientes, lo que ocurre es que los “asuntos inconclusos” como los llama Perls⁸⁰ pueden aparecer junto con la crisis e inclusive se expresan en malestares somáticos y esta segunda tarea corresponde justamente a poner en manifiesto los sentimientos que el paciente tiene durante la crisis, pero para esto el terapeuta debe saber identificarlos mediante una escucha activa o brindándole fuertes dosis de comprensión. La apropiada identificación de los sentimientos contribuye mucho para la tarea del dominio cognoscitivo y además, el acceder a la información suficiente acerca de los sentimientos del paciente contribuye en gran medida a que el terapeuta tenga un control adecuado de la crisis.

Cuando se trata de identificar los sentimientos, los pacientes pueden necesitar de estrategias muy variadas, que pueden ir desde ciertos lineamientos que permitan la expresión de sentimientos por medio del llanto, ira, dolor, mientras que otros necesitarán de reafirmaciones como por ejemplo “tú no estás loco”, “es normal sentir lo que tú estás sintiendo”, o como la terapia de la Gestalt quien utiliza mecanismos como el de la “silla vacía” o variaciones de esta.

Dominio Cognoscitivo: Para obtener un dominio cognoscitivo sobre la crisis es indispensable usar los datos que se extraen tanto de las representaciones imaginarias del paciente como de los pensamientos, para que de esta manera se pueda comprender por qué cierto incidente o acontecimiento específico condujo a la crisis. Slaikeu plantean tres actividades del paciente:⁸¹

⁸⁰ Cfr. *Ibidem*. Pág. 180.

⁸¹ Cfr. *Ibidem*. Pág. 183.

- Al relatar el incidente, el paciente provee detalles incluso de los vacíos que quedan como: omisiones deliberadas o distorsiones. Sin embargo, lo más importante es que al recordar y verbalizar el incidente, la información se movilizó de tal modo que pueda acceder a una comprensión de lo que pasó y por qué.
- La segunda actividad es comprender concretamente cuál es el significado que el incidente tiene para el paciente, y como esta puede entrar en un conflicto con sus metas a futuro, sus sueños, creencias religiosas, entre otros aspectos vitales en el ser humano. La tarea del terapeuta es escuchar atentamente las claves que le da el paciente en sus relatos, ya sea de sus sueños diurnos o nocturnos y hacer aclaraciones acerca de las ideas erróneas que puede tener el paciente tales como la sobredimensión, utilizando para esto preguntas esclarecedoras y reflexivas de tal modo que le sirvan al paciente como una devolución de la información y pueda sacar sus propias conclusiones o hacer un insight.
- La tercera actividad se relaciona con “reconstruir, reestructurar o reemplazar cogniciones, imágenes y sueños que se han destruido por el incidente de crisis”.⁸² Se describe a continuación la teoría de adaptación cognoscitiva para los acontecimientos amenazantes de Taylor,⁸³ la misma que incluye: buscar un significado en el acontecimiento, hacer un esfuerzo por tener un dominio sobre el acontecimiento, intentar reafirmar y restaurar la autoestima en el proceso de adaptación.

⁸² *Ibidem.*

⁸³ *Cfr. Ibidem.*

4.4.1.6 Adaptaciones Conductuales/Interpersonales

Una intervención oportuna en este sentido puede ser de vital importancia para la recuperación de la autoimagen y el sentido de dominio. Aquí podemos citar tres tareas también y son:

- Mantener contacto con otras personas.
- Ayudar a otras personas que se encuentren en problemas.
- Retener un nivel de control sobre la vida cotidiana.

4.4.1.7 Grupos de Terapia para Crisis

Los grupos de trabajo son bastante útiles en lo que se refiere a brindar primeros auxilios psicológicos o la sobrevivencia en los días o semanas posteriores a la crisis e incluso se puede acceder a la terapia de grupo que se puede proporcionar en lapsos de meses, este es muy útil en pacientes que viven transiciones, pérdidas, enfermedades.

4.4.1.8 Evaluación

Se deben valorar diferentes variables y se pueden resumir de la siguiente manera.⁸⁴

- Valorar si ha habido un regreso al equilibrio o una reorganización del CASIC.
- Valorar el alcance al que las capacidades para el enfrentamiento se han re obtenido ya que el enfrentamiento al colapso provoca un estado de crisis.

⁸⁴ Cfr. *Ibidem*. Pág. 193.

- Valorar si se han translaborado o concluido en el seguimiento de conflictos irresueltos anteriores a la crisis.
- Valorar hasta qué punto se ha integrado el suceso a la vida.
- Valorar si la persona está abierta a encarar el futuro.

Es decir, se debe evaluar el CASIC para así determinar si se dio una adecuada resolución de la crisis.

5 MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Los estudios realizados acerca de la intervención en crisis en los hospitales son limitados, sin embargo, Slaikou propone un modelo que sería de gran utilidad en las casas de salud y le pone especial énfasis en el uso de este recurso en las salas de emergencias.

El autor plantea una serie de pautas para suministrar este servicio a los pacientes ingresados en el área de urgencias, sin embargo, este modelo se puede adaptar de modo que pueda ser implementado en las demás áreas de hospitalización. Existen algunos puntos que se deben tener en cuenta al momento de realizar la intervención hospitalaria.⁸⁵

5.1 Política Administrativa

El hospital debe poner a disposición de este servicio personal para formar un equipo, sin embargo, es importante que todo el personal se capacite, aun cuando el tiempo que cada uno destine a esta tarea sea diferente. Este proceso debe ser completo, es decir que

⁸⁵ Cfr. *Ibidem*. Pág. 310.

debe empezar al momento de realizar la intervención y luego llevar a cabo una evaluación donde se incluya un seguimiento y si es preciso remitir a un centro especializado en donde se pueda dar al paciente una atención más centrada en sus necesidades.

5.2 Entrenamiento del Personal

Aunque el personal que trabaja en unidades médicas se encuentra familiarizado con el manejo de los pacientes y sus familiares, se debe poner mayor énfasis en la capacidad que deben tener para reconocer las señales de amenaza y riesgos de mortalidad, de tal modo que si no se sienten en la capacidad de manejar la crisis, notifiquen al personal capacitado para manejarlas.

5.3 Espacio Físico

Es importante crear espacios donde los pacientes y las familias puedan esperar. Estos se deben encontrar debidamente señalizados y equipados de tal manera que se dé un ambiente confortable y privado donde se puedan realizar las entrevistas.

5.4 Coordinación con otros Sistemas de Servicios de Suministro

Se deben identificar recursos extras a los que se pueda recurrir en los momentos necesarios como por ejemplo, centros de salud mental, trabajo social, líneas de emergencia, entre otras.

5.5 Evaluación

Como parte del servicio se debe incluir un proceso de seguimiento donde se le pueda prestar al paciente la atención necesaria, incluso fuera del lugar donde se realizó la primera intervención brindando por ejemplo atención telefónica. Esta evaluación debe contener la devolución de la información y la verificación de cómo se ha resuelto la crisis.

5.6 Definición de Cirugía

El Diccionario de la Real Academia Española define al término cirugía de la siguiente manera: “Parte de la medicina que tiene por objetivo curar las enfermedades por medio de la operación”.⁸⁶ Las cirugías se realizan por distintos motivos, por lo que es importante la preparación que reciben los pacientes en la fase pre quirúrgica como el la post quirúrgica.

Las cirugías pueden ser emergentes o programadas, las primeras son aquellas imprevistas que debido a la gravedad de la lesión deben ser atendidas de manera urgente mientras que la cirugías programadas pueden ser obligatorias u opcionales: las obligatorias se realizan para evitar una complicación futura en la salud del paciente, sin embargo el tiempo de espera es mayor, mientras que en las opcionales el paciente puede determinar cuándo realizársela e incluso se pueden considerar otras opciones.

Antes de realizar una intervención quirúrgica, es importante tener en cuenta algunos procedimientos que son necesarios como exámenes de laboratorio, exámenes físicos y entrevista personal en las cuales el paciente responde a interrogantes que tienen que ver con factores hereditarios, enfermedades importantes, datos familiares, aspectos culturales,

⁸⁶ DICCIONARIO REAL LENGUA ESPAÑOLA. Barcelona: Editorial Océano. (2008).

entre otras preguntas, las cuales servirán al médico para poder realizar una intervención más efectiva, precisa y conocer los procedimientos a seguir.

Dar a conocer sus derechos al paciente, también es importante ya que esto puede ayudar al bienestar del individuo antes, durante y después de la cirugía, ya que al conocerlos y ejercerlos obtiene una garantía de que recibirá una atención apropiada, que su derecho a la confidencialidad será respetado y que recibirá atención continua.

5.7 Historia de la Cirugía

La cirugía es un procedimiento que se ha realizando desde antes de la Edad Media, y que con el pasar del tiempo las técnicas para realizarla han avanzado hasta llegar a la actualidad donde los riesgos de una intervención han disminuido a tal punto que ahora se realizan cirugías que hace cien años eran impensables.

La primera intervención de la que se tiene registro, ocurrió en la edad prehistórica aproximadamente en el año 45 mil A.C., mediante la cual se realizó una amputación de brazo.

Para poder entender la cirugía actual, es importante hacer un recorrido histórico por las distintas etapas de la cirugía:

En la Edad Antigua, solo se realizaban intervenciones quirúrgicas en algunas culturas como las egipcias, sin embargo, solo se utilizaban como último recurso y eran más frecuentes en los niños y en los adolescentes en área del cráneo. Se consideraba a la cirugía como un rito religioso o mágico y la cicatrización se consideraba el éxito de cirugía.

La edad Mesopotámica se caracterizó por las intervenciones en el centro del cuerpo, es decir el abdomen y especialmente en la zona del hígado. El médico era premiado o castigado según el éxito de la cirugía.

En diferentes lugares del mundo se realizaron aportes que han contribuido a lo que conocemos hoy en día; entre los lugares donde se realizaron intervenciones encontramos a Egipto, Grecia, China, Alejandría, Roma, Arabia, India. En la clínica Egipcia se destacan dos recomendaciones importantes, “En el papiro de Eberes se encuentran prescripciones terapéuticas, cura de llagas, quemaduras, o tumores de cuello, en el papiro de Smith... se mencionan la patológica traumática...”⁸⁷ y es así como estos aportes han servido como base para crear nuevos textos y nuevas herramientas. Las intervenciones en China no fueron posibles sino hasta 1948, debido a que las amputaciones y la sangre eran temas que considerados como indeseables. Por otra parte, en Grecia se le otorga gran reconocimiento a Hipócrates quien le dio gran importancia a la medicina, su contribución se centra en una enciclopedia compuesta por 6 tomos, “La parte dedicada a la cirugía trata de las articulaciones, fracturas, heridas de la cabeza, heridas en general, hemorroides, y fistulas”,⁸⁸ y se recalca la cirugía como un último recurso al igual que en la edad antigua.

A diferencia de la Edad Antigua, en Grecia se consideraba que toda enfermedad tenía una causa natural y no se relacionaba con nada místico, por lo que era indispensable el observar al paciente. En Alejandría se consideraba la cirugía como algo prácticamente imposible, ya que no habían los estudios suficientes para realizarla, sin embargo, se pueden encontrar autores relevantes que hicieron estudios como son Herófilo, Erisítrato, y Cornelio Celso, quienes se preocuparon por el estudio de la anatomía del ser humano. En Roma, no se realizaban muchas intervenciones debido a que los médicos eran mal

⁸⁷ Cfr. Salvador, Martínez y Rafael, Valdez. Bases de Conocimiento Quirúrgico. McGraw Hill. Interamericana. 1996. Pág. 1.

⁸⁸ *Ibidem*. Pág. 2.

remunerados, no obstante, encontramos algunos cirujanos quienes realizaron grandes aportes al campo de la óptica, en relación con cataratas y aneurismas arteriales; así mismo, en esta ciudad podemos encontrar dos acontecimientos importantes como son la creación de los hospitales para personas necesitadas y para los militares. En la India hubo grandes aportaciones para el campo quirúrgico, sobre todo en lo referente a los instrumentos que se empleaban para la realización de cirugías, en este lugar se empezaron a realizar las intervenciones en plantas, luego en animales y finalmente se les practicaba a los seres humanos.

En la Edad Media se produjeron algunos cambios debido a la caída de algunos imperios y a las nuevas creencias que aparecieron. La iglesia católica, por su parte, condenó la práctica quirúrgica; sin embargo, esto no fue un obstáculo para la creación de las escuelas de medicina.

Guillermo Salicetti hizo grandes aportes en esta época, debido a sus nuevas herramientas, “que intenta luchar contra el método del hierro candente y prefiere utilizar el cuchillo...”.⁸⁹ En esta época y como parte de las escuelas francesas podemos encontrar dos personajes principales, quienes realizaron grandes aportaciones, el primero de ellos Henry de Mondeville quien investigó y empezó a emplear los métodos de curación con los que se cuentan actualmente; en este estudio, se propuso que no era necesario el uso de cremas o coberturas sino el uso de vino caliente en la herida del paciente. El segundo de ellos, Guy de Chauliac, propuso que el cirujano debería conocer perfectamente la anatomía del ser humano para lograr un buen trabajo. Así mismo, cita a Chauliac mencionando las características del cirujano: “El cirujano debe ser cuidado, con los enfermos, benévolo, compasivo y no extorsionador del dinero”.⁹⁰

⁸⁹ *Ibidem*. Pág. 5.

⁹⁰ *Ibidem*.

El Renacimiento es una época de grandes aportaciones a la cirugía, se completó el estudio del sistema circulatorio vascular, la fisiología respiratoria, y se realizaron investigaciones acerca de las curaciones empleando distintas herramientas así como también se trabajó en nuevas técnicas quirúrgicas experimentales en animales.

En el siglo XVIII se produjeron grandes avances en torno a las cirugías especialmente en lo que se refiere al estudio de la anatomía. Durante este siglo se destacaron autores como los hermanos Hunter, J.L Petit y Desault entre otros, este último implementó procedimientos como los horarios de visitas médicas, el uso de la consulta externa, también se preocupó por brindar una mayor docencia a otras personas interesadas en el tema. Salvador Martínez propone, “La clínica quirúrgica es muy limitada, se opera muy poco, se estudia el curso, los síntomas y causa de los estados morbosos”.⁹¹

Un importante aporte a la cirugía es la creación de leyes de higiene que intentan cuidar al paciente en todo momento y se las resume de la siguiente manera:

- Salas alejadas de los puntos que tienen infecciones.
- El uso de instrumentos limpios.
- No introducir constantemente las manos en las heridas.
- Drenar las heridas al momento de terminar la intervención.

La esterilización de los objetos fue un importante procedimiento para evitar infecciones ya que estos están en contacto con el paciente al momento de la intervención, por lo que es necesario colocarlos en agua caliente, incluyendo las gasas e hilos empleados. La limpieza del área donde se va a realizar la cirugía, así como la asepsia de las manos del cirujano son procedimientos de vital importancia que se siguen practicando, por supuesto

⁹¹ *Ibidem*. Pág. 6-7.

que en la actualidad se lo hace con más técnica y usando otros productos como: batas, gorros, mascarillas.

En la época moderna, las cirugías también tuvieron un gran avance ya que se empiezan a realizar intervenciones tanto en el abdomen como en el tórax. Es entonces cuando se observa la importancia de que los cirujanos se especialicen en los diferentes tipos de cirugía.

5.8 Alcances y Limitaciones de la Cirugía General

La cirugía general, es una rama de la Medicina. El título de Cirujano General se lo obtiene después de aprobar los estudios de postgrado. Los médicos cirujanos generales se encargan de las intervenciones quirúrgicas relacionadas con el tracto gastrointestinal, el bazo, hígado, páncreas, mamas, pulmones, tiroides, además de la cirugía torácica no cardiovascular.

5.9 El Paciente Quirúrgico y la Intervención Psicológica

La medicina es la relación existente entre la salud, la enfermedad, y los seres humanos, los mismos que se dividen en dos grupos: los pacientes y los médicos.⁹²

En un paciente quirúrgico intervienen tres aspectos importantes como lo menciona la psicóloga Teresa Baquerizo en el libro Médicos Ecuador, e incluyen: los cirujanos, el paciente como ser humano y la enfermedad.

Los cirujanos actúan como un artista donde su actividad, la Medicina, se desarrolla en el cuerpo del paciente, el mismo que es un ser humano inteligente y libre, no es sólo un

⁹² Cfr. Teresa, Baquerizo. Aspectos Emocionales en el Aspecto Quirúrgico. En Internet. [www.medicosecuador.com] Acceso: (05-01-2010). Pág. 1.

ser biológico sino que tiene un aspecto espiritual, social y corporal; a este ser es al que la enfermedad ataca y lo altera en todo sentido.

Por lo mencionado anteriormente, es importante recalcar que la enfermedad y la actividad médica son percibidas por el paciente en su totalidad, por lo que la atención que reciba debe contemplar todas sus necesidades, ya sean estas biológicas, sociales, psicológicas y espirituales. Proveer de manera adecuada este servicio determinará la calidad de la actuación del profesional y la relación entre el profesional y el paciente, quien intenta beneficiarse lo más posible del saber que le provee el profesional.

5.10 La Cirugía y los Efectos Psicológicos en el Paciente

La capacidad del paciente para adaptarse a las situaciones estresantes que la cirugía le presente; como los riesgos que esta constituyen para su vida, sumandos a los temores propios y la ansiedad que provocan los sucesos de su historia personal; es indispensable para un adecuado proceso de recuperación.

Una cirugía mayor o menor trae consigo una gran cantidad de situaciones que se convierten en pérdidas como: la intimidad, cotidianeidad, imagen corporal, la compañía de los seres queridos.

Los efectos de la cirugía se empiezan a producir desde el momento en que el médico indica al paciente la necesidad de una intervención quirúrgica, hasta el momento de la recuperación. Las principales angustias de los pacientes surgen en torno a la anestesia, al no despertar nunca, la mutilación, las cicatrices, la pérdida de una función corporal, la dependencia, el dolor, y más aún cuando el órgano que se va a intervenir o extirpar tiene un significado funcional o de identidad para el paciente, por ejemplo, intervenciones relacionadas con los órganos sexuales, la cabeza, los miembros.

El tiempo es un factor determinante, ya que desde el momento de la intervención hasta el momento de la recuperación total el paciente tendrá un desgaste tanto físico como emocional, es decir, mientras más tiempo tome este proceso mayor será el desgaste para el paciente ya que factores como el ambiente hospitalario; que por lo regular es frío y no corresponde a lo familiar; y la pérdida de independencia, contribuyen a que la situación emocional del paciente empeore.

5.11 Relación del Paciente con el Médico

La relación que se produce entre el médico y el paciente, está determinada por la ansiedad que se presenta a causa de la intervención quirúrgica, por lo que no se la debe manejar de una manera despreocupada, sino más bien se le debe prestar la atención debida de modo que esta le pueda permitir al paciente una participación activa dentro del proceso donde el paciente es la parte interesada y el médico complementa el equipo junto a él, con el fin de conseguir la salud.

Si la relación del médico y el paciente no se maneja de una manera adecuada, pueden producirse respuestas en el paciente que perjudiquen su recuperación, como aquellas que denotan pasividad y dependencia del paciente al médico, donde toda la responsabilidad recaerá sobre el médico y durante una eventual complicación será éste quien llevará la carga de responsabilidad frente al paciente y la familia.

Otro tipo de respuesta es la melancolía, el paciente asume que lo peor va a pasar, es decir, se resigna frente a la fatalidad y lo asume como un castigo, por lo que, según la psicóloga Teresa Baquerizo,⁹³ el médico o el profesional que lo aborde debe diferenciar entre una depresión reactiva y una personalidad melancólica y se deben analizar los

⁹³ Cfr. *Ibidem*. Pág. 2.

antecedentes psiquiátricos, familiares o el consumo de sustancias farmacológicas. Las respuestas pesimistas que denotan miedo o terror, se pueden manifestar en frases como: “tengo miedo de morir creo que no aceptaré la cirugía” o se pueden manifestar respuestas contrafóbicas donde se expresa un temor negado por la mente, en donde el paciente expresa que accederá a la cirugía, porque es lo mejor para él, pero en realidad está encubriendo el terror que siente.

La respuesta maníaca se presenta cuando el paciente niega la realidad de la enfermedad y se aferra a la idea de la cirugía es un error y por lo tanto se demorará en acudir nuevamente al médico. Por otro lado, los pacientes que expresan respuestas histéricas manifestarán síntomas de conversión somática como taquicardia, dolores inespecíficos y harán del procedimiento quirúrgico un espectáculo donde él será el protagonista, el médico el héroe y su familia, el público. En estos casos, el profesional, con mucha discreción y sensibilidad, abordará positivamente al paciente sin dejarse dominar por la voluntad de éste.

La respuesta paranoide se evidencia en la actitud de negación y desconfianza que presenta el paciente, el mismo que se siente agredido y se crea un clima hostil en la relación entre el médico y el paciente, por lo que la actitud apropiada por parte del médico es remitirse a los hechos y documentos que avalan el diagnóstico por él dado.

La respuesta obsesiva es una de las más difíciles de manejar, ya que el paciente muestra una aparente calma y equilibrio donde lo que intentan esconder es un miedo muy intenso. Por lo que a veces un acercamiento del médico hacia el paciente puede evidenciar esta respuesta.

Por último, la psicóloga Teresa Baquerizo,⁹⁴ indica que se puede presentar una respuesta hipocondríaca y una sobredimensión de la cirugía, producidos por la desconfianza que manifiesta el paciente acerca de la enfermedad y las complicaciones.

5.12 La Comunicación

Es indispensable que el médico tenga conocimiento de la estructura psíquica de los pacientes, de esta manera se puede contar con elementos útiles para su manejo. Para algunos individuos verbalizar sus temores y miedos es muy difícil y se da únicamente cuando se le brinda el espacio adecuado, donde se le da un valor a lo que él refiere, lo cual aportará de manera positiva a su autonomía y a su capacidad de tomar decisiones.

⁹⁴ Cfr. *Ibidem.* Pág. 2.

CAPITULO II

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

1 ANTECEDENTES

1.1 La Institución y su Entorno

1.1.1 Historia Hospital de Especialidades Eugenio Espejo

El hospital Eugenio funciona desde hace 76 años en la ciudad de Quito. Desde su fundación el objetivo principal ha sido brindar un servicio de salud eficiente para la comunidad.

Su historia se remonta al años de 1898, cuando el entonces Presidente de la República, el General Eloy Alfaro, ordenó su construcción para que éste reemplazara la vieja y colonial estructura del Hospital de la Misericordia - San Juan de Dios, para de esta manera desterrar la idea de que la salud es un acto de caridad y no un derecho al que deben acceder todos los ciudadanos.

La construcción del hospital se inició en el año de 1901, con los planos diseñados por el Arquitecto Francis Schmidt, en una zona apta, según los expertos en salubridad. La obra se paralizó varias veces debido a la falta de recursos y es gracias a una gestión de la Junta de Beneficencia de Quito que la obra se terminó treinta y dos años más tarde en la

presidencia de Don Juan de Dios Martínez Mera, quien lo inauguró el 24 de mayo de 1933 y empezó a funcionar el 10 de agosto del mencionado año. La edificación constó de seis pabellones, horizontalmente alineados, tres a la derecha y tres a la izquierda con la capilla en la mitad, todo con un estilo neoclásico.⁹⁵

En 1926 se construyó el pabellón de cirugía y, posteriormente se le solicitó al constructor realizar el diseño del pabellón 6 y de la capilla. Este mismo año se empezó la construcción de estos dos sectores y se terminó tres años después en 1929.⁹⁶

Sin embargo, después de la Segunda Guerra Mundial y la revolución que ésta provocó en el campo de la medicina, la infraestructura del Hospital quedó obsoleta, razón por la cual los médicos a cargo del hospital, solicitaron a la Junta Central de Asistencia Social de Quito (1970) hoy Ministerio de Salud, que la vieja infraestructura fuera reemplazada, por lo que el Triunvirato Militar decidió el inicio de la nueva construcción, la misma que se la encargó a una compañía israelita. El 24 de mayo de 1983, el Doctor Jaime Roldós Aguilera colocó la primera piedra y nueve años más tarde, el entonces Presidente de la República, Doctor Rodrigo Borja, inauguró parcialmente la nueva edificación, para volverla a inaugurar, de manera total y definitiva, dos años más tarde por el Presidente Arquitecto Sixto Durán Ballén.⁹⁷

1.1.2 Características de la Población a quien se Dirige Atención

En una entrevista realizada al Director del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Doctor Raúl Villacís,⁹⁸ manifiesta que el hospital cuenta con 35 especialidades y

⁹⁵ Cfr. Centro de Convenciones Eugenio Espejo. Reseña Histórica. En Internet. [www.centrodeconvenciones.com.ec] Acceso: (15-01-2010)

⁹⁶ Cfr. Ibidem.

⁹⁷ Cfr. Suplemento publicado por Diario Hoy el día 24 de mayo del 2005

⁹⁸ Cfr. Raúl, Villacís. (2010). Entrevista. Quito: Director del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

subespecialidades y atiende aproximadamente entre diez y doce mil consultas anuales. Se lo considera como un hospital de tercer nivel en complejidad donde se atienden además diez mil egresos hospitalarios anuales. Es un hospital de referencia nacional por lo cual tiene la mayor cobertura de las emergencias de mayor complejidad en el país.

Los costos operativos que genera el funcionamiento del hospital son financiados en un 80% por el Estado a través de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, y el 20% restante se financia por recuperación de costos o autogestión.

Los pacientes pagan la atención que reciben de una manera proporcional a sus ingresos, para lo cual son categorizados por el Departamento de Trabajo Social.

En el hospital se atienden aproximadamente ocho mil cirugías anuales, de las cuales el 30% pertenecen al área de cirugía general, es decir que aproximadamente se realizan dos mil cuatrocientas cirugías anuales en dicha especialidad.

1.1.3 Área de Cirugía General

El área de Cirugía General se ubica en el noveno piso del edificio donde funciona el Hospital Eugenio Espejo y cuenta con un área de hospitalización de treinta y seis camas. El personal se compone de ocho cirujanos de planta, estudiantes de post grado en rotación permanente con una cobertura por guardia de cuatro por turno, personal de enfermería, compuesto por una enfermera en jefe por turno las veinte y cuatro horas del día, además de las auxiliares de enfermería y los auxiliares de servicios.

Los pacientes quirúrgicos atendidos en esta área ingresan por emergencia y mediante cirugías programadas o electivas. La mayor incidencia de cirugías por emergencia es a causa de traumas abdominales provocados por arma blanca o de fuego y trauma contuso de

abdomen y en un número menor por cuadros inflamatorios como peritonitis y apéndice perforado. Dentro de las cirugías electivas se pueden mencionar, como causa principal de cirugía, la patología biliar tumoral, de vías biliares, de estómago y de colón. El índice de mortalidad total en el Hospital es de 4,8% del cual el 2% pertenece al área de Cirugía General.⁹⁹

1.1.4 Intervención Psicológica en el Hospital Eugenio Espejo

El hospital Eugenio Espejo, cuenta con un área de Psicología, que se encuentra funcionando desde el año 2003. El grupo humano que trabaja en esta área está conformado por cinco psicólogas clínicas lideradas por la Doctora Myriam Ortiz, psicóloga clínica, quienes realizan un trabajo de psicoterapia a todo tipo de población, como: niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

El espacio físico con el que cuenta este servicio es de cinco (5) consultorios, los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera: 4 en consulta externa y uno en hospitalización que son las áreas donde se presta la atención psicológica.

2 PROPUESTA

2.1 Propuesta de Intervención en Crisis con los Pacientes a ser Sometidos a Cirugía

Las intervenciones quirúrgicas representan una fuente de estrés muy alta para los pacientes que se encuentran a espera de someterse a una cirugía. Situaciones como el enfrentamiento a la muerte, al dolor, al alejamiento familiar, a la dependencia física, al

⁹⁹ Cfr. *Ibidem*.

temor de no despertar después de la anestesia, a la situación económica o laboral, desencadenan respuestas emocionales como angustia, miedo y depresión las mismas que tornarían lenta y complicada la recuperación.¹⁰⁰

Es de gran importancia para el paciente el acompañamiento, la adecuada explicación acerca del procedimiento y de ser necesario el trabajo de intervención en crisis, el mismo que le permitirá enfrentar la situación traumática de una mejor manera, disminuyendo así las respuestas emocionales que se presentan en pacientes que atraviesan por una crisis.

Un aspecto relevante acerca de la importancia de este trabajo previo a la cirugía es identificar a los pacientes que por su diagnóstico psiquiátrico presentan un alto riesgo quirúrgico de origen psicológico¹⁰¹ ya que pacientes con patologías; como neurosis grave, antecedentes de mala adaptación, marcada ansiedad, intervenciones quirúrgicas anteriores donde se hayan presentado amputaciones; tienen mayor riesgo de presentar dificultades en la recuperación tanto física como emocional.

Con base en lo expuesto, proponemos que los pacientes quirúrgicos, desde el momento en que reciben la noticia que requieren ser intervenidos, son más propensos a sufrir de depresión y de ansiedad, debido al desconocimiento acerca del procedimiento al cual se someterán, así como la incertidumbre sobre el pronóstico y el resultado de la cirugía, todo esto agravado por la difícil situación que se vive dentro de los hospitales públicos como el alejamiento de sus seres queridos, la soledad a la que se ven enfrentados debido a las estrictas normas en los horarios de visitas y a la falta de entrenamiento del personal de enfermería para lidiar con los efectos psicológicos que viven los pacientes. En consecuencia, la propuesta consiste en que al realizar una intervención en crisis breve, es

¹⁰⁰ Cfr. Martha Escamilla. El estrés preoperatorio y la ansiedad. En Internet. [www.susmedicos.com]. Acceso: (10-10-2010). Pág. 1.

¹⁰¹ Cfr. Eduardo Giacomantone. Estrés quirúrgico y Ansiedad. Criterios para su manejo terapéutico. En Internet. [www.gador.com.ar]. Acceso: (10-10-2010). Pág. 7.

decir de una sesión, los pacientes disminuirán notablemente sus niveles de depresión y ansiedad y por lo tanto enfrentarán la situación de mejor manera.

2.2 Modelo Teórico Propuesto

Para lograr realizar el estudio anteriormente mencionado, fue necesario tener en cuenta las investigaciones realizadas por autores como Slaikeu y Bellak, los cuales sirvieron de base para realizar esta guía y poco a poco ir adaptándola de acuerdo a las necesidades que íbamos encontrando en el hospital, por lo que debíamos tener en cuenta el espacio con el que contábamos, que no siempre tenía la suficiente privacidad, la situación del paciente, las personas que estaban con él, el horario de los médicos, entre otros factores.

Los dos autores mencionados anteriormente, han realizado múltiples investigaciones acerca de la intervención en crisis por lo que al estudiar sus propuestas, se decidió implementar ideas de los dos, así: Por una parte, Slaikeu propone los pasos a seguir en la intervención en crisis, lo que es más importante al realizar un trabajo de este tipo y por otra parte, Bellak le da gran importancia a los elementos que se deben tener en cuenta al realizar la intervención; en estos elementos, se tiene en cuenta la actitud que debe tener el terapeuta frente al paciente y también el libro de Psicoterapia Breve y de Emergencia se propone que es lo que debe alcanzar el paciente, viendo la intervención como un trabajo conjunto.

3 METODOLOGÍA

3.1 Selección de la Muestra

Los criterios para seleccionar la muestra fueron los siguientes:

Pacientes del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo

Sexo Masculino o Femenino

Edad comprendida entre dieciocho y cuarenta años

Pacientes programados para cirugía abdominal

Estadía en el hospital menor a 6 días

3.2 Descripción de la Muestra

Para la realización del estudio se tomó una muestra, la misma que tenía las siguientes características:

La muestra cuenta con un número de sesenta pacientes, dividida en dos grupos: cuarenta y cinco personas conforman el grupo de intervención en crisis y quince personas conforman el grupo de control, a los grupos anteriormente mencionados se les aplica el Test de Zung de depresión y ansiedad utilizando los siguientes rangos:

29-49	Sin depresión	Sin ansiedad
50-59	Depresión leve	Ansiedad leve
60-69	Depresión moderada	Ansiedad moderada
70-100	Depresión severa	Ansiedad severa

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE ZUNG DE DEPRESIÓN EN LA FASE PREOPERATORIA EN EL GRUPO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS		
Apreciación	Resultado	Número de Pacientes
Sin depresión	29-49	16
Depresión leve	50-59	8
Depresión Moderada	60-69	14
Depresión Severa	70-100	7

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE ZUNG DE DEPRESIÓN EN LA FASE PREOPERATORIA EN EL GRUPO DE CONTROL		
Apreciación	Resultado	Número de Pacientes
Sin depresión	29-49	6
Depresión leve	50-59	5
Depresión Moderada	60-69	2
Depresión Severa	70-100	2

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE ZUNG DE ANSIEDAD EN LA FASE PREOPERATORIA EN EL GRUPO DE CONTROL		
Apreciación	Resultado	Número de Pacientes
Sin ansiedad	29-49	6
Ansiedad leve	50-59	3
Ansiedad Moderada	60-69	5
Ansiedad Severa	70-100	1

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE ZUNG DE ANSIEDAD EN LA FASE PREOPERATORIA EN EL GRUPO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS		
Apreciación	Resultado	Número de Pacientes
Sin ansiedad	29-49	16
Ansiedad leve	50-59	12
Ansiedad Moderada	60-69	8
Ansiedad Severa	70-100	9

3.3 Metodología de la Intervención en Crisis

Las sesiones se realizaron en un tiempo de cuarenta minutos con los pacientes con lo que se trabajó en intervención en crisis y de veinte y cinco minutos con los pacientes del grupo de control.

Con los pacientes que forman parte de los dos grupos, inicialmente se completaron los datos personales en una ficha que incluía: nombres y apellidos, fecha de nacimiento, edad, ocupación, estado civil, tipo de instrucción, diagnóstico médico, antecedentes familiares de psicopatologías, historia vital.

Posteriormente se aplica el Test de Zung a los dos grupos, tanto para medir el nivel de depresión y de ansiedad, para luego realizar el trabajo de Intervención en Crisis con el grupo más numeroso.

Se realiza la Intervención en Crisis siguiendo los pasos propuestos en base al modelo de Karl Slaikeu:

El primer paso a considerar fueron los problemas inmediatos del paciente, el mismo que durante esta etapa de la intervención expresó sus preocupaciones, las que generalmente tenían relación con: la cirugía y el resultado de esta, el tiempo de

recuperación, las secuelas que dejaría en su rutina de vida, la lejanía de los hijos, especialmente de los más pequeños que no pueden ingresar al Hospital.

Posteriormente se buscó resolver los problemas que se consideraban inmediatos, para lo cual el paciente mismo propone soluciones, en algunos momentos se sugirieron alternativas y se le facilitaron recursos como: información acerca del horario programado para la cirugía, pedir atención por parte de las enfermeras y el personal del hospital, contacto con personas que pudieran ayudarlo a resolver el problema, proveer material para realizar cartas que serían enviados a sus familiares que no podrían ingresar al Hospital. De esta forma se pudo organizar de una manera adecuada las preocupaciones del paciente teniendo así una visión global de las mismas, esto que facilitó una solución paulatina de los aspectos preocupantes.

El tercer paso se relacionó con la resolución de los conflictos que podían ser solucionarse posteriormente, o que requerían de un tiempo de espera; como los resultados de la cirugía: existen también problemas que solo podían ser resueltos una vez que el tiempo de recuperación ha pasado y han sido dados de alta, por lo que se debe hablar de ellos con el fin de organizar de tal forma que se pueda construir una visión real de estos y los sobredimensione.

Luego de haber realizado el trabajo tanto de identificación de problemas así como la búsqueda de soluciones, se sugirió realizar un plan de acción: que se pone en práctica inmediatamente; el mismo que lo diseñó el paciente. Durante este proceso se hizo un acompañamiento, con lo que se logró disminuir la ansiedad que experimenta el paciente.

Posteriormente se realizó una evaluación del ahora y del después, observando así la situación anterior del paciente comparándola con el estado posterior del mismo.

Al día siguiente después de realizado el procedimiento quirúrgico se tiene una última sesión, con los dos grupos la misma que es empleada para aplicar nuevamente el Test de Zung y comparar los resultados.

Finalmente el trabajo concluye llenando la encuesta acerca de la percepción del paciente en lo que a la cirugía respecta, así como de su estado anímico actual y únicamente en el caso de los pacientes con los que se trabajo en Intervención en Crisis se le cuestiona acerca de la utilidad que tuvo dicha intervención.

3.4 Tipo de Estudio

El estudio de campo tiene un diseño experimental mixto de datos categóricos. Se escogió una muestra de 60 personas de forma aleatoria dentro del área de cirugía general del Hospital Eugenio Espejo, la misma que se dividió en dos grupos de la siguiente manera:

1. Cuarenta y cinco personas a las cuales se les proporcionó una sesión de intervención en crisis tanto pre operatoria como post operatoria y al final una evaluación.
2. Quince personas a las cuales no se les proporcionó intervención en crisis, pero si se les hará una sesión de evaluación y se tomará como grupo de control.

Para el análisis de los datos obtenido en la investigación se emplea estadística paramétrica descriptiva

3.5 Tabulación de Datos

PACIENTES A LOS CUALES SE LES REALIZÓ INTERVENCIÓN EN CRISIS						
DATOS DEL PACIENTE			DEPRESIÓN		ANSIEDAD	
N.	EDAD	CIRUGÍA	PRE	POST	PRE	POST
1	29	Apendicetomía	68,75	37,5	71,25	46
2	45	Colecistectomía abierta	47,5	30	37,5	41
3	28	Colecistectomía laparoscópica	38,75	31,25	31,25	38,75
4	25	Hernioplastia inguinal	63,75	41,25	51,25	35
5	26	Colostomía	50	32,5	51,25	30
6	37	Colecistectomía laparoscópica	62,5	36,25	53,75	37,5
7	41	Colecistectomía laparoscópica	62,5	38,75	62,5	45
8	35	Hernioplastia inguinal	43,75	37,5	56,25	38,75
9	35	Colecistectomía abierta	61,25	53,75	58,75	51,25
10	39	Gastrectomía	45	36,25	51,25	32,5
11	33	Colecistectomía laparoscópica	33,75	36,25	32,5	45
12	30	Colecistectomía laparoscópica	41,25	32,5	46,25	35
13	21	Colostomía	75	50	53,75	51,25
14	40	Hernioplastia umbilical	35	25	32,5	25
15	40	Colecistectomía laparoscópica	42,5	42,5	35	33,75
16	40	Colostomía	53,75	45	37,5	31,25
17	32	Apendicetomía	27,5	41,25	25	37,5
18	39	Hernioplastia inguinal	50	33,75	51,25	31,25
19	44	Gastrectomía	35	27,5	28,75	1,5
20	29	Colecistectomía abierta	76,25	61,25	77,5	53,75
21	36	Colecistectomía laparoscópica	66,25	57,5	82,5	62,5
22	42	Gastroplastía	88,75	58,75	85	60
23	35	Colecistectomía abierta	57,5	47,5	62,5	57,5
24	39	Gastrectomía	61,25	47,5	60	43,75
25	32	Colecistectomía laparoscópica	81,25	61,25	95	63,75
26	23	Tiroidectomía	80	58,75	76,25	57,5
27	34	Colecistectomía laparoscópica	52,5	47,5	68,75	56,25
28	34	Colecistectomía laparoscópica	32,5	31,25	46,25	42,5
29	42	Colecistectomía abierta	75	53,75	70	51,25
30	38	Gastroplastía	66,25	52,5	82,5	62,5
31	40	Colecistectomía abierta	36,25	38,75	36,25	33,75
32	39	Colecistectomía laparoscópica	62,5	41,25	67,5	46,25
33	36	Hernioplastia umbilical	52,5	47,5	53,75	35
34	38	Hernioplastia inguinal	52,5	32,5	48,75	31,5
35	23	Tiroidectomía	60	38,75	68,75	45
36	40	Colecistectomía laparoscópica	66,25	38,75	47,5	46,25
37	40	Colostomía	58,75	52,5	71,25	57,5
38	32	Esplenectomía laparoscópica	67,5	50	65	45
39	40	Tiroidectomía	42,5	47,5	52,5	48,75
40	20	Colecistectomía laparoscópica	63,75	48,75	55	41,25
41	39	Colecistectomía laparoscópica	47,5	33,75	47,5	32,5
42	29	Colecistectomía laparoscópica	71,25	61,25	61,25	51,25
43	22	Colecistectomía abierta	47,5	31,25	35	38,8
44	24	Hernioplastia inguinal	27,5	25	37,5	33,75
45	42	Hernioplastia umbilical	65	52,5	51,25	48,75

PACIENTES A LOS CUALES NO SE LES REALIZÓ INTERVENCIÓN EN CRISIS (GRUPO DE CONTROL)							
DATOS DEL PACIENTE				DEPRESIÓN		ANSIEDAD	
N.	EDAD	CIRUGÍA		PRE	POST	PRE	POST
1	18	Tiroidectomía		32,5	32,5	26,25	26,25
2	21	Tiroidectomía		55	57,5	55	62,5
3	42	Colecistectomía laparoscópica		56,25	61,25	57,5	52,5
4	20	Colecistectomía laparoscópica		61,25	63,75	66,25	65
5	45	Ileostomía		53,75	63,75	52,5	42,5
6	25	Colecistectomía abierta		46,25	48,75	47,5	53,75
7	37	Hernioplastia inguinal		70	61,25	71,25	62,5
8	34	Colecistectomía laparoscópica		56,25	63,75	63,75	70
9	26	Tiroidectomía		55	53,75	66,25	61,25
10	28	Colecistectomía laparoscópica		42,5	42,25	38,75	42,25
11	40	Colecistectomía abierta		31,25	27,5	33,75	33
12	19	Tiroidectomía		40	58,75	31,25	53,75
13	20	Apendicetomía		73	61,25	68	68
14	19	Colecistectomía laparoscópica		30	45	36,25	32,5
15	23	Gastroplastía		61,25	62,5	63,75	61,25

GRUPO DE INTERVENCIÓN

Procedimiento	Nivel	Depresión				Ansiedad			
		Prequirúrgico		Postquirúrgico		Prequirúrgico		Postquirúrgico	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Apendicectomía	Sin	1	50	2	100	1	50	2	100
	Leve	0	0	0	0	0	0	0	0
	Moderado	1	50	0	0	0	0	0	0
	Severo	0	0	0	0	1	50	0	0
	TOTAL	2	100	2	100	2	100	2	100

Procedimiento	Nivel	Prequirúrgico		Postquirúrgico		Prequirúrgico		Postquirúrgico	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
		Colecistectomía Abierta	Sin	3	43	4	57	3	43
Leve	1		14	2	29	1	14	4	57
Moderado	1		14	1	14	1	14	0	0
Severo	2		29	0	0	2	29	0	0
TOTAL	7		100	7	100	7	100	7	100

Procedimiento	Nivel	Prequirúrgico		Postquirúrgico		Prequirúrgico		Postquirúrgico	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
		Colecistectomía Laparoscópica	Sin	6	40	12	80	7	47
Leve	1		7	1	7	2	13	2	13
Moderado	6		40	2	13	4	27	2	13
Severo	2		13	0	0	2	13	0	0
TOTAL	15		100	15	100	15	100	15	100

Procedimiento	Nivel	Prequirúrgico		Postquirúrgico		Prequirúrgico		Postquirúrgico	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Colostomía	Sin	3	75	2	50	1	25	2	50
	Leve	1	25	2	50	2	50	2	50
	Moderado	0	0	0	0	0	0	0	0
	Severo	0	0	0	0	1	25	0	0
	TOTAL	4	100	4	100	4	100	4	100

Procedimiento	Nivel	Prequirúrgico		Postquirúrgico		Prequirúrgico		Postquirúrgico	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Esplenectomía Laparoscópica	Sin	0	0	0	0	0	0	1	100
	Leve	0	0	1	100	0	0	0	0
	Moderado	1	100	0	0	1	100	0	0
	Severo	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	1	100	1	100	1	100	1	100

Procedimiento	Nivel	Prequirúrgico		Postquirúrgico		Prequirúrgico		Postquirúrgico	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Gastrectomías	Sin	2	67	3	100	1	33	3	100
	Leve	0	0	0	0	1	33	0	0
	Moderado	1	33	0	0	1	33	0	0
	Severo	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	3	100	3	100	3	100	3	100

Procedimiento	Nivel	Prequirúrgico		Postquirúrgico		Prequirúrgico		Postquirúrgico	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Gastroplastia	Sin	0	0	0	0	0	0	0	0
	Leve	0	0	2	100	0	0	0	0
	Moderado	1	50	0	0	0	0	2	100
	Severo	1	50	0	0	2	100	0	0
	TOTAL	2	100	2	100	2	100	2	100

Procedimiento	Nivel	Prequirúrgico		Postquirúrgico		Prequirúrgico		Postquirúrgico	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Hernioplastia Inguinal	Sin	2	40	5	100	2	40	5	100
	Leve	2	40	0	0	3	60	0	0
	Moderado	1	20	0	0	0	0	0	0
	Severo	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	5	100	5	100	5	100	5	100

Procedimiento	Nivel	Prequirúrgico		Postquirúrgico		Prequirúrgico		Postquirúrgico	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Hernioplastia Umbilical	Sin	1	33	2	67	1	33	3	100
	Leve	1	33	1	33	2	67	0	0
	Moderado	1	33	0	0	0	0	0	0
	Severo	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	3	100	3	100	3	100	3	100

Procedimiento	Nivel	Prequirúrgico		Postquirúrgico		Prequirúrgico		Postquirúrgico	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Tiroidectomía	Sin	1	33	2	67	0	0	2	67
	Leve	0	0	1	33	1	33	1	33
	Moderado	1	33	0	0	1	33	0	0
	Severo	1	33	0	0	1	33	0	0
	TOTAL	3	100	3	100	3	100	3	100

GRUPO DE CONTROL

Procedimiento	Nivel	Prequirúrgico		Postquirúrgico		Prequirúrgico		Postquirúrgico	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Apendicectomía	Sin	0	0	0	0	0	0	0	0
	Leve	0	0	0	0	0	0	0	0
	Moderado	0	0	1	100	1	100	1	100
	Severo	1	100	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	1	100	1	100	1	100	1	100

Procedimiento	Nivel	Prequirúrgico		Postquirúrgico		Prequirúrgico		Postquirúrgico	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Colecistectomía Abierta	Sin	2	100	2	100	2	100	1	50
	Leve	0	0	0	0	0	0	1	50
	Moderado	0	0	0	0	0	0	0	0
	Severo	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	2	100	2	100	2	100	2	100

Procedimiento	Nivel	Prequirúrgico		Postquirúrgico		Prequirúrgico		Postquirúrgico	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Colecistectomía Laparoscópica	Sin	2	40	2	40	2	40	2	40
	Leve	2	40	0	0	1	20	1	20
	Moderado	1	20	3	60	2	40	1	20
	Severo	0	0	0	0	0	0	1	20
	TOTAL	5	100	5	100	5	100	5	100

Procedimiento	Nivel	Prequirúrgico		Postquirúrgico		Prequirúrgico		Postquirúrgico	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Gastroplastía	Sin	0	0	0	0	0	0	0	0
	Leve	0	0	0	0	0	0	0	0
	Moderado	1	100	1	100	1	100	1	100
	Severo	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	1	100	1	100	1	100	1	100

Procedimiento	Nivel	Prequirúrgico		Postquirúrgico		Prequirúrgico		Postquirúrgico	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Hernioplastia Inguinal	Sin	0	0	0	0	0	0	0	0
	Leve	0	0	0	0	0	0	0	0
	Moderado	0	0	1	100	0	0	1	100
	Severo	1	100	0	0	1	100	0	0
	TOTAL	1	100	1	100	1	100	1	100

Procedimiento	Nivel	Prequirúrgico		Postquirúrgico		Prequirúrgico		Postquirúrgico	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Ileostomía	Sin	0	0	0	0	0	0	1	100
	Leve	1	100	0	0	1	100	0	0
	Moderado	0	0	1	100	0	0	0	0
	Severo	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	1	100	1	100	1	100	1	100

Procedimiento	Nivel	Prequirúrgico		Postquirúrgico		Prequirúrgico		Postquirúrgico	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Tiroidectomía	Sin	2	50	1	25	2	50	1	25
	Leve	2	50	3	75	1	25	1	25
	Moderado	0	0	0	0	1	25	2	50
	Severo	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	4	100	4	100	4	100	4	100

INTERPRETACIÓN

PACIENTES DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

1. Los pacientes sometidos a Apendicetomía fueron dos, de los cuales la medición del nivel de depresión y ansiedad tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica arrojaron los siguientes resultados:

Depresión:

Fase prequirúrgica

- El 50% no presentó un nivel de depresión significativo
- El 50% restante presentó un nivel de depresión moderada.

Fase postquirúrgica

- El 100% no presentó un nivel de depresión significativo.

Ansiedad:

Fase prequirúrgica

- El 50% no presentó un nivel de ansiedad significativo
- El 50% restante presentó un nivel de ansiedad severo.

Fase postquirúrgica

- El 100% no presentó un nivel de ansiedad significativo.

2. Los pacientes sometidos a una Colectomía Abierta fueron 7, de los cuales la medición del nivel de depresión y ansiedad tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica arrojaron los siguientes resultados:

Depresión:

Fase prequirúrgica

- El 43% no presentó un nivel significativo de depresión.
- El 14% presentó un nivel de depresión leve.
- El 14% presentó un nivel de depresión moderado.
- Y el 29% restante presentó un nivel de depresión severo

Fase postquirúrgica

- El 57% no presenta un nivel significativo de depresión
- El 29% presenta un nivel de depresión leve
- El 14% presenta un nivel de depresión moderado

Ansiedad

En la fase prequirúrgica

- El 43% no presenta un nivel significativo de ansiedad
- El 14% presenta un nivel de ansiedad leve
- El 14% presenta un nivel de ansiedad moderado
- El 29% presenta un nivel de ansiedad severo

En la fase postquirúrgica

- El 43% no presenta un nivel significativo de ansiedad
- El 57% presenta un nivel de ansiedad leve

3. Los pacientes sometidos a una Colectomía Laparoscópica fueron 15, de los cuales la medición del nivel de depresión y ansiedad tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica arrojaron los siguientes resultados:

Depresión

En la fase prequirúrgica

- El 40% no presentó un nivel significativo de depresión.
- El 7% presentó un nivel de depresión leve.
- El 40% presentó un nivel de depresión moderado.
- Y el 14% restante presentó un nivel de depresión severo

En la fase postquirúrgica

- El 80% no presenta un nivel significativo de depresión
- El 7% presenta un nivel de depresión leve
- El 13% presenta un nivel de depresión moderado

Ansiedad

En la fase prequirúrgica

- El 47% no presenta un nivel significativo de ansiedad
- El 13% presenta un nivel de ansiedad leve
- El 27% presenta un nivel de ansiedad moderado
- El 13% presenta un nivel de ansiedad severo

En la fase postquirúrgica

- El 73% no presenta un nivel significativo de ansiedad
- El 13% presenta un nivel de ansiedad leve
- El 13% presenta un nivel de ansiedad moderado

4. Los pacientes sometidos a una Colostomía fueron 4, de los cuales la medición del nivel de depresión y ansiedad tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica arrojaron los siguientes resultados:

Depresión

En la fase prequirúrgica

- El 75% no presentó un nivel significativo de depresión.
- El 25% presentó un nivel de depresión leve.

En la fase postquirúrgica

- El 50% no presenta un nivel significativo de depresión
- El 50% presenta un nivel de depresión leve

Ansiedad

En la fase prequirúrgica

- El 25% no presenta un nivel significativo de ansiedad
- El 50% presenta un nivel de ansiedad leve
- El 25% presenta un nivel de ansiedad severo

En la fase postquirúrgica

- El 50% no presenta un nivel significativo de ansiedad
- El 50% presenta un nivel de ansiedad leve

5. Fue solo un paciente sometido a Esplenectomía Laparoscópica, en el cual la medición del nivel de depresión y ansiedad tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica arrojaron los siguientes resultados:

Depresión

En la fase prequirúrgica

- Presentó un nivel de depresión moderado.

En la fase postquirúrgica

- Presentó un nivel de depresión leve

Ansiedad

En la fase prequirúrgica

- Presentó un nivel de ansiedad moderado

En la fase postquirúrgica

- No presentó un nivel significativo de ansiedad

6. Los pacientes sometidos a una Gastrectomía fueron 3, de los cuales la medición del nivel de depresión y ansiedad tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica arrojaron los siguientes resultados:

Depresión

En la fase prequirúrgica

- El 67% no presentó un nivel significativo de depresión.
- El 33% presentó un nivel de depresión moderado.

En la fase postquirúrgica

- El 100% no presenta un nivel significativo de depresión

Ansiedad

En la fase prequirúrgica

- El 33% no presenta un nivel significativo de ansiedad
- El 33% presenta un nivel de ansiedad leve
- El 33% presenta un nivel de ansiedad moderado

En la fase postquirúrgica

- El 100% no presenta un nivel significativo de ansiedad

7. Los pacientes sometidos a una Gastroplastía fueron 2, de los cuales la medición del nivel de depresión y ansiedad tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica arrojaron los siguientes resultados:

Depresión

En la fase prequirúrgica

- El 50% presentó un nivel de depresión moderado.
- Y el 50% restante presentó un nivel de depresión severo

En la fase postquirúrgica

- El 100% presenta un nivel de depresión leve

Ansiedad

En la fase prequirúrgica

- El 100% presenta un nivel de ansiedad severo

En la fase postquirúrgica

- El 100% presenta un nivel de ansiedad moderado

8. Los pacientes sometidos a una Hernioplastia Inguinal fueron 5, de los cuales la medición del nivel de depresión y ansiedad tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica arrojaron los siguientes resultados:

Depresión

En la fase prequirúrgica

- El 40% no presentó un nivel significativo de depresión.
- El 40% presentó un nivel de depresión leve.
- El 20% presentó un nivel de depresión moderado.

En la fase postquirúrgica

- El 100% no presenta un nivel significativo de depresión

Ansiedad

En la fase prequirúrgica

- El 40% no presenta un nivel significativo de ansiedad
- El 60% presenta un nivel de ansiedad leve

En la fase postquirúrgica

- El 100% no presenta un nivel significativo de ansiedad

9. Los pacientes sometidos a una Hernioplastia Umbilical fueron 3, de los cuales la medición del nivel de depresión y ansiedad tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica arrojaron los siguientes resultados:

Depresión

En la fase prequirúrgica

- El 33% no presentó un nivel significativo de depresión.
- El 33% presentó un nivel de depresión leve.
- El 33% presentó un nivel de depresión moderado.

En la fase postquirúrgica

- El 67% no presenta un nivel significativo de depresión
- El 33% presenta un nivel de depresión leve

Ansiedad

En la fase prequirúrgica

- El 33% no presenta un nivel significativo de ansiedad
- El 67% presenta un nivel de ansiedad leve

En la fase postquirúrgica

- El 100% no presenta un nivel significativo de ansiedad

10. Los pacientes sometidos a una Tiroidectomía fueron 3, de los cuales la medición del nivel de depresión y ansiedad tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica arrojaron los siguientes resultados:

Depresión

En la fase prequirúrgica

- El 33% no presentó un nivel significativo de depresión.
- El 33% presentó un nivel de depresión moderado.
- El 33% restante presentó un nivel de depresión severo

En la fase postquirúrgica

- El 67% no presenta un nivel significativo de depresión
- El 33% presenta un nivel de depresión leve

Ansiedad

En la fase prequirúrgica

- El 33% presenta un nivel de ansiedad leve
- El 33% presenta un nivel de ansiedad moderado
- El 33% presenta un nivel de ansiedad severo

En la fase postquirúrgica

- El 67% no presenta un nivel significativo de ansiedad
- El 33% presenta un nivel de ansiedad leve

PACIENTES DEL GRUPO DE CONTROL

11. Fue un solo paciente sometido a Apendicetomía en el cual la medición del nivel de depresión y ansiedad tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica arrojaron los siguientes resultados:

Depresión:

Fase prequirúrgica

- Presento un nivel de depresión severo

Fase postquirúrgica

- Presentó un nivel de depresión moderado

Ansiedad:

Fase prequirúrgica

- Presentó un nivel de ansiedad moderado

Fase postquirúrgica

- Presentó un nivel de ansiedad moderado

12. Los pacientes sometidos a una Colectomía Abierta fueron 2, de los cuales la medición del nivel de depresión y ansiedad tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica arrojaron los siguientes resultados:

Depresión:

Fase prequirúrgica

- El 100% no presentó un nivel significativo de depresión.

Fase postquirúrgica

- El 100% no presenta un nivel significativo de depresión

Ansiedad

En la fase prequirúrgica

- El 100% no presenta un nivel significativo de ansiedad

En la fase postquirúrgica

- El 50% no presenta un nivel significativo de ansiedad
- El 50% presenta un nivel de ansiedad leve

13. Los pacientes sometidos a una Colectomía Laparoscópica fueron 5, de los cuales la medición del nivel de depresión y ansiedad tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica arrojaron los siguientes resultados:

Depresión

En la fase prequirúrgica

- El 40% no presentó un nivel significativo de depresión.
- El 40% presentó un nivel de depresión leve.
- El 20% presentó un nivel de depresión moderado.

En la fase postquirúrgica

- El 40% no presenta un nivel significativo de depresión
- El 60% presenta un nivel de depresión moderado

Ansiedad

En la fase prequirúrgica

- El 40% no presenta un nivel significativo de ansiedad
- El 20% presenta un nivel de ansiedad leve
- El 40% presenta un nivel de ansiedad moderado

En la fase postquirúrgica

- El 40% no presenta un nivel significativo de ansiedad
- El 20% presenta un nivel de ansiedad leve
- El 20% presenta un nivel de ansiedad moderado
- El 20% presenta un nivel de ansiedad severo

14. Fue un solo paciente sometido a una Gastroplastía en el cual la medición del nivel de depresión y ansiedad tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica arrojaron los siguientes resultados:

Depresión

En la fase prequirúrgica

- Presentó un nivel de depresión moderado.

En la fase postquirúrgica

- Presentó un nivel de depresión moderado

Ansiedad

En la fase prequirúrgica

- Presentó un nivel de ansiedad moderado

En la fase postquirúrgica

- Presentó un nivel de ansiedad moderado

15. Fue un solo paciente sometido a una Hernioplastia Inguinal en el cual la medición del nivel de depresión y ansiedad tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica arrojaron los siguientes resultados:

Depresión

En la fase prequirúrgica

- Presentó un nivel de depresión severo.

En la fase postquirúrgica

- Presentó un nivel de depresión moderado

Ansiedad

En la fase prequirúrgica

- Presenta un nivel de ansiedad severo

En la fase postquirúrgica

- Presentó un nivel de ansiedad moderado

16. Fue un solo paciente sometido a una Ileostomía en el cual la medición del nivel de depresión y ansiedad tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica arrojaron los siguientes resultados:

Depresión

En la fase prequirúrgica

- Presentó un nivel de depresión leve.

En la fase postquirúrgica

- Presentó un nivel de depresión moderado

Ansiedad

En la fase prequirúrgica

- Presentó un nivel de ansiedad leve

En la fase postquirúrgica

- No presenta un nivel significativo de ansiedad

17. Los pacientes sometidos a una Tiroidectomía fueron 4, de los cuales la medición del nivel de depresión y ansiedad tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica arrojaron los siguientes resultados:

Depresión

En la fase prequirúrgica

- El 50% no presentó un nivel significativo de depresión.
- El 50% presentó un nivel de depresión leve.

En la fase postquirúrgica

- El 25% no presenta un nivel significativo de depresión
- El 75% presenta un nivel de depresión leve

Ansiedad

En la fase prequirúrgica

- El 50% no presenta un nivel significativo de depresión
- El 25% presenta un nivel de ansiedad leve
- El 25% presenta un nivel de ansiedad moderado

En la fase postquirúrgica

- El 25% no presenta un nivel significativo de ansiedad
- El 25% presenta un nivel de ansiedad leve
- El 50% presenta un nivel de ansiedad moderado

4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

1. El trabajo de Intervención en Crisis, realizado en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo muestra que los pacientes al momento de ingresar a la casa de salud; previo a la intervención quirúrgica; muestran un alto nivel de ansiedad y depresión.
2. La aplicación del Test de Zung, tanto en la fase pre operatoria como en la post operatoria fue de gran utilidad para la valoración del estado psicológico de los pacientes que participaron en el estudio.
3. La adecuada recolección de la información personal del paciente permitió la canalización del trabajo de Intervención en Crisis hacia las áreas que el paciente consideraba más conflictivas, ya sea su familia, situación económica o laboral o el miedo propio que produce el enfrentamiento a la muerte.
4. Se observa que debido a las normas de visita que se implementan en el Hospital, los pacientes se sienten solos y preocupados por sus familiares, con los cuales no tienen contacto. Situación que evidentemente aumenta el grado de ansiedad en los pacientes.
5. A causa de la gran cantidad de cirugías que se realizan en el Área de Cirugía General del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, el numero de

enfermeras y auxiliares lo es también, situación que desencadena que los pacientes no tengan la suficiente información acerca de su estado de salud o de los procedimientos que se van a llevar a cabo, por lo cual el nivel de ansiedad y depresión aumentan a causa de la angustia, el miedo y la preocupación que esto provoca. Además de la falta de privacidad que sufren al momento de ser aseados o curados.

6. La intervención en Crisis, fue muy efectiva ya que se inició con un paso muy importante que es la escucha empática, es decir permitir que el paciente pueda expresar abiertamente sus preocupaciones y miedos, de tal forma que se sientan comprendidos. Posteriormente se trata de solventar las dudas que se presentan acerca de las indicaciones pre quirúrgicas como de las post quirúrgicas, solicitando al personal de enfermería que les provean de suficiente información, lo cual tiene un efecto tranquilizador que permite a los pacientes continuar con el trabajo de Intervención en Crisis.
7. La situación socio económica de los pacientes atendidos en esta área del Hospital Eugenio Espejo y en general en todas las áreas, es muy limitada por lo cual sus familiares deben trabajar todo el día, lo que agrava la situación emocional de los pacientes, que expresan sentir soledad y abandono.
8. El espacio físico donde los pacientes se encuentran hospitalizados es muy reducido, por lo que es muy difícil encontrar privacidad absoluta para realizar el trabajo, sin embargo estos inconvenientes no son factibles de solucionarse, por lo cual fue indispensable adaptar el trabajo a los inconvenientes que se fueron

presentando a lo largo del trabajo práctico, ya que el minimizar los obstáculos, le dio al paciente la pauta para poder encontrar las soluciones a los problemas inmediatos, por ejemplo el uso de un teléfono celular para hablar con sus familiares, aprovechar el horario de visita para compartir con sus seres queridos, el uso de cartas y dibujos para enviárselos a sus hijos pequeños que no pueden ingresar al hospital o simplemente llamarlos a decirles cuanto los quieren y los extrañan, hacer una lista de preguntas para planteárselas al cirujano en el momento que pasa visita a los pacientes, fue una manera efectiva de no tener dudas ni incertidumbres acerca de la cirugía y el escribirlas ayudó a recordarlas en su totalidad.

9. Indudablemente la sensación de organización en cuanto a sus conflictos y preocupaciones así como de las soluciones y los recursos para resolverlos permiten al paciente disminuir la ansiedad y la depresión que presentan al momento de ingresar al hospital, lo cual les predispone positivamente para la cirugía y les ayuda a que su convalecencia sea más corta y con menos obstáculos para sentirse anímicamente mejor.
10. Los pacientes sometidos a Colostomía son los que menos nivel de mejoría presentan, debido a las evidentes secuelas que esta cirugía provoca tanto en la estética de su cuerpo como en la rutina de vida del paciente.
11. Los pacientes del grupo sometido a intervención en crisis y que fueron intervenidos por medio de Colectomía Laparoscópica, presentaron una

mejoría notablemente superior en comparación a los demás pacientes sometidos a otros tipos de intervención.

4.2 RECOMENDACIONES

1. Teniendo en cuenta los estudios realizados por los autores presentados en esta disertación, particularmente los de Bellak en la terapia breve, se recomienda adoptar la intervención en crisis como una política de salud pública en razón a que en la prueba piloto materia de este trabajo se evidencio que incide positivamente en la recuperación de los pacientes. Esta propuesta no generaría mayores costos al erario público si se trabaja con estudiantes en práctica de ciencias de la salud.
2. Como parte de la implementación de la política de que trata el numeral anterior y en razón a que el test de Zung (Ansiedad y Depresión) puede ser auto diligenciado por el paciente, se propone que al momento de iniciar los trámites de hospitalización el paciente complete el test mencionado, el cual deberá ser analizado por personal entrenado para ello con el fin de realizar las intervenciones a que haya lugar.
3. Es importante que durante el proceso de recolección de la información personal del paciente, el facilitador procure tomar nota de todas las pautas que el paciente dé, para lograr de esta manera hacer una adecuada intervención en crisis.

4. El contacto de los pacientes con sus familiares debería ser más flexible después de concluidas las horas de visita, ya que en ocasiones el paciente siente gran cantidad de angustia al no poder dar información acerca de su estado a sus familiares que se encuentran esperando a las afueras de la casa de salud.
5. Como política de respeto a los derechos de los pacientes, las camas de las habitaciones del Hospital Eugenio Espejo deben contar con divisiones que permitan que los individuos cuenten con un mínimo de privacidad en momentos tales como inspección médica, jornadas de sueño, cambio de ropa, entre otros.
6. Es importante realizar una ampliación y especificación del cuestionario, que se empleó en la investigación, para tener resultados más confiables acerca de lo que piensan los pacientes, ya que al preguntar “como se siente” puede ser interpretado en el aspecto físico y no psicológico.
7. En los pacientes sometidos a colostomía, al observarse que su recuperación emocional no es tan satisfactoria en relación a los demás pacientes, se recomienda que se realice una terapia posterior a la cirugía, debido a las características propias de este tipo de intervención y a las secuelas que se producen en el estilo de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. BAQUERIZO, T. [www.medicosecuador.com]. Aspectos Emocionales en el Aspecto Quirúrgico. Acceso: Enero 01, 2010
2. BELLAK, L. (1980). Psicoterapia breve y de emergencia. México: Editorial Pax México.
3. BRENSON, G. (2000). Recuperación psicosocial. Una guía para facilitadores de apoyo en crisis y desastres.
4. DICCIONARIO REAL LENGUA ESPAÑOLA. (2008). Barcelona: Editorial Océano.
5. ECHEBURÚA, E. (2004). Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Ediciones Pirámide.
6. ESCAMILLA, M. [www.susmedicos.com]. El estrés preoperatorio y la ansiedad. Acceso: Noviembre 10, 2010.
7. FREUD, S. (2000). El Duelo. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones. Tomo XIV.
8. GIACOMANTONE, E. [www.gador.com.ar]. Estrés quirúrgico y Ansiedad. Criterios para su manejo terapéutico. Acceso: Noviembre 10, 2010.
9. LEAHEY, T. (1998). Historia de la Psicología. Madrid: Prentice Hall Iberia. 4ta. Edición.
10. MARTÍNEZ, D., VALDEZ, S. y GONZÁLEZ, R. (1996). Cirugía: Bases de conocimiento quirúrgico. McGraw Hill. Interamericana.
11. SCHEFLER, W. (1981). Bioestadística. Versión en español de Carlos Prado Campos. Fondo Educativo Internacional S.A.
12. SIEGEL, S. (1978). Estadística no paramétrica aplicada a las Ciencias de la Conducta. México: Editorial Trillas.
13. SLAIKEU, K. (1999). México: Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación. Editorial Manual Moderno.
14. MANJÓN, P. [www.salvador.edu.ar]. Crisis existencial. Aplicación de la psicología cognitiva a la resolución de una problemática, Septiembre 2001. Internet. Acceso Diciembre 15, 2009.
15. RUBIN, B. (2001). Intervención en crisis y respuesta al trauma. Editorial Desclee de Brower sa.

ANEXOS

ANEXO 1

DEPRESIÓN

Paso 1: planteamiento de la hipótesis nula y la hipótesis alternativa:

Hipótesis nula:

El promedio del nivel de depresión de pacientes control es igual al promedio del nivel de depresión de pacientes que recibieron un tratamiento pos operatorio.

Hipótesis alternativa:

El promedio del nivel de depresión de pacientes control difiere al promedio del nivel de depresión de pacientes que recibieron un tratamiento pos operatorio.

Paso2: selección del nivel de significación:

Se pretende determinar un nivel de confianza del 99%, de que los resultados obtenidos concuerden con el promedio poblacional de los niveles de depresión.

Por tanto su nivel de significación es de 0,01

Paso 3: establecer la regla de decisión

Grados de libertad del numerador = $k - 1 = 2 - 1 = 1$

Grados de libertad del denominador = $60 - 2 = 58$

Rechazar la hipótesis nula si el valor calculado para f es mayor que 7,08 para 60 grados de libertad. Por tanto aceptaría la hipótesis alternativa con un nivel de significación del 0,01.

Caso contrario no se rechazara hipótesis nula si el valor calculado para f es menor que 7,08 y rechazaría la hipótesis alternativa.

DEPRESIÓN					
INTERVENIDAS CON EL TRATAMIENTO					
Nº	PREOPERATORIA Xa	POSTOPERATORIA Ya	XY	X ²	Y ²
1	68,75	37,5	2578,13	4726,56	1406,25
2	47,5	30	1425,00	2256,25	900,00
3	38,75	31,25	1210,94	1501,56	976,56
4	63,75	41,25	2629,69	4064,06	1701,56
5	50	32,5	1625,00	2500,00	1056,25
6	62,5	36,25	2265,63	3906,25	1314,06
7	62,5	38,75	2421,88	3906,25	1501,56
8	43,75	37,5	1640,63	1914,06	1406,25
9	61,25	53,75	3292,19	3751,56	2889,06
10	45	36,25	1631,25	2025,00	1314,06
11	33,75	36,25	1223,44	1139,06	1314,06
12	41,25	32,5	1340,63	1701,56	1056,25
13	75	50	3750,00	5625,00	2500,00
14	35	25	875,00	1225,00	625,00
15	42,5	42,5	1806,25	1806,25	1806,25
16	53,75	45	2418,75	2889,06	2025,00
17	27,5	41,25	1134,38	756,25	1701,56
18	50	33,75	1687,50	2500,00	1139,06
19	35	27,5	962,50	1225,00	756,25
20	76,25	61,25	4670,31	5814,06	3751,56
21	66,25	57,5	3809,38	4389,06	3306,25
22	88,75	58,75	5214,06	7876,56	3451,56
23	57,5	47,5	2731,25	3306,25	2256,25
24	61,25	47,5	2909,38	3751,56	2256,25
25	81,25	61,25	4976,56	6601,56	3751,56
26	80	58,75	4700,00	6400,00	3451,56
27	52,5	47,5	2493,75	2756,25	2256,25
28	32,5	31,25	1015,63	1056,25	976,56
29	75	53,75	4031,25	5625,00	2889,06
30	66,25	52,5	3478,13	4389,06	2756,25
31	36,25	38,75	1404,69	1314,06	1501,56
32	62,5	41,25	2578,13	3906,25	1701,56
33	52,5	47,5	2493,75	2756,25	2256,25
34	52,5	32,5	1706,25	2756,25	1056,25
35	60	38,75	2325,00	3600,00	1501,56
36	66,25	38,75	2567,19	4389,06	1501,56
37	58,75	52,5	3084,38	3451,56	2756,25
38	67,5	50	3375,00	4556,25	2500,00
39	42,5	47,5	2018,75	1806,25	2256,25
40	63,75	48,75	3107,81	4064,06	2376,56
41	47,5	33,75	1603,13	2256,25	1139,06
42	71,25	61,25	4364,06	5076,56	3751,56
43	47,5	31,25	1484,38	2256,25	976,56
44	27,5	25	687,50	756,25	625,00
45	65	52,5	3412,50	4225,00	2756,25
SUMATORIAS	2496,25	1926,25	112160,94	148554,69	87148,44

DEPRESIÓN					
PACIENTES DE CONTROL					
Nº	PREOPERATORIA	POSTOPERATORIA	XY	X²	Y²
	Xb	Yb			
1	32,5	32,5	1056,25	1056,25	1056,25
2	55	57,5	3162,50	3025,00	3306,25
3	56,25	61,25	3445,31	3164,06	3751,56
4	61,25	63,75	3904,69	3751,56	4064,06
5	53,75	63,75	3426,56	2889,06	4064,06
6	46,25	48,75	2254,69	2139,06	2376,56
7	70	61,25	4287,50	4900,00	3751,56
8	56,25	63,75	3585,94	3164,06	4064,06
9	55	53,75	2956,25	3025,00	2889,06
10	42,5	42,25	1795,63	1806,25	1785,06
11	31,25	27,5	859,38	976,56	756,25
12	40	58,75	2350,00	1600,00	3451,56
13	73	61,25	4471,25	5329,00	3751,56
14	30	45	1350,00	900,00	2025,00
15	61,25	62,5	3828,13	3751,56	3906,25
	764,25	803,50	42734,06	41477,44	44999,13

CUADRO RESUMEN DE CÁLCULOS

$\sum XY =$	154895,00	$\sum X =$	3260,50	$\sum Y =$	2729,75
$\sum X^2 =$	190032,13	$\sum Xa =$	2496,25	$\sum Ya =$	1926,25
$\sum Y^2 =$	132147,56	$\sum Xb =$	764,25	$\sum Yb =$	803,50
TOTAL OBSERVACIONES	60	TOTAL OBSERVACIONES INTERVENIDAS CON EL TRATAMIENTO	45	TOTAL OBSERVACIONES CONTROL	15

PREOPERATORIO	
SUMA DE CUADRADOS TOTALES	12851,12083
SUMA DE CUADRADOS PREOPERATORIA	230,0680556
SUMA DE CUADRADOS INTRAGRUPAL	12621,05278

POSTOPERATORIO	
SUMA DE CUADRADOS TOTALES	7955,311458
SUMA DE CUADRADOS POSTOPERATORIA	1302,767014
SUMA DE CUADRADOS INTRAGRUPAL	6652,544444

INTRAGRUPAL	
SUMA DE CUADRADOS TOTALES	6555,835417
SUMA DE CUADRADOS POSTOPERATORIA	-547,4715278
SUMA DE CUADRADOS INTRAGRUPAL	7103,306944

FUENTE	SC(X)	SC(Y)	SC(XY)	
TOTAL	12851,12083	7955,31146	6555,835417	0,510137248
PREOPERATORIO Y POSTOPERATORIO	230,0680556	1302,76701	-547,4715278	
INTRAGRUPAL	12621,05278	6652,54444	7103,306944	0,562814138

ANOVA

FUENTE	GDL	SUMA DE CUADRADOS	MC	F
TRATAMIENTO	1	1956,23	1956,232753	12,52718608
INTRAGRUPAL	17	2654,70	156,1589922	
INTRAGRUPAL + TRATAMIENTO	18	4610,94		
Como F calculado	12,52 es mayor que 7,08			
Rechazo la Hipótesis Nula y Acepto la Hipótesis Alternativa				

INTERPRETACIÓN:

Se acepta entonces la hipótesis alternativa de que sí existen diferencias entre los pacientes a quienes se les intervino con un tratamiento para disminuir la depresión y el grupo de control con un nivel de confianza del 99%. Por tanto, la intervención aplicada a los pacientes sí influye en la disminución de la depresión postoperatoria.

Para llegar a estas conclusiones se consideran las siguientes suposiciones básicas:

Independencia, normalidad, varianzas homogéneas y un diseño completamente azarizado, es decir, el tratamiento aplicado fue asignado completamente al azar a los pacientes intervenidos en el hospital Eugenio Espejo. El método entonces aplicado es el análisis de covarianza.

ANSIEDAD

Paso 1: planteamiento de la hipótesis nula y la hipótesis alternativa.

Hipótesis nula:

El promedio del nivel de ansiedad de pacientes control es igual al promedio del nivel de ansiedad de pacientes que recibieron un tratamiento post operatorio.

Hipótesis alternativa:

El promedio del nivel de ansiedad de pacientes control difiere al promedio del nivel de ansiedad de pacientes que recibieron un tratamiento post operatorio.

Paso 2: Selección del nivel de significación:

Se pretende determinar un nivel de confianza del 99%, de que los resultados obtenidos concuerden con el promedio poblacional de los niveles de ansiedad.

Por tanto su nivel de significación es de 0,01

Paso 3: Establecer la regla de decisión

Grados de libertad del numerador = $k - 1 = 2 - 1 = 1$

Grados de libertad del denominador = $60 - 2 = 58$

Rechazar la hipótesis nula si el valor calculado para f es mayor que 7,08 para 60 grados de libertad. Por tanto aceptaría la hipótesis alternativa con un nivel de significación del 0,01.

Caso contrario, no se rechazará hipótesis nula si el valor calculado para f es menor que 7,08 y rechazaría la hipótesis alternativa.

Paso 5: Selección de la muestra, realizar los cálculos y tomar una decisión:

ANSIEDAD					
PACIENTES DE CONTROL					
Nº	PREOPERATORIA Xb	POSTOPERATORIA Yb	XY	X²	Y²
1	26,25	26,25	689,06	689,06	689,06
2	55	62,5	3437,50	3025,00	3906,25
3	57,5	52,5	3018,75	3306,25	2756,25
4	66,25	65	4306,25	4389,06	4225,00
5	52,5	42,5	2231,25	2756,25	1806,25
6	47,5	53,75	2553,13	2256,25	2889,06
7	71,25	62,5	4453,13	5076,56	3906,25
8	63,75	70	4462,50	4064,06	4900,00
9	66,25	61,25	4057,81	4389,06	3751,56
10	38,75	42,25	1637,19	1501,56	1785,06
11	33,75	33	1113,75	1139,06	1089,00
12	31,25	53,75	1679,69	976,56	2889,06
13	68	68	4624,00	4624,00	4624,00
14	36,25	32,5	1178,13	1314,06	1056,25
15	63,75	61,25	3904,69	4064,06	3751,56
	778,00	787,00	43346,81	43570,88	44024,63

ANSIEDAD					
INTERVENIDAS CON EL TRATAMIENTO					
Nº	PREOPERATORIA Xa	POSTOPERATORIA Ya	XY	X ²	Y ²
1	71,25	46	3277,50	5076,56	2116,00
2	37,50	41	1537,50	1406,25	1681,00
3	31,25	38,75	1210,94	976,56	1501,56
4	51,25	35	1793,75	2626,56	1225,00
5	51,25	30	1537,50	2626,56	900,00
6	53,75	37,5	2015,63	2889,06	1406,25
7	62,50	45	2812,50	3906,25	2025,00
8	56,25	38,75	2179,69	3164,06	1501,56
9	58,75	51,25	3010,94	3451,56	2626,56
10	51,25	32,5	1665,63	2626,56	1056,25
11	32,50	45	1462,50	1056,25	2025,00
12	46,25	35	1618,75	2139,06	1225,00
13	53,75	51,25	2754,69	2889,06	2626,56
14	32,50	25	812,50	1056,25	625,00
15	35,00	33,75	1181,25	1225,00	1139,06
16	37,50	31,25	1171,88	1406,25	976,56
17	25,00	37,5	937,50	625,00	1406,25
18	51,25	31,25	1601,56	2626,56	976,56
19	28,75	25	43,13	826,56	625,00
20	77,5	53,75	4165,63	6006,25	2889,06
21	82,5	62,5	5156,25	6806,25	3906,25
22	85	60	5100,00	7225,00	3600,00
23	62,5	57,5	3593,75	3906,25	3306,25
24	60	43,75	2625,00	3600,00	1914,06
25	95	63,75	6056,25	9025,00	4064,06
26	76,25	57,5	4384,38	5814,06	3306,25
27	68,75	56,25	3867,19	4726,56	3164,06
28	46,25	42,5	1965,63	2139,06	1806,25
29	70	51,25	3587,50	4900,00	2626,56
30	82,5	62,5	5156,25	6806,25	3906,25
31	36,25	33,75	1223,44	1314,06	1139,06
32	67,5	46,25	3121,88	4556,25	2139,06
33	53,75	35	1881,25	2889,06	1225,00
34	48,75	31,5	1535,63	2376,56	992,25
35	68,75	45	3093,75	4726,56	2025,00
36	47,50	46,25	2196,88	2256,25	2139,06
37	71,25	57,5	4096,88	5076,56	3306,25
38	65	45	2925,00	4225,00	2025,00
39	52,5	48,75	2559,38	2756,25	2376,56
40	55	41,25	2268,75	3025,00	1701,56
41	47,50	32,5	1543,75	2256,25	1056,25
42	61,25	51,25	3139,06	3751,56	2626,56
43	35,00	38,8	1358,00	1225,00	1505,44
44	37,50	33,75	1265,63	1406,25	1139,06
45	51,25	48,75	2498,44	2626,56	2376,56
Sumatorias	2472,50	1933,80	112990,81	148021,88	89303,19

CUADRO RESUMEN DE CÁLCULOS

$\sum XY =$	156337,63	$\sum X =$	3250,50	$\sum Y =$	2720,80
$\sum X^2 =$	191592,75	$\sum X_a =$	2472,50	$\sum Y_a =$	1933,80
$\sum Y^2 =$	133327,82	$\sum X_b =$	778,00	$\sum Y_b =$	787,00
TOTAL OBSERVACIONES	60	TOTAL OBSERVACIONES INTERVENIDAS CON EL TRATAMIENTO	45	TOTAL OBSERVACIONES CONTROL	15

PREOPERATORIO	
SUMA DE CUADRADOS TOTALES	15496,9125
SUMA DE CUADRADOS PREOPERATORIA	106,568056
SUMA DE CUADRADOS INTRAGRUPAL	15390,3444

POSTOPERATORIO	
SUMA DE CUADRADOS TOTALES	9948,604333
SUMA DE CUADRADOS POSTOPERATORIA	1013,888
SUMA DE CUADRADOS INTRAGRUPAL	8934,716333

INTRAGRUPAL	
SUMA DE CUADRADOS TOTALES	8938,285
SUMA DE CUADRADOS POSTOPERATORIA	-328,70667
SUMA DE CUADRADOS INTRAGRUPAL	9266,99167

FUENTE	SC(X)	SC(Y)	SC(XY)	
TOTAL	15496,9125	#	8938,285	0,576778439
PREOPERATORIO Y POSTOPERATORIO	106,568056	#	-328,7066667	
INTRAGRUPAL	15390,3444	#	9266,991667	0,602130232

ANOVA

FUENTE	GDL	SUMA DE CUADRADOS	MC	F
TRATAMIENTO	1	1438,41	1438,41377	7,289012
INTRAGRUPAL	17	3354,78	197,340029	
INTRAGRUPAL + TRATAMIENTO	18	4793,19		

Como F calculado

7,289 es mayor que 7,08

Rechazo la Hipótesis Nula y Acepto la Hipótesis Alternativa

INTERPRETACIÓN:

Se acepta entonces la hipótesis alternativa de que sí existen diferencias entre los pacientes a quienes se les intervino con un tratamiento para disminuir la ansiedad y el grupo de control con un nivel de confianza del 99%. Por tanto la intervención aplicada a los pacientes sí influye en la disminución de la ansiedad post operatoria.

INFORME TÉCNICO

MARCO METODOLÓGICO

VARIABLES IMPLICADAS:

Se considera las variables ansiedad y depresión medidas a través de una escala ordinal con las siguientes definiciones.

ANSIEDAD:

APRECIACIÓN	SIN ANSIEDAD	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD SEVERA
SUMATORIA DE PUNTOS	DE 29 A 49 PUNTOS	DE 50 A 59 PUNTOS	DE 60 A 69 PUNTOS	DE 70 A 100 PUNTOS

DEPRESIÓN

APRECIACIÓN	SIN DEPRESIÓN	DEPRESIÓN LEVE	DEPRESIÓN MODERADA	DEPRESIÓN SEVERA
SUMATORIA DE PUNTOS	DE 29 A 49 PUNTOS	DE 50 A 59 PUNTOS	DE 60 A 69 PUNTOS	DE 70 A 100 PUNTOS

El Método aplicado es el inductivo – deductivo con las siguientes características:

Diseño de un Plan de Muestreo

Con selección aleatorio, para un diseño experimental de observaciones antes y después de un tratamiento.

También se aplican tratamientos comparables con un grupo de control para determinar la eficiencia del tratamiento a las unidades experimentales.

La técnica para la docimasia de hipótesis es el Análisis de Varianza ANOVA, con la distribución de probabilidades de Fisher (Prueba F), con n-1 grados de libertad.

Para otras variables se utiliza la Prueba Ji- cuadrada para pruebas de independencia, con un nivel de significación del 1% y un nivel de confianza del 99%.

ALGORITMOS UTILIZADOS

$$SC_{TOTAL} = \sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{n_T}$$

$$SC_{TRATAMIENTOS} = \frac{(\sum x_A)^2}{n_A} + \frac{(\sum x_B)^2}{n_B} - \frac{(\sum x)^2}{n_T}$$

$$SC_{INTRAGRUPAL} = SC_{TOTAL} - SC_{TRATAMIENTOS}$$

$$SC_{TOTAL} = \sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{n_T}$$

$$SC_{TRATAMIENTOS} = \frac{(\sum y_A)^2}{n_A} + \frac{(\sum y_B)^2}{n_B} - \frac{(y)^2}{n_T}$$

$$SC_{INTRAGRUPAL} = SC_{TOTAL} - SC_{TRATAMIENTOS}$$

$$SC_{TOTAL} = \sum xy - \frac{(\sum x)(\sum y)}{n}$$

$$SC_{TRATAMIENTOS} = \frac{(\sum x_A)(\sum y_A)}{n_A} + \frac{(\sum x_B)(\sum y_B)}{n_B} - \frac{(\sum x)(\sum y)}{n_T}$$

$$SC_{INTRAGRUPAL} = SC_{TOTAL} - SC_{TRATAMIENTOS}$$

Coefficiente de regresión para los valores integrales

$$b = \frac{\sum xy}{\sum x^2}$$

$$\sum (y - y_p)^2 = \sum (y - \bar{y})^2 - b \sum xy$$

TABLA DE ANOVA

FUENTE	GRADOS DE LIBERTAD	SUMA DE CUADRADOS	CUADRADOS MEDIOS
TRATAMIENTO			
INTRAGRUPAL			
INTRAGRUPAL + TRATAMIENTOS			

$$F = \frac{\text{Cuadrado_Medio_de_Tratamientos}}{\text{Cuadrado_Medio_Intragrupal}}$$

PRUEBA CHI-CUADRADO

$$\chi^2 = \sum \sum \frac{(o-e)^2}{e}$$

La población – muestra, corresponde a pacientes intervenidos quirúrgicamente comprendidos entre las edades de 15 a 64 años de edad, en el período de 6 meses tiempo en el que les aplico el experimento a 45 pacientes con el tratamiento y 15 pacientes de control, información aplicable para inferir a toda la población que ingresa al hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito que tuvieron una intervención quirúrgica.

Para la docimasia de hipótesis se considera un valor $\alpha = 0,01$ es decir con un nivel de confianza del 99%

Los instrumentos utilizados son cuestionarios administrados a los pacientes que forman parte de la muestra con el test de zung (evaluación de ansiedad) y el test de zung (evaluación de depresión).

ANEXO 2

ENCUESTA FINAL

1.- USTED CONSIDERA QUE LA OPERACIÓN FUE:

EXCELENTE ___ BUENA ___ REGULAR ___ MALA ___

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS OBSERVADAS

	PACIENTES		
	INTERVENIDOS	CONTROL	TOTALES
EXCELENTE	33	7	40
BUENA	11	8	19
REGULAR	1	0	1
MALA	0	0	0
TOTALES	45	15	60

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ESPERADAS

		PACIENTES		
		INTERVENIDOS	CONTROL	TOTALES
CIRUGÍA	EXCELENTE	30	10	40
	BUENA	14,25	4,75	19
	REGULAR	0,75	0,25	1
	MALA	0	0	0
	TOTALES	45	15	60

a) Hipótesis:

Ho. Los pacientes intervenidos y control son independientes de la percepción de la cirugía aplicada en ellos

H1. Los pacientes intervenidos y control están relacionados por la percepción de la cirugía aplicada en ellos.

b) Prueba X2 para dos muestras independientes

INTERVENIDOS	CONTROL	TOTAL
0,3	0,9	1,2
0,74122807	2,223684211	2,964912281
0,0833333333	0,25	0,3333333333
0	0	0
		4,498245614

$$\chi^2 = \sum \sum \frac{(o-e)^2}{e}$$

c) Grados de libertad

Se pretende determinar un nivel de confianza del 99%, por lo tanto su nivel de significación es de 0,01

(t-1) (k-1)

(4-1) (2-1)

d) Rechazar la hipótesis nula si el valor calculado chi es mayor que 11,34. es mayor que 7,08. Caso contrario no se rechazara hipótesis nula si el valor calculado chi es menor que 11,34 y rechazaría la hipótesis alternativa.

e) Decisión: 4,49 < 11,34

Por lo tanto no podemos rechazar la Ho. Las diferencias entre los pacientes intervenidos y de control no son significativas, a un nivel de confianza del 99%

2.- EN UNA ESCALA DEL 1 AL 10 DEFINA ¿QUÉ TAN ÚTIL HA SIDO LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA?

UTILIDAD	FRECUENCIA	ESPERADAS
8	4	15
9	12	15
10	29	15
	45	

OBSERVADAS - ESPERADAS	(OBSERVADAS - ESPERADAS) ²	(OBSERVADAS -ESPERADAS) ² / ESPERADA
-11	121	8,066666667
-3	9	0,6
14	196	13,06666667
		21,73333333

1. $X^2 > \text{Chi tablas rechazo } H_0$

$$21,73 > 9,21$$

2. **Decisión:** Rechazo la hipótesis nula y acepto la hipótesis alternativa. En la utilidad del tratamiento existen diferencias significativas en el nivel 8, 9, 10 con una confianza del 99%

3.- ¿CÓMO SE SIENTE ACTUALMENTE?

EXCELENTE ___ BIEN ___ REGULAR ___ MAL ___

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS OBSERVADAS

		PACIENTES		
		INTERVENIDOS	CONTROL	TOTALES
ESTADO ACTUAL	EXCELENTE	22	2	24
	BUENA	21	10	31
	REGULAR	2	3	5
	MALA	0	0	0
	TOTALES	45	15	60

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ESPERADAS

		PACIENTES		
		INTERVENIDOS	CONTROL	TOTALES
ESTADO ACTUAL	EXCELENTE	18	6	24
	BUENA	23,25	7,75	31
	REGULAR	3,75	1,25	5
	MALA	0	0	0
	TOTALES	45	15	60

1. Hipótesis:

Ho. Los pacientes intervenidos y control son independientes de la percepción de su estado actual

H1. Los pacientes intervenidos y control están relacionados por la percepción de su estado actual

2. Prueba X2 para dos muestras independientes

INTERVENIDOS	CONTROL	TOTAL
0,888888889	2,666666667	3,555555556
0,217741935	0,653225806	0,870967742
0,816666667	2,45	3,266666667
0	0	0
		7,693189964

$$\chi^2 = \sum \sum \frac{(o-e)^2}{e}$$

3. Grados de libertad

Se pretende determinar un nivel de confianza del 99%, por lo tanto su nivel de significación es de 0,01

(t-1) (k-1)

(4-1) (2-1)

4. Rechazar la hipótesis nula si el valor calculado chi es mayor que 11,34. es mayor que 7,08. Caso contrario no se rechazara hipótesis nula si el valor calculado chi es menor que 11,34 y rechazaría la hipótesis alternativa.

5. **Decisión:** $7,69 < 11,34$

Por lo tanto no podemos rechazar la Ho. Las diferencias entre los pacientes intervenidos y de control no son significativas, a un nivel de confianza del 99%

4.- ¿EN EL FUTURO EN CASO DE ENFRENTAR UNA CRISIS BUSCARÍA AYUDA PSICOLÓGICA?

SI ___ NO ___

AYUDA OTRA VEZ	FRECUENCIA	ESPERADAS
SI	44	22,5
NO	1	22,5
	45	

ESPERADAS	OBSERVADAS - ESPERADAS	(OBSERVADAS - ESPERADAS) ²	(OBSERVADAS - ESPERADAS) ² / ESPERADA
22,5	21,5	462,25	20,54444444
22,5	-21,5	462,25	20,54444444
			41,08888889

1. $X^2 >$ Chi tablas rechazo H_0

41,08 > 21,73

2. Decisión: Rechazo H_0 . La mayoría de pacientes desearían el tratamiento otra vez.

ANEXO 3

PROTOCOLO DEL TEST DE ZUNG (EVALUACIÓN DE ANSIEDAD)

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____

Esta prueba explora su estado de ánimo y su salud en general durante las últimas semanas. Por favor conteste con toda la sinceridad marcando con una sola X a la derecha de cada pregunta en las casillas rotuladas con nunca o raramente, con algunas veces, con bastante frecuencia o con siempre o la mayor parte del tiempo (no tome en cuenta los números allí marcados), según corresponda al o que Usted ha percibido de si mismo en las últimas semanas. No hay respuestas buenas o malas; simplemente lo que usted responda en conjunto nos permitirá ayudarlo mejor. Tampoco hay límite de tiempo, pero trate de responder sin pensar mucho en la respuesta. Comience ahora.

Preguntas

	Nunca o raramente	Algunas veces	Con bastante frecuencia	Siempre o la mayor parte del tiempo
1. Me siento más nervioso o ansioso de lo normal	1	2	3	4
2. Siento miedo sin haber razón para ello	1	2	3	4
3. Me enfado con facilidad o tengo momento de mal humor	1	2	3	4
4. Siento como si me desintegrara o me fuera a derrumbar	1	2	3	4
5. Siento que todo va bien y que nada malo me va a suceder	4	3	2	1
6. Los brazos y piernas se me ponen trémulos y me tiemblan	1	2	3	4
7. Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda	1	2	3	4
8. Me siento débil y me canso con facilidad	1	2	3	4
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente	4	3	2	1
10. Siento que mi corazón late con rapidez	1	2	3	4
11. Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento	1	2	3	4
12. Tengo periodos de desmayo o algo así	1	2	3	4
13. Puedo respirar bien con facilidad	4	3	2	1
14. Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y pies	1	2	3	4
15. Me siento molesto por los dolores de estómago e indigestiones	1	2	3	4
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia	1	2	3	4
17. Mis manos las siento secas y calidas	4	3	2	1
18. Siento que mi cara se enrojece y me ruborizo	1	2	3	4
19. Puedo dormir con facilidad y descansar bien	4	3	2	1
20. Tengo pesadillas	1	2	3	4

Suma

Resultado anterior / 80

Resultado anterior x 100 = puntaje final

Apreciación	De 29 a 49 Sin Ansiedad	De 50 a 59 Ansiedad Leve	De 60 a 69 Ansiedad Moderada	De 70 a 100 Ansiedad Severa
-------------	-------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Firma psicólogo:

**PROTOCOLO DEL TEST DE ZUNG
(EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN)**

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____

Esta prueba explora su estado de ánimo, su salud en general y como ha visto el resto del mundo durante las últimas semanas. Por favor conteste con toda la sinceridad marcando con una sola X a la derecha de cada pregunta en las casillas rotuladas con nunca o raramente, con algunas veces, con bastante frecuencia o con siempre o la mayor parte del tiempo (no tome en cuenta los números allí marcados), según corresponda al o que Usted ha percibido de sí mismo en las últimas semanas. No hay respuestas buenas o malas; simplemente lo que usted responda en conjunto nos permitirá ayudarlo mejor. Tampoco hay límite de tiempo, pero trate de responder sin pensar mucho en la respuesta. Comience ahora.

Preguntas

	Nunca o raramente	Algunas veces	Bastante frecuencia	Siempre o la mayor parte del tiempo
1. Me siento abatido, estoy triste, lo veo todo negro	1	2	3	4
2. Por la mañana me encuentro en mejor forma	4	3	2	1
3. Tengo crisis de llanto o me dan ganas de llorar	1	2	3	4
4. Tengo trastornos del sueño durante la noche	1	2	3	4
5. Como tanto como antes	4	3	2	1
6. Me gusta mirar, hablar o estar con mujeres (hombres) atractivos	4	3	2	1
7. He notado que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8. Tengo problemas de estreñimiento	1	2	3	4
9. Mi corazón late más deprisa que de costumbre	1	2	3	4
10. Me siento fatigado sin motivo	1	2	3	4
11. Mis ideas son tan claras como antes	4	3	2	1
12. Me resulta fácil hacer las cosas a las que estoy acostumbrado	4	3	2	1
13. Estoy agitado y no puedo quedarme quieto	1	2	3	4
14. Soy optimista con respecto al futuro	4	3	2	1
15. Estoy más irritable que de costumbre	1	2	3	4
16. Encuentro que me es fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17. Pienso que soy útil y que los demás me necesitan	4	3	2	1
18. Mi vida está bien colmada (atareada)	4	3	2	1
19. Pienso que los demás se quedarían a gusto si yo muriera	1	2	3	4
20. Sigo disfrutando las cosas como antes	4	3	2	1

Suma

Resultado anterior ÷ 80

Resultado anterior x 100 = puntaje final

Apreciación	De 29 a 49 Sin Depresión	De 50 a 59 Depresión Leve	De 60 a 69 Depresión Moderada	De 70 a 100 Depresión Severa
-------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

Firma psicólogo _____

ANEXO 4

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

FICHA PSICOLÓGICA

NOMBRE: _____

EDAD: _____ **LUGAR Y FECHA DE**

NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: CASADO __ DIVORCIADO __ SOLTERO __ VIUDO __

UNIÓN LIBRE __ DIVORCIADO __

GÉNERO: FEMENINO __ MASCULINO __

EDUCACIÓN: PRIMARIA __ SECUNDARIA __ SUPERIOR __ ESPECIAL __

ANALFABETO __

TIPO DE CIRUGÍA: PROGRAMADA __ EMERGENTE __

ANTECEDENTES DE SUFRIMIENTO (PSICOPATOLOGÍAS)

.....
.....
.....

HISTORIA VITAL

.....
.....
.....
.....

RESULTADOS DE TEST DE ZUNG:

DEPRESIÓN: _____ **29-49** _____ **50-59** _____ **60-69** _____ **70-100** _____
SIN DEPRESIÓN DEPRESIÓN LEVE DEPRESIÓN MODERADA DEPRESIÓN SEVERA

ANSIEDAD: _____ **29-49** _____ **50-59** _____ **60-69** _____ **70-100** _____
SIN ANSIEDAD ANSIEDAD LEVE ANSIEDAD MODERADA ANSIEDAD SEVERA

ANEXO 5

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

EVALUACIÓN

PACIENTE: _____

USTED CONSIDERA QUE LA OPERACIÓN FUE: EXCELENTE__ BUENA__
REGULAR __ MALA __

EN UNA ESCALA DEL 1 AL 10 DEFINA ¿QUÉ TAN ÚTIL HA SIDO LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA?

1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__

¿CÓMO SE SIENTE ACTUALMENTE? EXCELENTE__ BIEN__ REGULAR__
MAL __

¿EN EL FUTURO EN CASO DE ENFRENTAR UNA CRISIS BUSCARÍA AYUDA PSICOLÓGICA?

SI__ NO__

RESULTADOS DE TEST DE ZUNG:

DEPRESIÓN: _____ 29-49 ____ 50-59 ____ 60-69 ____ 70-100 ____
SIN DEPRESIÓN DEPRESIÓN LEVE DEPRESIÓN MODERADA DEPRESIÓN SEVERA

ANSIEDAD: _____ 29-49 ____ 50-59 ____ 60-69 ____ 70-100 ____
SIN ANSIEDAD ANSIEDAD LEVE ANSIEDAD MODERADA ANSIEDAD SEVERA